

Rutin för journalföring vid Tandvårdens kompetenscentrum.

Syfte

- Att bidra till en god och säker vård för patienten.
- Att tydliggöra rutiner kring journalskrivning på Tandvårdens kompetenscentrum.

Dokumentation i patientjournal

Patientjournalen består av de daganteckningar eller anteckningar och handlingar som upprättas alternativt inkommer i samband med vården och som rör en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Till patientjournalen hör anteckningar om diagnos, behandlingsåtgärder och beställningar av tandtekniska arbeten (anvisningar), liksom intyg och andra inkommande och utgående uppgifter. Även röntgenbilder och fotografier är journalhandlingar.

Patientjournalen ska enligt patientdatalagen sparas i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. 5 år efter patientens död ska journalen sparas.

Korrekta och tydliga anteckningar i patientjournalen är viktiga för att säkerställa att en patient fått en god och säker vård men har även betydelse för patienten som genom sin journal ska få möjlighet till insyn i den vård och behandling han eller hon fått. Av journalen ska framgå vilken information som lämnats till patienten.

Följande uppgifter alltid ska finnas i patientjournalen:

- Patientens identitet eller annan patientidentifikation.
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till den vård patienten fått.
- Uppgifter om den diagnos som ställts och anledningen till mer betydande åtgärder.
- Väsentliga uppgifter om vad som gjorts och vad som är planerat.
- Uppgifter om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ.
- Uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- Uppgift om vem som gjort en viss anteckning och när den gjordes.

Följande uppgifter ska antecknas när de förekommer:

- Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.
- Ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar.
- Förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel.
- Undersökningsresultat.

- Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen t.ex. tandvårdsmaterial.
- Vårdhygienisk smitta.
- Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.

Patientjournalen ska även innehålla uppgifter om:

- Lämnade samtycken.
- Patientens egna önskemål vad avser vård och behandling.
- De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter, t.ex. tandtekniska arbeten, som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient.
- Utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter, samt vårdplanering.

En patientjournal får efter det att den signerats eller låsts bara ändras i form av en rättelse. Om en felaktig uppgift rättas ska både den felaktiga och den rättade uppgiften finnas i journalen.

Patienten har möjlighet att få noterat i journalen om han eller hon anser att en uppgift är oriktig eller missvisande.

Generella principer för journalföring

- Journalen ska vara skriven på svenska språket, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förstås av patienten.
- Namn och befattning på personen som svarar för journaluppgiften ska framgå av journalen.
- Tidpunkten för varje vårdkontakt som en patient ska ha eller har haft ska finnas angiven. Även det som inte är egentlig patientbehandling ska föras in i journalen t.ex. återbud, uteblivande, och telefonrådgivning som rör vård och behandling.
- Röntgenbilder och kliniska foton är journalhandlingar, detta gäller inte för studie- och arbetsmodeller eller preparat.
- Det är ingen fördel att dokumentera samma uppgift flera gånger, det minskar snarare överskådligheten i patientjournalen.
- För en revisionspatient, som kommer regelbundet för behandling, måste journalen hållas aktuell genom nödvändiga kompletteringar.

Signering

Den som svarar för en journalanteckning skall signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Signering ska ske senast en vecka efter patientens besök och anteckningen läses i och med signeringen.

Informationen ovan har hämtats från rutindokument för [journalföring inom Tandvården](#). För ytterligare information var god följ länken.

Rutiner vid journalskrivning

Avdelningarna på Tandvårdens kompetenscentrum är:

- Pedodonti
- Ortodonti (Luleå, Piteå och Gällivare)
- Parodontologi
- Endodonti
- Orofacial medicin
- Bettfysiologi
- Protetik

Journalskrivning sköts av administratörerna, tandsköterska eller ansvarig vårdgivare själv. Ansvarig tandläkare dikterar och administratörerna skriver in i VAS efter diktatet.

Generellt sett bör förkortningar undvikas vid journalföring.

För att öka spårbarheten av medicintekniska produkter (fyllningsmaterial etc.) ska produktnamn framgå.

Journaltyper

Spe1	Utredningsjournal
Spe2	Behandlingsjournal (daganteckning, återbesök)
Akut	Akutanteckning
Epi	Epikris/avslut
Kons	Konsultanteckning
Komm	Telefonkontakt
Utv	Utvärderingsjournal (endast parod)
Åb/ub	Återbud eller utebliven patient

Journaltypen **Spe1** används för utredningar, oftast första besöket av patient efter inkommen remiss.

Spe2 används för daganteckningar vid återbesök, terapiplanering mm.

Akut används för daganteckning när pat kommer på ett akutbesök.

Epi används när behandlingen är avslutad, anteckning som beskriver behandlingsgång och resultat.

