

Kvalitetssäkra din journalföring!



Sveriges Tandläkarförbund

Innehåll

Denna skrift är en del i Sveriges Tandläkarförbunds serie Kunskap & kvalitet. Syftet med skriftserien är att bidra till utveckling av kvalitet och patientsäkerhet i tandvården. Skrifterna ska fungera som ett verktyg och stöd för dig i ditt arbete som tandläkare och ingår i ditt medlemskap i Sveriges Tandläkarförbund.

Du får gärna citera materialet i skriftserien Kunskap & kvalitet om du uppger källan. Du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Sveriges Tandläkarförbund har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen).

	Sida
Patientjournalen - en hörnsten i vården	4
Journalen – ett juridiskt och odontologiskt/medicinskt dokument	5
Autonomi, integritet och informerat samtycke	6
Sammanhållen journalföring	7
Journalföring ingår i behandlingen	8
Patientens identitet	9
Anamnes	9
Diagnos	10
Vidtagna och planerade åtgärder	11
Information till patienten och ställningstaganden om val av behandlingsalternativ	12
Epikris vid omfattande behandling	14
Signering	14
Patientens rätt till journalkopia	15
Personuppgiftslagen	16
Sekretess	16
Journalförstöring	16
Journalens bevarande	17
Omhändertagande av journaler	17
Checklista för egenkontroll av journalföringen	18
Källförteckning	20

Patientjournalen – en hörnsten i vården

Patientjournalen är en hörnsten i vården. Journalen ska bidra till en god och säker vård och ska kunna användas som underlag för uppföljning och utveckling av verksamheten. Bristande journalföring innebär en risk för patientens säkerhet.

Både vårdgivaren och behandlaren har ett ansvar för att journalföringen håller hög kvalitet och bidrar till patientsäkerheten. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) har vårdgivaren ett ansvar att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten. I denna systematiska utvärdering är rutiner för och granskning av journalföringen ett viktigt led. Bristen på eller avsaknaden av information i patientjournalen gör det svårt att följa innehåll och motiv för en behandling. Bristande journalföring gör det även svårare att följa komplikationer i anslutning till använda material och läkemedel.

Som legitimerad tandläkare och behandlare har du enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ett professionellt yrkesansvar för att hög patientsäkerhet upprätthålls. En bra journalföring är dock inte bara en bas för god och säker vård utan också ett viktigt underlag i ett eventuellt anmälningsärende. Alla tandläkare bör ha beredskap för att någon gång under sitt yrkesverksamma liv bli föremål för granskning efter

en patientanmälan eller av annan orsak. Då gäller det att de journalanteckningar du gör ger en tydlig bild av utförd vård och övervägandena under arbetets gång.

Journalen - ett juridiskt och odontologiskt/ medicinskt dokument

Enligt patientdatalagen (2008:355) ska den som har legitimation, i tandvården tandläkare och tandhygienister, föra en patientjournal som innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Av patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) framgår vilka uppgifter som ska ingå i journalen.

Journalen bör föras på ett överskådligt sätt så att information som är angelägen är lätt att hitta. Journalen har stor betydelse för patientsäkerheten men också för att tandläkaren ska känna trygghet i sin yrkesutövning. Det är viktigt att informationen är korrekt, väsentlig och tillräcklig.

En korrekt förd journal innebär att det är lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts, eventuella komplikationer under behandlingsförloppet och prognosen för den utförda behandlingen. Det bör framgå att patienten har informerats om gällande garantibestämmelser.

”En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd”

En bra journalföring minskar också risken för onödiga missförstånd, till exempel om vården ifrågasätts eller vid ett eventuellt byte av tandläkare. Journalanteckningarna ska vara skrivna på ett sådant sätt att annan hälso- och sjukvårdspersonal, men också patienten kan ta del av och förstå dem. Vedertagna termer och begrepp ska användas.

Enligt patientdatalagen (2008:355) får uppgifter ur journaler användas i kvalitetsregister med ändamålet att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Patienten ska vara informerad och även veta om det är möjligt att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade. Namn och identitet ska i möjligaste mån vara kodade. Vårdgivaren ska på patientens begäran ge information om var personens uppgifter funnits med.

