

Evaluering af journal: Vejledning til udfyldelse af journalauditskema

Evalueringen på journalauditskemaet består af 5 hovedemner og 5 underemner, som alle skal være indeholdt i din journal. Der er en vejledning til hvert enkelt emne.

1. Stamoplysninger

Patientjournalen skal indeholde stamoplysninger som navn, CPR.nr. og bopæl. Hvis du mener, at det er relevant og nødvendigt at journalføre særlige forhold, (fx. allergier), pårørende, samarbejdspartnere mv., så skal du også skrive det i journalen.¹

I auditskemaet angiver du, hvorvidt der er journalført relevante stamoplysninger på patienten.

1.a Henvisningsdiagnose samt diagnosekode

Henvisningsdiagnose skal angives i journalen. Hvor det er relevant, skal der anføres en eller flere relevante diagnosekoder (se kodekort og vejledning).

I auditskemaet angiver du, hvorvidt der er journalført henvisningsdiagnose samt diagnosekodning.

2. Oplysninger ifm konkret patientkontakt

2.a Undersøgelser og test

Du skal journalføre alle tests, du har anvendt samt resultaterne heraf.

Test og måleredskaber bruges til at undersøge, om der er sket en ændring i tilstand over tid. Der findes relevante måleredskaber på www.fysio.dk/fafo/Maleredskaber/ eller www.maleredskaber.dk.

I auditskemaet angiver du, hvorvidt der er fyldestgørende journalføring af undersøgelser og testresultater.

2.b Klinisk ræsonnering

Klinisk ræsonnering er forudsætning for en god journalføring og dokumentation af det kliniske arbejde.

Formålet med klinisk ræsonnering er, at du strukturerer dine fund og sammen med patienten tager beslutning om mål og plan for behandlingen. Klinisk ræsonnering indeholder både proces og resultater, og patientens valg og fravalg er centrale i beslutningsprocessen.²

Hvis du systematisk benytter klinisk ræsonnering, så sikrer du, at du er bevidst om baggrunden for din kliniske beslutningstagning. Det giver dig den bedste mulighed for at evaluere, justere og revidere dine kliniske valg, ligesom det kvalitetssikrer behandlingen.

I auditskemaet angiver du, hvorvidt journalen indeholder en fyldestgørende beskrivelse af den kliniske ræsonnering.

2.c og 2.d Mål og plan med ICF som referenceramme

Du skal altid skrive mål og plan for behandlingen ind i journalen. Inddrag altid patienten i formulering af mål og plan. Det giver ejerskab og øger motivationen hos patienten. Trinvise og realistiske mål er med til at sikre at målet opnås, og det sikrer også, at patienten tager medansvar for målet og fastholder sin motivation.

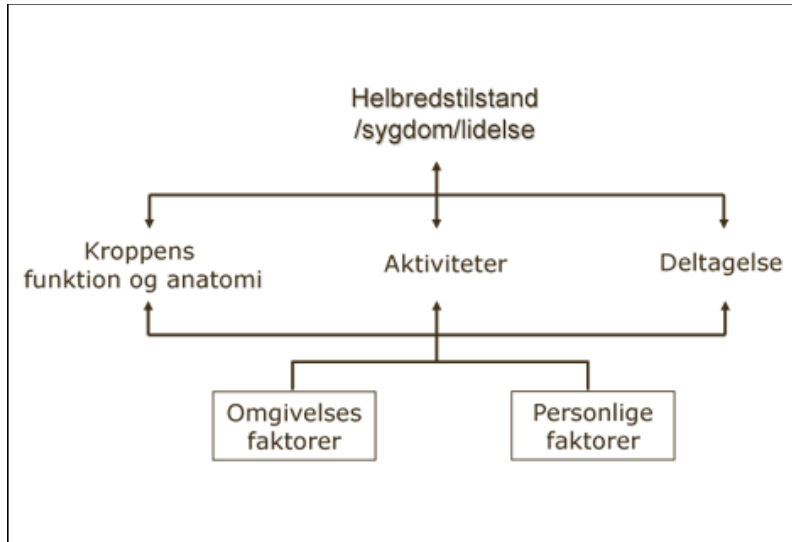
¹ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.),

² Klinisk ræsonnering defineres som "en proces, hvor klinikerne interagerer med patienter, brugere, kollegaer, sundhedssystemet og strukturerer meninger, mål og sundhedsstrategier baseret på kliniske data, patientens ønsker og professionelle vurderinger og viden" (Higgs, Jones 2000, Jones, Jensen & Edwards 2000).

Der kan eventuelt søges hjælp i måleredskaber til systematisk anvendelse af målsætning, fx Goal Attainment Scale³

Mål for behandlingen skal indeholde komponenter af ICF (International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand⁴)

Figur 1: ICF-modellen



Kroppens funktioner er de fysiologiske funktioner i kroppens systemer inklusiv mentale funktioner. "Krop" refererer til hele den menneskelige organisme og omfatter således også hjernen. Derfor hører mentale og psykologiske funktioner til kropsfunktionerne.

