



Dikteringshandboken

Studiematerial för
läkarstuderande



UPPSALA
UNIVERSITET



Region
Västmanland

Förord

Idén till journal- och dikteringshandsboken föddes ur det arbete som redan bedrevs vid Västmanlands sjukhus Västerås och Köping sedan många år och som nu omvandlats till denna handbok. Materialet är framtaget av medicinska sekreterare som också aktivt deltagit i läkarstudenters lärande i praktiken. På så sätt har materialet kopplats mot redan pågående aktivitet samt vidareutvecklats för att bli ett stöd för studenter liksom de medicinska sekreterare som ska handleda under VFU-perioderna i termin 5, 6 och 7.

Vi vill rikta ett varmt tack till Maria Thorsén som var den som initialt startade tanken om att med stöd och handfasta råd ge läkarstudenter förutsättningar för att lyckas i sina första försök i dikteringens konst. Dessutom tackar vi Uppsala Universitet för att de trodde på idén och gav oss möjlighet att förverkliga vår tanke om att skapa ett underlag som både skulle gagna studenter som handledare samt också AT-centrum och Margaretha Reuterwall för all hjälp och stöd vi fått under resans gång. Tack även till de läkarstudenter och kollegor som korrekturläst och kommit med goda förslag, ingen nämnd och ingen glömd.

Västerås, september 2017

Ann Lagelius,
enhetschef, medicinsk sekreterare

Inga-Lill Wahlstedt,
medicinsk sekreterare

Maja Rudic,
medicinsk sekreterare

Innehåll

Inledning	4
Journalens syfte och innehåll	5
Dikteringsgrunder	6
Att tänka på vid diktering	7
Checklista för diktering	8
Överkänslighet	8
Förkortningar	9
Olika perspektiv på journalen	9
Ditt ansvar	10
Goda exempel	10–11
Dikteringsframtid	12
Studentövningar	13
Första introduktionen termin 5	13
Repetition/fortsättning termin 6	13
Repetition/fortsättning termin 7	14
Handledning för handledare	15
Handledaranvisning inför dikteringstillfället	15
Fördjupningsdel	16
Diagnosättning respektive att koda enligt ICD-10-SE	16
Signering	17
Kontrasignering	18
Vidimering av anteckningar/dokument	18
Låsning	18
Litteraturlista	19
Egna noteringar	20–24

Inledning

Detta material har tagits fram av en grupp medicinska sekreterare vid Västmanlands sjukhus Västerås och Köping, i syfte att stödja läkarstuderande i deras strävan att bemästra konsten att diktera och handskas med patientjournalen samt journalsystemet på ett patientsäkert sätt. Materialet kan med fördel även användas som stöd av andra yrkesgrupper som också dikterar journalanteckningar.

Riktlinjer kring journalföring finns i Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter

(HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, dessa gäller dock inte tandvårdslagen som har andra föreskrifter.

”Huvudsyftet med en patientjournal är att säkerställa att patienten ges en god och säker vård. Patientjournalen är därför först och främst ett viktigt verktyg för läkare och annan vårdpersonal inom vårdinrättningen...”

Källa: Socialstyrelsen



Journalens syfte och innehåll

Att diktera och handskas med patientens journal¹ är en viktig uppgift för läkare. När nu patienter kan läsa sin journal direkt efter besöket är det ännu viktigare att det som står är korrekt och på en förståelig svenska.

I journalen ska framgå vad som sker kring patienten; fokusera på det aktuella, status vid händelsen, datum, eventuell åtgärd, medicinering och dosering samt i förekommande fall doseringstrappa och så vidare.

Lämnar du information till eller erhåller information av annan än patienten (anhörig eller annan part) skall detta tydligt framgå i journalen.

Upprepa inte all redan känd information utan använd rutan *Allmän basinformation*, se nedan.

Med journal avses all dokumentation kring patienten: "Patientdatalagen är teknikneutral. Det innebär att lagens regler ska tillämpas oberoende av på vilket medium uppgifterna förs. Journalhandlingar är således inte bara pappershandlingar utan även uppgifter som förs på data. Även videofilmer, röntgenfilmer, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar."² Detta innebär att själva diktatet också anses som en journalhandling, och ska därför följa riktlinjerna för ett patientsäkert och tydligt handhavande.