Autonomi, integritet och informerat samtycke

I korthet innebär en individs autonomi rätten till självbestämmande över sitt eget liv och sina egna handlingar. Det finns naturligtvis inskränkningar i autonomin till exempel genom ålder och psykisk eller fysisk status. Integritet handlar om individens okränkbarhet och i sin förlängning därför om respekten för patienten. Patientautonomi innebär i praktiken rätten att tacka ja eller nej till en föreslagen behandling och få respekt för detta. För att patienten ska kunna utöva sin autonomi

måste tandläkaren ge en begriplig information och förvissa sig om att patienten förstått innebörden av informationen. Det ska således föreligga ett så kallat informerat samtycke. Informationen och samtycket ska dokumenteras i patientjournalen.

Sammanhållen journalföring

I patientdatalagen (2008:355) finns möjlighet till sammanhållen journalföring vilket innebär att flera vårdgivare kan ha tillgång till samma journaluppgifter. Hos en vårdgivare med ett flertal behandlare, till exempel landsting och kommuner, kan en behandlare ta del av information från andra behandlare ur patientjournalen för en patient. Detta ger möjlighet till ökad patientsäkerhet, men vårdgivaren ska kunna garantera att informationen inte hamnar hos obehöriga. Det krävs att behandlaren fått behörighet som utfärdats av vårdgivaren samt att behandlaren faktiskt är delaktig i vården av patienten. Vårdgivaren ska med jämna mellanrum kontrollera vilka som tagit del av uppgifter ur journaler, deras behörighet och behov av uppgifter och anknytning till patienten. Genom att spärra sin journal kan en patient under vissa förutsättningar hindra olika vårdgivare/personal från att ta del av dess innehåll. Vårdnadshavare till barn kan dock inte spärra barnets journal. Är det samma vårdgivare räknas det inte som sammanhållen journal. Enligt autonomi-

principen har patienten rätt att motsätta sig att uppgifterna i hans/hennes journal görs tillgängliga i en sammanhållen journalföring. Patienten har även rätt att spärra uppgifter i journalen för andra vårdenheter/vårdprocesser. Behandlaren ska informera patienten om denna rättighet.

Journalföring ingår i behandlingen

Alla bedömningar som görs ska journalföras även om de inte leder till en åtgärd, exempelvis är det lämpligt att notera att slemhinnan är utan anmärkning. Journalanteckningarna ska fortlöpande föras in i journalen. Enligt patientdatalagen (2008:355) ska de uppgifter som ska antecknas föras in i journalen så snart som möjligt. Det är alltså viktigt att journalskrivningen inte blir liggande. Behandlingen är inte avslutad förrän journalen är skriven! Även det som inte är egentlig patientbehandling ska dokumenteras i journalen t ex återbud, uteblivande och telefonrådgivning.

Med journalhandling avses framställning i skrift, bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel. Framställningen ska ha upprättats eller inkommit i samband med vården av en patient och innehålla uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden,

vidtagna eller planerade åtgärder. Patientdatalagen (2008:355)

Den som ansvarar för journalföringen avgör vilka handlingar som innehåller väsentliga uppgifter om patienten, dess vård och behandling och därför ska läggas till journalen. Röntgenbilder och fotografier räknas som journalhandlingar. Studie- och arbetsmodeller räknas inte som journalhandling. En datajournal måste uppfylla samma krav som en pappersjournal.

Patientens identitet

För att undvika förväxling ska patientens för- och efternamn, personnummer eller födelsedatum anges på alla journalhandlingar. Om en patient har skyddad identitet ska ett kodsysteem användas.

Anamnes

Relevanta anamnestiska uppgifter, såväl medicinska som odontologiska, ska föras in i journalen. Uppgifterna ska alltid vara aktuella och måste därför kontinuerligt uppdateras eftersom hälsotillståndet snabbt kan ändras. Om man använder sig av en så kallad autoanamnes ska den gås igenom och kompletteras muntligt. Det kan vara lämpligt att tandläkare signerar autoanamnesen som en bekräftelse på att detta skett.

”Behandlingen är inte avslutad förrän journalen är skriven!”