Kroppens anatomi er kroppens forskellige dele som organer, lemmer og enkeltdele af disse.

Funktionsevnenedsættelse er problemer eller abnormiteter i **kroppens fysiologiske funktioner** (inklusive mentale funktioner) eller anatomi, som f.eks. en væsentlig afvigelse eller mangel.

Aktivitet er en persons udførelse af en opgave eller en handling. Termen repræsenterer funktionsevne på individniveau. At klare sig selv på toilettet eller at kunne komme fra seng til kørestol er eksempler på aktiviteter.

Aktivitetsbegrænsninger er vanskeligheder, som en person kan have med udførelse af aktiviteter. En aktivitetsbegrænsning kan omfatte grader fra en let til en alvorlig afvigelse fra den måde eller i den udstrækning, man kan forvente, at personer uden den pågældende sundhedstilstand udfører den pågældende aktivitet – både i kvalitativ og i kvantitativ henseende.

Deltagelse er en persons involvering i dagliglivet. Termen repræsenterer funktionsevne på samfundsniveau. At deltage i sociale arrangementer eller varetage et arbejde er eksempler på deltagelse.

Deltagelsesbegrænsninger er vanskeligheder, som en person kan opleve ved involvering i dagliglivet. Man afgør, om der foreligger en deltagelsesbegrænsning ved at sammenligne en persons involvering med det, der forventes af en person i et samfund med samme kultur og uden nedsat funktionsevne.

Omgivelse faktorer er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have begrænsende eller fremmende indflydelse på en persons kropsfunktioner og anatomi, på muligheden for at udføre aktiviteter eller for deltagelse.

Personlige faktorer er knyttet til personen som f.eks. alder, køn, social status, mestringssevne og livserfaring.

³ Goal Attainment Scale: <http://fysio.dk/faf/o/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Goal-Attainment-Scale-GAS/>

⁴ <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/soeg?q=hvad%20er%20ICF%3F>

I auditskemaet angiver du, hvorvidt der er journalført mål på de tre ICF-niveauer samt en plan for behandlingen.

3. Information givet til patienten

Det skal fremgå af journalen, hvilken mundtlig og skriftlig information du har givet patienten, og hvilken dialog I har haft.

Måske har du, med udgangspunkt i de kliniske retningslinjer, rådgivet patienten til at træne styrke for at vedligeholde gangfunktionen.

Måske bruger du patientinformationsmateriale i form af foldere eller andet. Skriv i journalen hvis det er udleveret og husk også at skrive, hvilken mundtlig information patienten har fået udover det udleverede materiale. Udleveret patientinformationsmateriale kan ikke stå alene.

I auditskemaet angiver du, hvorvidt information givet til patienten er journalført.

3.a Samtykke til behandling og samtykke til videregivelse af oplysninger mv.

Det er et lovkrav, at du journalfører det informerede samtykke til behandlingen. Meningen med det informerede samtykke er, at du får en dialog med patienten om, hvilken behandling, du foreslår at iværksætte. Patienten kan samtykke eller ikke samtykke.

Det er ligeledes væsentligt, at du fx altid indhenter patientens samtykke, hvis du vil videregive oplysninger til en anden sundhedsperson. Et informeret samtykke kan være både mundtligt og skriftligt, og samtykket skal være aktuelt, konkret og udtrykkeligt.⁵

I auditskemaet angiver du, hvorvidt der er journalføring af patientens informerede samtykke(r).

4. Udført behandling

Du skal journalføre hver gang patienten har fået behandling. Dette gælder også for behandling på hold.

Det er ikke tilstrækkeligt, at du journalfører ydelseskode eller at patienten har været tilstede. I et forløb, hvor patienten følger og ikke afviger fra behandlingsplanen, kan der fx anføres "efter planen".

I auditskemaet angiver du, om der er journalføring af udført behandling for hver patientkontakt.

5. Involvering af patient og pårørende

Da det er de færreste behandlinger, der er klar evidens bag, efterlader det et stort rum til at fortolke, hvad der er den rigtige behandling for den enkelte patient. Journalen bør derfor indeholde oplysninger om og på hvilken måde, patienten og de pårørende er inddraget i beslutninger om behandlingsmålene.

I auditskemaet angiver du din vurdering af journalføring af inddragelse af patient og pårørende.

6. Samlet vurdering

Patientjournalen er dit arbejdsredskab, som danner grundlag for dine og patientens målsætninger, undersøgelse og behandling.

Journalen sikrer kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen og sikrer information af patienten.

⁵ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075>

Læs vejledningen igennem inden du udfylder skemaet.

Hvis patienten skifter fysioterapeut skal du sørge for, at den nye fysioterapeut kan få kendskab til din kliniske ræsonnering, målene for behandlingen, oplysninger om hvilken behandling patienten har fået og hvordan patienten har responderet på behandlingen.

I auditskemaet angiver du, hvorvidt journalen som helhed er tilfredsstillende udfyldt.