1 Enligt SoS innebär termen patient "person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård"

2 Patientdatalagen (2008:355) och Patientjournallagen (1985:562)

Minnesanteckningar är även dessa att anses som journalhandling och skall i förekommande fall förvaras utifrån ett patientsäkert sätt, i brand-säkert värdeskåp eller motsvarande.

Vid ett patientbesök för god och säker vård³ ingår normalt följande moment:

- Genomgång av tidigare journalanteckningar, remissvar, inkommande remisser i det fall detta finns.
- Inhämtande av aktuell anamnes.
- Eventuell överkänslighet eller allergier.
- Rutinundersökning, provtagning, enklare åtgärder som såromläggning, sårinspektion med mera.
- Journaldokumentation/diktering.
- Patientens samtycke eller avvikande åsikt.
- Utfärdande av remisser.
- Uppföljning/kontroll av pågående behandling.
- Beslut om ytterligare utredning/fortsatt behandling.
- Recept, mediciner och hjälpmedel.
- Sjukskrivning i de fall detta krävs.
- Information och samtal med patient och eventuell närstående.
- Kontakter med annan sjukvårdspersonal.
- Rutinmässiga kontakter angående patient med externa samarbetspartners.

3 Patientjournalagen (1985:562) 3§

Dikteringens grunder

Kontroller på bland annat Medicin-kliniken i Västerås av nuvarande datajournaler, har efter ett antal år visat sig bestå av upp till 75 % av rena upprepningar. Som läkarstuderande är känslan av ovana och rädsla för att missa något viktigt i diktatet stor. Då är det lätt att man upprepar fakta vid flera av sökorden. Dessa upprepningar resulterar i en journal som är svår att hitta i, väsentligheter försvinner i en mängd onödig information som finns att läsa i andra flikar som till exempel röntgensvar och labbsvar. Resultatet blir att patientsäkerheten minskar.

Använd mallen *Allmän Basinformation* i största möjliga mån för uppgifter som social bakgrund, familj med mera. Detta behöver då inte anges specifikt i varje ny journalanteckning utan ändras bara vid förändring i patientens liv, till exempel vid skilsmässa eller ändrad boendeform.

- I Allmän basinformation anges eventuellt tobaksbruk, men inget annat bruk/missbruk. Alkoholvanor noteras under "bruk/missbruk/beroende" till exempel i en startanteckning.
- Om basinformationen stämmer så behöver du inte uppdatera eller diktera om detta vid besöket.
- Patientansvarig läkare har ansvar att hålla basinformationen uppdaterad.

- Det som redan står i basinformation ska inte upprepas i varken startanteckningen eller i journalen generellt.
- Sjuksköterskan har också ett ansvar att vid kontakt uppdatera eventuella förändringar.
- Uppmana inte sekreteraren att kopiera in föregående anteckningar eller labbsvar. Läs heller inte innantill det som står att läsa under andra flikar exempelvis röntgen- eller labbsvar utan hänvisa istället till dessa och om det absolut behövs, dikteras en kort sammanfattning.
- Andra enheters information ska helst läsas i sitt ursprungsformat då risken för felkälla ökar ju fler gånger en text kopieras. Därför räknas scannade dokument som original så till vida att de är av god läslig kvalitet. Efter scanning får då det inkomma dokumentet destrueras.
- När du börjar diktera, kontrollera alltid att du markerat rätt vårdkontakt, rätt enhet, rätt patient, upprepa personnumret och säg vem du är samt ange vilken enhet/avdelning eller sektion diktatet tillhör. Ange vem som är din handledare/kontrasignerare och vilken mall (nybesök/återbesök/telefonanteckning) du dikterar efter samt det händelsedatum diktatet avser.

Att tänka på vid diktering

Följ mallarna med sökorden i rätt ordning. Vid funderingar över vad som ska stå under varje sökord, klicka på informationsknappen **i** framför sökordet i mallen.

Mycket viktigt är även språkbruket⁴ i journalen. Tänk på att uttrycka dig på ett icke fördömande eller nedvärderande sätt. Att påpeka något som till exempel dålig hygien, ska göras med respekt för patienten: *Patienten har bristfällig hygien* alternativt där det är relevant *Patienten lever i misär*. Lika viktigt är att du inte lägger dina egna värderingar i diktatet, förhåll dig så neutral som möjligt och avstå från egna tolkningar. Det är alltid patientens berättelse som är det centrala i journalen.