”Information om överkänslighet kan vara avgörande för patientens hälsa och liv”

Anamnesen bör omfatta:

- anledning till aktuellt besök inkl. symtom
- överkänslighet
- blödningsbenägenhet
- medicinering
- sjukdom och medicinsk behandling av intresse för tandvården
- tidigare tandvård
- munhygien
- kost- och tobaksvanor

Anteckning om överkänslighet som innebär fara för patientens hälsa och liv ska finnas synligt med på skärmen om det är en datajournal och tydligt på journalens försättsblad eller första journalbladet om journalen skrivs på papper.

I datajournaler bör det finnas möjlighet att ”ta fram” anamnesen var man än befinner sig i programmet.

Diagnos

Diagnosen är avgörande för behandlingen. Journalen ska innehålla samtliga diagnoser som ställts utifrån undersökningar och bedömningar. Det är skillnad på att rapportera diagnoser till Försäkringskassan och att journalföra diagnoser. De koder som krävs i tandvårdsförsäkringen är endast avsedda för vådrapportering och de är ofta otillräckliga för att användas som diagnos i journaler som ska kunna läsas och förstås av annan hälso- och sjukvårdspersonal samt patienten.

Röntgenbilder och tolkningar av desamma ska läggas till journalen. Röntgenbilder ska kunna identifieras genom att patientens namn och undersökningsdatum är angivna. Intraorala röntgenbilder monteras antingen i datumordning eller i sitt sammanhang vid aktuell behandling. Detsamma gäller ADB-baserade röntgen-system.

Vidtagna och planerade åtgärder

Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder och kostnadsinformation ska liksom alternativa behandlingsförslag anges i journalen. När du står inför uppgiften att informera patienten, kan det vara lätt att glömma vilket informationsövertag du har som tandläkare. Det gäller att nå fram till patienten. Det gäller inte bara att undvika ett uttalat fackspråk, du måste även försäkra dig om att patienten tar till sig informationen. Kanske har oro för smärta och/eller kostnader medfört en blockering hos patienten vilket innebär att informationen kan behöva upprepas. Att nå fram med information och tydligt redovisa för- och nackdelar med aktuella behandlingsalternativ är en pedagogisk utmaning. Om patienten är välinformerad om förutsättningarna för behandlingen minskar risken för besvikelser och spruckna förväntningar om något skulle gå på tok.

”Informera patienten om det föreligger tveksamheter! Kom ihåg att när problemet väl uppstått, uppfattas det du säger som en bortförklaring”

Av journalen ska det framgå vilken behandling som utförts, vilka material som använts, såväl typ som fabrikat, uppgifter om förskrivning av läkemedel, uppgift om given injektion samt konstaterad eller misstänkt biverkning eller överkänslighetsreaktion från ordinerat läkemedel eller tandvårdsmaterial (detta gäller även läkemedel som patienten får i samband med besöket). Det ska också framgå av journalen om anmälan om avvikelse skett enligt lex Maria (SOSFS 2005:28) och/eller anmälan till tillverkaren av medicintekniska produkter/Läkemedelsverket (SOSFS 2008:1).

Det kan vid vissa tillfällen vara av betydelse att dokumentera så kallade negativa fynd. Du har till exempel på förmiddagen opererat bort en visdomstand i underkäken och patienten återkommer på eftermiddagen med en kraftig svullnad men i övrigt finner du inte något anmärkningsvärt. Det kan i en sådan situation vara av värde att det av patientjournalen framgår att det inte föreligger tecken på munbottenflegmone eller käkfraktur.

Information till patienten och ställningstaganden om val av behandlingsalternativ

I tandvårdslagen (1985:125) lyfts vikten av information till patienten fram. Det är

således en väsentlig uppgift för tandläkaren att på ett korrekt, tydligt och lättförståeligt sätt informera patienten så att han/hon kan välja det bästa alternativet inom ramen för vad som ses som vetenskap och beprövad erfarenhet. Om ett alternativ med tveksam prognos väljs av ekonomiska eller andra skäl måste det framgå av journalen att patienten är informerad om detta.

Enligt förordningen om statligt tandvårdsstöd (2008:193) ska vårdgivaren upprätta ett undersökningsprotokoll som patienten ska få efter undersökningen. Om patienten behöver återkomma för fortsatt behandling eller om patienten behöver omfattande behandling ska patienten få en behandlingsplan och en prisuppgift skriftligen. Behandlingsplanen och prisuppgiften ska dokumenteras i journalen liksom uppgift om huruvida planen och priset diskuterats eller lämnats till patienten.