Kons används vid konsultbesök, både livekonsulter och distanskonsulter ska dokumenteras här.

Komm står för kommunikationsjournal, används vid ex telefonkontakt med pat eller annan vårdgivare gällande pats behandling.

Utv används på parodkliniken för anteckning gällande utvärdering av behandlingsresultat.

Åb/ub används för att anteckna återbud eller uteblivande pat.

Vid patientbehandling väljs lämplig journaltyp i VAS. De olika sökorden för respektive journal används för att dokumentera besöket.

Daganteckningar

Daganteckningsjournalerna används vid besök på kliniken för dokumentation av behandling, terapiplanering samt resultat.

Konsultanteckningar

När tandläkare dikterar konsultbesök väljs journaltyp **Kons** och man fyller i **JA** på JKOP.

Skriv in vilken klinik konsulten är på under sökord **Konsult** (t.ex. fvtge = folktandvården Gällivare).

Om tandläkare ser egna patienter när de är på konsultresa skrivs anteckningen som en **Spe2**. Ingen JKOP skickas om inte tandläkaren säger något annat.

Vid diktering av distanskonsulter ska journaltypen **Kons** väljas. I sökordsrutan **Konsult** ska det framgå av texten att det är en distanskonsult, ex ”Distanskonsult ortodonti fvtv Gällivare”.

Modell/röntgenkonsult

Skrivs i journaltyp **Kons**. Sökordet konsult behöver då inte fyllas i. JKOP skickas dock endast om ansvarig tandläkare dikterar det.

När vi skriver modellkonsult går man in i väntelistan och väljer Avbokad på statusraden. Är status behandlad ligger remissen kvar på väntelistan.

Ibland kan remissen vara kopplad till ett besök och då kan man inte skriva remissvaret. Koppla då först bort remissen.

Endonätverket på Endodontin

Endodontist dikterar en journalanteckning (kommunikationsjournal). Fyll i **JA** för JKOP då journalkopia ska gå till ursprunglig remittent.

Använd standardfras **NVJNL** (som hämtas från KA24) i daganteckningen. Endodontisten dikterar vem av endonätverkets tandläkare som ska ta hand om patienten och man kompletterar standardfrasen med den informationen.

Ett brev skickas till patienten. Använd standardfras **NVPAT** och fyll i remitterande tandläkare samt endonätverkets tandläkare.

Endodontisten dikterar sedan en utgående remiss till endonätverkets tandläkare. Det ska stå i diagnos/fråga ”**Endonätverket**”. I löpande text kopierar man från ursprungliga remissen + det som endodontisten dikterar.

Ankomstregistrera besök i efterhand

Om det saknas registrerat besök måste besöket ankomstregistreras i TV15 (tidbokstavla).

- Välj vårdgivare och sedan rätt dag.
- Högerklicka på patientens tid och välj **status**.
- Ändra status till **ankommen**.
- Gör likadant igen och ändra status till **behandlad**. Nu ska besöket finnas i VAS.

PART

När patienten är färdigbehandlad, avslutats och man skriver epikris och/eller remissvar tas **part** bort.

- Öppna TV14 (Tidbokshistorik)
- Klicka på ”ändra patientuppgifter”
- Ta bort och svara ”Ja” på frågan som kommer upp.
- Välj **ok**

Efterkonstruktion av remiss på Tandregleringen.

- Man registrerar en remiss i RE4.
- Fyll i ”Inremitterande” (kolla i Spe1-anteckning om tandläkaren inte dikterar det).
- Remissdatum (dikteringsdatum).
- Ansvarig vårdgivare (dikteraren).
- Avd/mott **trlu/trpe**

Använd standardfras **kölis1** på diagnos/fråga, **kölis2** på anamnes.

Bettfysiologi

Under sökord **STATUS** skriver man KÄKLEDER och PALPATIONSÖM MUSKULATUR med stora bokstäver, därefter det som tandläkaren dikterar.

Bettfysiologi och upplägg av labremiss för krea.

- Gå in i **LA1**
- Välj **Ny_labrem**
- Remisstyp **Kem**
- Kryssa i ruta ”**Annan provtagare**”.
- Kryssa i ”**Prov tas på lab eller annan vårdenhet**”.

- Fyll i **avd/mott + vårdgivare** och entra igenom.
- Välj Lagg upp och skriv in **krea** på Provkod. Tryck F2

(Kom ihåg att fylla i **JA** i” krea är beställt” på MR-remisser till röntgen SY.)

Parodontologi

Avslutskod = behandlingskod

Diagnosregistrering

Protetik och parodontologi diagnosregisterar i **DR16**. Endodonti och bettfysiologi diagnosregisterar i egna tabeller under sökordet **DIAGNOS** i journalen. Vid registrering av åtgärds kod på parodavd används op-enhet **”spar”**.