Lita på att den medicinska sekreteraren gör korrekt svenska av diktatet. Blir meningsbyggnaden lite fel korrigerar den medicinska sekreteraren detta. Är du däremot väldigt otydlig kommer du att få frågor på vad du egentligen menar. Nyttja denna feedback och använd vid nästa diktering. När du är klar, säg *Slut diktat* för att markera att diktatet är färdigt.

Är diktatet akut, markera detta som högprioriterat eller flagga beroende på vilket system du arbetar i. Använd gärna kommentarrutan där du kan ange vad diktatet innehåller. Högprioritering skall inte missbrukas för då fallerar hela tanken med att vissa diktat av olika anledningar bör hanteras mer skyndsamt än andra diktat.

I början kan det vara nyttigt att



lyssna igenom ditt eget diktat, så att du själv hör att det blir tydligt och att det du vill säga klart framgår.

Glöm heller inte att *Spara* och *Avsluta*, annars ser inte den medicinska sekreteraren att du dikterat och diktatet riskerar då att bli missat.

När ni dikterar läkemedelslistan, gör det i formen "tablett/kapsel/injektion/tuggtablett/supp" "läkemedelsnamn" "dosering" "antal".

Diktera så här: Tablett Alvedon 500 mg 2 x 4 punkt eller Tablett Trombyl 75 mg 1 x 1 punkt.

När man dikterar dosering av läkemedel betyder 1x1 en tablett på morgonen. Vissa läkemedel ska man ta på kvällen. Då skriver man 0+0+0+1 eller "1 till kvällen". Att skriva 1x1 kan i vissa fall leda till feldosering av medicinen.

Var uppmärksam på ord som kan låta förvirrande lika till exempel *hyper/hypo* eller *ENG* (elektroneurografi) och *EMG* (elektromyografi) vilka lätt kan förväxlas i en ljudfil.

4 Patientdatalagen 3 kap 13§

Checklista för diktering

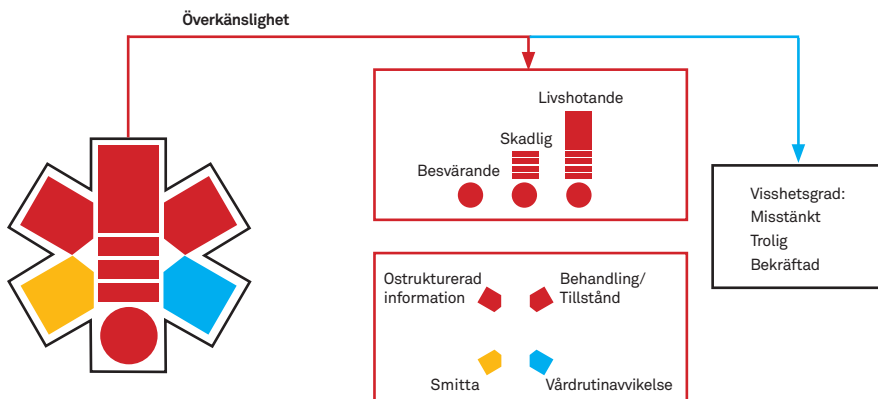
- Tala tydligt, ha inte mikrofonen för långt ifrån eller för nära din mun.
- Tala i lugn takt. Att forcera gör inte att det går fortare att skriva ut diktatet utan snarare tvärtom.
- Tänk på att försöka sitta i en lugn miljö, bakgrundsljud slår ofta igenom tydligare än din röst. Antingen väntar du tills det blir lugnare eller så ber du de som finns i omgivningen att vara tysta.
- Ät eller drick inget under tiden du dikterar.
- Bokstavera krångliga ord, extra tydlighet vid läkemedel och dosering. Innehåller diktatet någon ovanlig term eller sjukdom, bokstavera gärna om det inte är självklart. Gäller även "ovanliga" mediciner. Bokstäverna M och N, B och P samt B och D kan vara svåra att urskilja, betona gärna. Säg inte ordet *ej* utan använd ordet *inte* istället.
- Försök att vara så kort och koncis som möjligt, ta med det som är av vikt och upprepa inte i onödan.