Om ett terapiförslag inte är ersättningsberättigat i tandvårdsstödet ska patienten informeras om detta och om vilka behandlingsalternativ som är ersättningsberättigade.

Förordningen om statligt tandvårdsstöd (2008:193) anger också att patienten kan begära skriftlig information om vilka material som använts i exempelvis protetiska arbeten.

”Om terapiförslaget inte är ersättningsberättigat ska patienten informeras om det och om alternativ som är ersättningsberättigade”

Epikris vid omfattande behandling

Tandläkare utför ofta omfattande behandlingar av stor betydelse för patienten utan att skriva en epikris. En epikris är väsentlig för att man ska förstå vad som hänt under behandlingen. För tandvården är det viktigt att planerade förebyggande insatser, reparativ vård och kostnadsinformation anges. Det är viktigt att specificera alla tänder, tandgrupper eller områden som har behandlats genom att ange tandens eller tandområdets beteckning respektive lokalisering samt uppgift om den vidtagna åtgärden.

Om behandlingen varit komplikationsfri och prognosen är god blir epikrisen av naturliga skäl kort. Om det inträffat komplikationer under behandlingen eller om den ursprungliga terapin ändrats eller om det finns tveksamheter beträffande prognosen måste epikrisen med nödvändighet bli mera omfattande. En epikris ska även skrivas när remitterad patient ska gå tillbaka till den remittenten.

Signering

Journalanteckningar ska signeras snarast. Eventuella ändringar ska göras som tillägg och signeras. När flera vårdgivare deltar i behandlingen ska var och en signera "sin" journalanteckning. Det ska framgå vem

det är som har utfört en åtgärd. Språket i journalen ska vara tydligt och om förkortningar används, ska dessa antingen vara vedertagna eller förklarade.

Språket i en journal ska vara svenska. Det finns dock inte något förbud mot att använda fackuttryck, men patienten och andra inom hälso- och sjukvården ska kunna förstå anteckningarna. Journaler kan även föras på danska eller norska och även under vissa omständigheter på andra språk. Journal som förs på annat språk än svenska ska om möjligt innehålla en översättning till svenska av anamnes och epikris.

Patientens rätt till journalkopia

En patient har, om inga hinder föreligger, rätt att få en kopia av sin journal. Anteckning om att en journalkopia lämnats till patienten ska göras i journalen. Om den som är ansvarig för patientjournalen inte anser att journalen eller del av journalen ska lämnas ut till patienten ska han/hon överlämna frågan tillsammans med eget yttrande till myndigheten (landstinget eller motsvarande), om det gäller offentligt bedriven vård, och, om det är enskilt bedriven vård, till Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) regionala enhet för prövning.

Personuppgiftslagen

Den sammanhållna journalföringen måste uppfylla reglerna i personuppgiftslagen (1998:204).

Sekretess

Uppgifterna om patienten i journalen är sekretesskyddade. Endast den/de som behandlar patienten har tillgång till uppgifterna. Patientdatalagen (2008:355) ger dock möjlighet till sammanhållen journalföring, se sidan 7.

Journalförstöring

En patient kan begära att journalen helt eller delvis förstörs. Den vanligaste orsaken är att patienten upplever att journalen innehåller kränkande bedömningar och/eller rena felaktigheter. Förutsättningen för journalförstöring är att godtagbara skäl anförs i ansökan och att journalen eller den aktuella delen av den uppenbarligen inte behövs ur vårdsynpunkt, eller att det inte från allmän synpunkt uppenbarligen finns skäl att bevara journalen. Innan beslut tas ska den som ansvarar för journalen ges tillfälle att yttra sig. Beslut om journalförstöring tas av IVO och avslag kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Patienten har också rätt att kräva att det förs in i journalen om han eller hon upplever att en anteckning är felaktig.

Journalens bevarande

Den journal som kan tänkas behövas i samband med identifiering ska bevaras i minst tio år efter sista anteckningen. Detta gäller för journaler inom tandvården. Även om modeller inte räknas som journalhandling kan studie- och arbetsmodeller ha betydelse vid bedömning av behandlingsresultatet vid större broarbeten och ortodontibehandling. De bör därför bevaras under två år efter det att behandlingen avslutats. Modeller i gips kan ersättas av foton. Dessa räknas då som journalhandling och ska bevaras enligt de regler som gäller för sådana.