Överkänslighet

Från 2017 finns en ny internationell ikon som markerar överkänslighet. Symbolen syns överst i journalen och visar den migrerade informationen som tidigare fanns registrerade under *Varning, observanda och smitta*. Utropstecknet visar överkänslighetsregistrering hos patienten och gör de olika allvarlighetsgraderna synliga.

Observera att det är läkarens ansvar att anmäla och uppdatera denna information, det vill säga detta kan inte överlåtas till sekreterare som inte har formell behörighet att utföra detta.



Förkortningar

Använd så enkla ord som möjligt, framför allt nu när patienten kan gå in och läsa sin journal själv på nätet. För att undvika felaktiga tolkningar och öka patientsäkerheten så är huvudregeln att i möjligaste mån undvika förkortningar i medicinsk dokumentation. Den medicinska sekreteraren skriver i regel ut alla ord i medicinska texten förutom vedertagna förkortningar. Vedertagna förkortningar är förkortningar som är mycket vanliga och som man räknar med att de flesta människor i Sverige känner till. Exempel på vedertagna förkortningar:

bla – bland annat

dvs – det vill säga

fr o m – från och med

m fl – med flera

o s v – och så vidare

tex – till exempel

t o m – till och med.

Undvik, enligt ovan att diktera i förkortad form, då de orden även kan vara svåra att höra i diktatet och eftersom förkortningar ibland kan betyda olika saker beroende på vilken klinik man arbetar inom, till exempel *DT* som kan stå för *Datortomografi* eller som inom psykiatrin står för *Delirium Tremens*. *Diabetes Mellitus* dikteras fullt ut medan *Mb Krohn* och *Mb Bechterew* är vedertaget att förkorta. *BÖS* är vedertaget på en del kliniker men heter *Buköversikt*. För att förenkla för den medicinska sekreteraren som ska skriva ut ditt diktat – säg alltid orden fullt ut! Bokstavera gärna om det handlar om komplicerade ord.

😊 är gulligt, men får liksom andra emojis aldrig någonsin förekomma i patientjournalen!

Olika perspektiv på journalen

Att läsa en journal där patienten inte känner igen sig, som är fylld av faktafel och oklarheter gör att sjukvården får klagomål helt i onödan.

Ett latinskt ord går att googla men när åtgärder eller fortsatt behandling är oklara vill patient och/eller anhörig ha besked, och det snarast.

Ur kollegors perspektiv underlättar en lättläst och tydlig journalanteckning förberedelsen inför nästa möte med patienten. Vikten av en korrekt journalanteckning, där det klart framkommer vad som sagts, vad som bestämts och vad som ska komma – gör att nästa kollega inte behöver starta från början vid efterföljande besök. Detta gör att också patienten inte behöver fundera över om behandlande vårdgivare vet vad denne håller på med, det vill säga patienten känner sig trygg i vården.

Den medicinska sekreteraren skriver ett antal tusen diktat per år. Ju enklare och tydligare den som dikterar är desto mer korrekt blir resultatet och enheten slipper långa skrivtider, vilket i slutändan ger högre patientsäkerhet.

Det centrala i journalhantering är att tydlighet eller rättare sagt brist på tydlighet och kommunikationsbrister är den enskilt största anledningen till anmälningar till patientnämnd, IVO och så vidare, där patienter upplever sig ohörda, osäkra, felbehandlade och där patienters egna tolkningar gör att fler missförstånd kan uppstå.

Ditt ansvar

- Patientdatajournalen är en medicinskteknisk produkt som kräver utbildning.
- Patientdatajournalen är ditt dagliga arbetsverktyg.
- För att kunna använda detta så effektivt, enkelt och patientsäkert som möjligt är det viktigt att du själv tar ansvar för att lära dig systemet till fullo och behärskar din del samt litar på att övriga personalgrupper sköter sin del.
- Diktatet är en journalhandling som dikterande ansvarar för innehållet i och som ska följa riktlinjer även gällande signering.
- Det absolut viktigaste är dock patientens egen berättelse och här får under inga omständigheter några egna tolkningar eller värderingar göras!

Goda exempel

Förslag på innehåll i Allmän basinformation:

Allmän basinformation	
Familj	2017-03-29 9:03, 33X1
Gift, två vuxna söner, barnbarn.	
Boendeform	2017-01-24 8:06, 1470
Bor i villa, har trappor.	
Yrke/Sysselsättning	2016-04-26 13:00, 1HHS
Pensionerad man.	
Tobaksvanor	2017-03-29 9:03, 33X1
Har aldrig varit rökare Har aldrig varit snusare	
Kost	
Hemtjänst	2010-04-01 11:40, 2HRD
Nej	
Färdtjänst	
Tidigare och nuvarande diagnos, ansvarig enhet	2011-04-07 8:25, 2PRK
Hypertoni sedan 2001. Tablettbehandlad diabetes sedan 2009	

Ett exempel på hur en bra startanteckning kan se ut:

– Kontaktorsak	Dyspné och bröstsmärta. Inkommer med ambulans.
– Anamnes	
– Basinformation	
– Familj	Fru och två barn.
– Aktuellt hälsotillstånd	Idag på förmiddagen plötslig debut av andningsbesvär, därefter uppkom bröstsmärta. Haft ihållande tryck centralt i bröstet. Är kallsvettig. Frun ringde till 1177 som hänvisar till akutmottagningen. I övrigt se allmän bas information.
– Aktuella läkemedel	Allopurinol 100 mg, 1x1. Alvedon 665 mg, vid behov.
– Inkomna svar	Troponin-1 0,05.
– Bedömning	NSTEMI?
– Åtgärd	Läggs in på hjärtintensiven med troponin-serie enligt rutin. MIDA-övervakning. Läkemedelsjustering. Coronarangiografi under morgondagen.
– Diagnos- och åtgärds kod	Huvuddiagnos: R074, Bröstsmärta. Åtgärds kod: XS100, Oplanerad inskrivning till slutenvård. Datum 2018-03-21 08:29. Diagnos: R060, Dyspné.

Slutanteckning hålls så kort och koncis som möjligt:

– Ansvarig specialist/ handedare	Hans Johansson.
– Vårdtid	2017-05-05 --06.
– Diagnos- och åtgärds kod	Huvuddiagnos: R 104, Buksmärta. Diagnos I252, Gammal hjärtinfarkt.
– Vårdförlopp	Patient som inkommit på grund av buksmärta efter intag av plommon i stor dos. Får kvarstanna på avdelning under natten för observation och kan skrivas ut opåverkad dagen efter.
– Vårdplan	Ingen vidare uppföljning från vår sida, åter vid behov.
– Läkemedel vid utskrivning	Se startanteckning, inga förändringar gjorda.

Dikteringens framtid

Det har länge pågått en diskussion kring den röststyrda dikteringen, en del ser det som något bra och andra som något dåligt. Vad som än sker så är det viktigt att patientjournalen förblir lättillgänglig, korrekt och lättläst.

Då allt fler regioner och landsting nu inför journal på nätet, ställer detta allt högre krav på korrekthet från början. När diktatet är inskrivet i journalen men ännu inte signerat, kan patienten trots det direkt läsa sin journal och hos vissa även se remisser med mera. Detta beroende på hur just

det landstinget utformat sin öppenhet. Att göra rätt från början har blivit ännu viktigare och här får vi bäst resultat om alla yrkesgrupper samarbetar.

Våga be om hjälp om du känner dig otrygg i hanteringen av journalen eller kring dikteringsrutiner på din avdelning/mottagning/klinik.

Den medicinska sekreteraren vill inget hellre än att det ska fungera väl kring dikteringen och välkomnar öppen dialog kring allt som rör patientens journal.



Studentövningar

Första introduktionen termin 5

- Ta anamnes på valfri patient du träffar under överseende av ansvarig läkare alternativt får du låna ett underlag av dikteringsansvarig sekreterare.
 - Ta med dig anteckningarna till träffen med ansvarig medicinsk sekreterare till angiven lokal, se schemat du fått.
 - Diktera efter lämplig mall.
 - Lyssna igenom innan du avslutar.
 - Genomgång med ansvarig sekreterare: vad var bra, vad kan förbättras utifrån bedömningsunderlaget som du sedan får behålla.
- ➔ Efter detta tillfälle ska du förstå dikteringsens grunder och principer för tydlig kommunikation mellan läkare och medicinsk sekreterare.