Omhändertagande av journaler

Om det finns risk att journaler inte omhändertas i enlighet med lagen kan Landstingsarkivet ta hand om journalerna. Beslutet att omhänderta journal kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

”Patientjournal i tandvården kan behövas vid identifiering och ska bevaras i tio år efter sista anteckningen”

Checklista för egenkontroll av journalföring

Genomför en egenkontroll av journalföringen. Nej-svaren visar på aktuella förbättringsområden.

Gör en kopia av checklistan och testa några av dina journaler med jämna mellanrum.

	Ja	Nej
1. Är journalhandlingarna systematiskt ordnade och är anteckningarna lätta att följa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är journalförarens namn och titel angivna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är journalen förd så att man förstår vad som utförts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är journalen förd på svenska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Är rättelser och strykingar korrekt utförda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Går patienten att identifiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Är alla journalhandlingar datummärkta och märkta med patientens id?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Är anamnes och status ifyllda och/eller uppdaterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Finns adekvata röntgenbilder/fotografier samt bedömningar/utlåtande om desamma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Är diagnoser angivna och finns relevanta uppgifter för diagnosen dokumenterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Är diagnoser angivna för varje åtgärd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Finns prognosbedömning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vid akutbesök, finns orsak, undersökningsfynd och diagnoser angivna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Finns uppgift om information till patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Finns terapiplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Framgår det om kostnadsförslag har diskuterats/lämnats ut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Finns uppgift om patientens samtycke till vård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Finns epikris/remissvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Är samtliga journalanteckningarna signerade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Är remissvar kontrasignerade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Finns uppgifter om läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) preparatets namn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) koncentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) mängd/dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) expeditionsintervall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Finns uppgifter om dentala material?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) typ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fabrikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Källförteckning

Patientdatalagen (2008:355)

Personuppgiftslagen (1998:204)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14)
om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1)
om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:28)
om anmälningsplikt enligt lex Maria

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informations-
hantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och ledningssystem
för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:14, information och
journalföring

www.socialstyrelsen.se



Detalj av tandläkarjournal, förd av Josef Bernstone under åren 1895 - 1929. Journalen gäller tre familjemedlemmar och har anteckningar i olika färger om fyllningar och kostnader. Medicinhistoriska Museét, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Ägare: Svenska Tandläkare-Sällskapet
Foto: Urban Urzolek

**God tandvård, respekt för patientens
autonomi och integritet, allt väldokumen-
terat i journalen, är den billigaste och
bästa försäkring en tandläkare kan ha.**

Ta del av skrifterna Kunskap & kvalitet!

Sveriges Tandläkarförbund har gett ut följande delar i den digitala skriftserien Kunskap & kvalitet. Skrifterna revideras kontinuerligt och tas bort från Biblioteket på hemsidan under tiden de uppdateras. Du hittar skrifterna på www.tandlakarforbundet.se, välj Bibliotek.

- Nr 10, Nationella riktlinjer för vuxentandvård – en användarguide, 2012, reviderad 2014
- Nr 9, Barn som far illa, 2011, reviderad 2015
- Nr 8, Tobaksprevention, 2009, reviderad 2012
- Nr 7, Avvikelser – lär av misstag, egna och andras, 2008, senast reviderad 2015
- Nr 6, Hygien i tandvården, 2007, senast reviderad 2015
- Nr 5, Försäkring för patient och tandläkare, 2006 senast reviderad 2014
- Nr 4, Tandläkarens ansvar och skyldigheter, 2005, senast reviderad 2014
- Nr 3, Medicinsk riskbedömning för tandläkare, 2004, senast reviderad 2010
- Nr 2, CE-märkta medicintekniska produkter, 2003, senast reviderad 2015
- Nr 1, Kvalitetssäkra din journalföring, 2003, senast reviderad 2015

Du som är medlem kan ladda ner skrifterna från förbundets hemsida www.tandlakarforbundet.se

© Sveriges Tandläkarförbund 2015



Sveriges Tandläkarförbund

Box 1217 · 111 82 Stockholm · telefon 08-666 15 00
kansli@tandlakarforbundet.se · www.tandlakarforbundet.se