Repetition/fortsättning termin 6

- Ta anamnes eller slutanteckning på valfri patient i samråd med din handledare, gärna utifrån en ny mall du inte tidigare dikterat till.
 - Ta med dig anteckningarna till träffen med ansvarig sekreterare till angiven lokal.
 - Diktera efter lämplig mall.
 - Lyssna igenom tillsammans med ansvarig medicinsk sekreterare eller kurskamrater i grupp för peer learning utifrån sekreterarens planering och gruppens storlek.
 - Stäm av med den medicinska sekreteraren. Har du utvecklats? Finns utrymme för förbättring?
 - Analysera dina kurskamraters diktat i de fall man använder peer learning.
 - Genomgång utifrån bedömningsunderlag som du får behålla.
- ➔ Efter detta tillfälle ska du känna dig säkrare i dikteringsens färdigheter utifrån din förmåga.

Repetition/fortsättning termin 7

- Ta anamnes eller skapa en slutanteckning helt självständigt.
 - Ta med dig anteckningarna till träffen med ansvarig sekreterare till angiven plats.
 - Diktera efter mall.
 - Lyssna igenom i grupp om max 5 för peer review alternativt enskilt med ansvarig medicinsk sekreterare.
 - Stäm av med medicinsk sekreterare. Om du inte är nöjd, repetera och träna självständigt under din VFU-placering.
 - Reflektera över vad en "bra journal" bör innehålla.
 - Träna dig på att vara restriktiv med innehållet i ditt diktat.
 - Våga lita på systemet och de informationsfält och flikar som finns för allehanda information.
 - Slutligen träna på att sätta diagnos utifrån det område där du gör din VFU. Glöm inte att ange eventuella åtgärder; tala om i fall gips tas av, suturer tas, sår omläggs, injektion ges med mera.
- Efter detta tillfälle bör du behärska dikteringens olika färdigheter och känna dig trygg i detta. Du ska även kunna reflektera över vad som kännetecknar ett bra diktat och de fallgropar som finns. Slutligen ska du uppvisa förståelse för skillnad mellan att ställa diagnos och kod enligt klassifikation ICD-10.
- Ta med dig den feedback du får, repetera vid varje ny placering och använd den under alla dina VFU-perioder så kommer detta moment att gå galant när du väl påbörjar din första tjänstgöring. Glöm inte att kontakta den medicinska sekreteraren vid dina rotationer och stäm av, du får en vän för livet på köpet och ditt arbete kommer att flyta bättre genom systemet.

Handledning för handledare

Att undervisa i dikteringskonsten är ett privilegium som vår yrkeskår ska värda med hög ansvars känsla. Det vi lär ut idag kommer åter i förädlad form om några år då studenterna är redo för yrkeslivet.

Som förberedelse dela ut Dikteringshandboken första dagen du träffar studenterna och gå igenom den och förklara syftet.

Enklast är om du bokar in tid och lokal för era träffar utifrån placeringschema, vilket förutsätter dialog med ansvarig läkare/studierektor på kliniken.

Centrum för Lärande och Kunskap vid Karolinska Institutet har en mycket bra sida för stöd och hjälp vid återkoppling.

www.ki.se/lime/aterkoppling

Handledaranvisning inför dikteringstillfället

1. Börja med att gå igenom det teoretiska innehållet i en journal. Visa hur Cosmic R8.1 är uppbyggt, hur man hittar genvägar och hur man navigerar igenom systemet. Prova att göra ett provdiktat, visa hur man byter hemvist och patient och så vidare.
2. Låt studenten diktera efter sin egen anamnes alternativt kan du ha en fiktiv sådan att låna ut.
3. Uppmuntra studenten att lyssna igenom diktatet, gärna tillsammans med dig eller enskilt.
4. Sedan lyssnar du igenom, ger feedback samt tips och råd att tänka på. Tänk på att vara konkret och konstruktiv i din feedback. Att bara säga "allt var bra" räcker inte utan peka på vad som var särskilt bra och vad som eventuellt behöver korrigeras/ändras.
5. Gör ni redovisning i grupp, låt alla komma till tals, se till att det blir konstruktivt och sammanfatta för varje student det som var specifikt för just hen.
6. Utbyt gärna erfarenheter med andra medicinska sekreterare på andra kliniker för att stärka dig i din roll som handledare. Dela med er av tips och trix och skapa studentlathundar utifrån mall eller egna behov.
7. Håll dig à jour med nyheter kring diktering och journalföring: vad händer kring privata aktörer, regionen, andra landsting/regioner med mera.
8. Om möjligt be en handledarkollega observera och ge dig personlig feedback.

Fördjupningsdel

Diagnossättning respektive att koda enligt ICD-10-SE

Det är alltid läkarens ansvar att ställa korrekt diagnos vid varje enskilt möte med patienten; primär klassificering: *Diagnossättning*. Om det framkommer mer än ett tillstånd som kan vara huvuddiagnos väljs det tillstånd som tagit/kommer att ta mest sjukvårdande resurser i anspråk. I de fall säkerställd diagnos inte kan påvisas klassificeras istället det viktigaste symtomet (smärta knä där artros inte kan påvisas). Tänk även på att eventuellt relevanta bidiagnoser som kan ha påverkat vårdtillfället också ska anges i slutanteckning.

Efter att läkaren ställt diagnosen kodar medicinsk sekreterare inom området *Klassifikation – diagnoser och åtgärder*. Detta arbete sker utifrån Socialstyrelsens anvisningar ICD-10-SE vilket är det internationella klassificeringssystemet som både klassificerar och statistiskt beskriver sjukdomar samt andra hälsoproblem. Det är WHO som är ägare av rättigheterna till ICD-10.

”Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser⁵.”

Observera att diagnossättning inte ska förväxlas med DRG (sekundär klassificering) där vårdkontakter inordnas i en viss kategori med hjälp av data från en eller flera primär-

klassificeringar. Förkortningen *DRG står för Diagnosrelaterade grupper* och används för att koda patientens huvuddiagnos⁶ ”det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut”, eventuell bidiagnos⁷ ”annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt” och de åtgärder/behandlingar som utförs och som är ett sätt att beskriva vårdens patientsammansättning. Diagnoskod⁸ definieras som ”statistisk kod för klassificering av sjukdomar och relaterade hälsoproblem”. Koderna kan därefter matas in i olika system för att skapa flödesmodeller, budgetunderlag, verksamhetsuppföljningar och patientsäkerhetsanalyser. Se Uppsalamodellen som infördes 2013.

”För läkarna gäller framförallt att tänka extra noga på tydligheten i diktatet. I bedömning måste huvuddiagnos framgå som tydlig orsak till vårdtillfället” *sid 3 Införandemanual Uppsalamodellen*.

Högsta möjliga klassificering- och kodningskvalitet gynnar patientsäkerheten, verksamhetens kvalitet samt sjukhusets ekonomi och förtroende.

Detta förutsätter gott samarbete mellan medicinsk sekreterare och läkare.

6 Socialstyrelsens termbank

7 Socialstyrelsens termbank

8 Socialstyrelsens termbank

5 Socialstyrelsen.se (diagnoskoder)

Signering

Signering innebär att påföra manuell eller elektronisk signatur eller namnteckning i syfte att bekräfta att innehållet är riktigt och säkerställa spårbarhet. Kan endast göras av den som gjort eller dikterat anteckningen. Signering används vid journalanteckningar, remisser/beställningar, läkemedel samt intyg. För studenter gäller *Kontrasignering*, var god se under rubrik för detta.

Den som för patientjournal är ansvarig för innehållet⁹ och den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att bekräfta att uppgifterna är riktiga och självklart säkerställa patientsäkerheten. Den ansvarige bekräftar genom signering av innehållet i anteckningen att uppgifterna stämmer. Detta gäller självklart all information om patienten som kan påverka hälso- och sjukvårdspersonal hos andra vårdinstanser eller andra vårdgivare.

Signering bör göras så snart som möjligt så att eventuella justeringar kan åtgärdas. Den som signerar en journalanteckning måste också kunna stå för uppgiften. Tänk därför på vad du skriver/dikterar och hur du skriver/dikterar!

9 Patientdatalagen (2008:355) 3 kap 4 §

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som gjort en anteckning och när anteckningen gjordes. Om anteckningen nu skulle göras av någon annan än den som svarar för uppgiften, ska det framgå tydligt i journalen både vem som gjort anteckningen och vem som ansvarar för uppgiften.

”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha en regelbunden bevakning av sin osignerade inkorg så att anteckningen kan signeras så snart som möjligt.”¹⁰

Vid de fall där en vårdgivare avslutat sin tjänstgöring eller då vårdgivaren av någon annan anledning inte själv kan fullfölja denna hantering finns vid synnerliga själ¹¹ möjlighet att anteckningen signeras av någon annan vårdgivare.

Behörighet att signera någon annan vårdgivares anteckning finns att söka via HSA. Denna behörighet att signera, ändra eller överta ansvar av annans anteckning, ibland kallad översignering, ska inte sättas i system och är tänkt att utföras med mycket stor restriktivitet.

10 Patientdatalagen 3 kap 9 §

11 Patientdatalagen 3 kap 10 §

Kontrasignering

Kontrasignering omfattar att bestyrka riktigheten tillsammans med en annan person och avser redan signerad anteckning/dokument. Termen används vid slutanteckning inom slutenvård eller andra anteckningar som kräver kontrasignering av specialistläkare/överläkare. Termen används även då dokument upprättats av icke behörig hälso- och sjukvårdspersonal och som då kontrasigneras av handledaren. Observera också att det inte per automatik endast är handledaren som blir ansvarig om något skulle bli fel. Konsensus är att det även kan utgå ansvar för student. Inom Region Västmanland hamnar studentdiktat i egen inkorg i Cosmic och det är studentens ansvar att signera av dessa innan avslutad VFU-period. Viktigt därför att markera alla studentdiktat som *Högprio* för att de ska hinna skrivas ut i närtid.

Vidimering av anteckningar/dokument

Detta innebär en bekräftelse på att någon har tagit del av en anteckning/dokument och gjort en rimlighetsbedömning av innehållet. Vidimering tar inte bort ansvaret för felaktigheter som gjorts av den som antecknat, dikterat eller gjort en medicinsk felbedömning. När det gäller vidimering av provsvar kan dessa behöva åtgärdas och/eller följas upp.



Låsning

Innebär att man inte kan ändra texten utan att det framgår vad som har förändrats. Den som antecknat eller dikterat är ansvarig för detta innehåll.

- Är dokumentationen inte signerad eller låst så syns det inte automatiskt vad som rättats och det är själva meningen med en rättning före signering, fel ska kunna åtgärdas.
- Kontrasignering av över- eller specialläkare görs vid frånvaro av en annan vårdgivare som blivit sjuk/har slutat/har semester.

Osignerad anteckning blir automatiskt låst för förändringar efter 14 dagar i flertalet landsting och regioner i enlighet med Socialstyrelsens tidigare krav. För att kunna göra eventuella förändringar så måste den som äger anteckningen först signera denna och därefter omsignera markerat sökord.

Litteraturlista

Patientdatalagen (2008:355)

Patientjournalagen (1985:562)

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården 2016:40)

<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/patientjournaler> (2017-03-10)

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder> (2017-09-17)

Socialstyrelsens termbank <http://termbank.socialstyrelsen.se/> (2017-09-19)

Ledningssystemet Centuri dokument Signering och annan låsning av patient-information i Cosmic (5313-33)

Uppsala Akademiska sjukhus (2013) Införandemanual Uppsalamodellen – Byte av arbetssätt för höjd kvalitet och bättre samarbete

<http://www.lul.se/Global/Akademiska/ADM/DRG/Inf%C3%B6randemanual%20110509.pdf> (2017-05-06)

ICD-10-SE Internmedicin webbsida för kodningshjälp

<http://www.internetmedicin.se/icd.aspx?action=query> (2017-05-07)

Karolinska Institutet, Institutionen för Lärande, informatik, management och etik. Återkoppling Centrum för Lärande och Kunskap (CKL).

www.ki/lime/aterkoppling.se

Idén till journal- och dikteringshandledning föddes ur det arbete som redan bedrevs vid Västmanlands sjukhus Västerås och Köping sedan många år och som nu omvandlats till denna handbok. Materialet är framtaget av medicinska sekreterare som också aktivt deltagit i läkarstudenters lärande i praktiken.
