

Patientjournalen

En rapport från patientnämnden

Antalet synpunkter till patientnämnden där patienter har läst sin journal och upptäckt felaktigheter har ökat.

Sedan hösten 2015 har patienter kunnat läsa sin journal på nätet. Under maj månad 2016 var det i genomsnitt 292 personer per dag som läste sin journal på nätet. Samma månad 2018 hade antalet ökat till 1320 personer per dag.

Patientnämnden har valt att göra en analys av inkomna ärenden gällande journaler som avser perioden 2017-01-01 till 2018-04-18.

1 Syfte

Syftet med rapporten är att belysa patienters och deras närståendes synpunkter på patientjournalen i Landstinget i Kalmar län, så att erfarenheterna kan tas tillvara och bidra till vårdens utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

2 Patientjournalen

Patientdatalagen¹ anger att all legitimerad personal och den personal som har särskilt förordnande att utöva visst yrke har skyldighet att föra journalanteckningar för varje patient och vid varje kontakt som gäller vård, undersökning eller behandling. Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som har gjort en anteckning och när, uppgifterna ska föras in i patientjournalen så snart som möjligt. Anteckningen ska också signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns några synnerliga hinder.

Vårdhandboken² förtydligar att; ”för att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Även råd i telefon ska dokumenteras och viktig information som lämnats till patient och/eller närstående ska finnas beskriven.”

2.1 Rättning av journalen

Oriktiga eller missvisande journaluppgifter ska i första hand rättas. Om uppgifter i patientjournalen är felaktig ska patienten vända sig till

¹ Patientdatalag (2008:355)

² Vårdhandboken

vårdgivaren med en begäran om rättelse. Om patienten upplever att det finns oriktiga och missvisande uppgifter men inte kommer överens med vårdgivaren om rättelse kan hen begära en notering i journalen. Vårdgivaren kan inte neka till en sådan notering enligt 3kap 8§ patientdatalagen (2008:355).

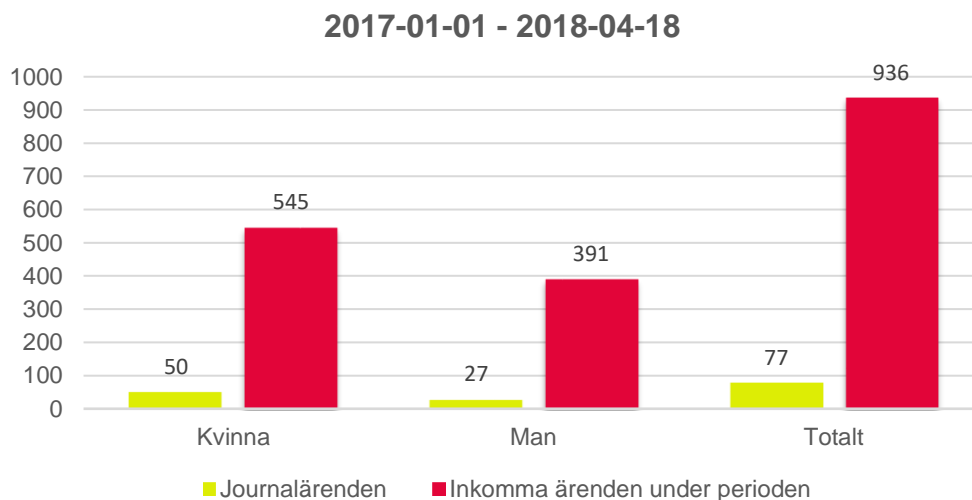
Rättelsen sker av verksamheten som skrivit anteckningen. Journalförstöring är i undantagsfall en möjlighet till radering av uppgifter i en journal som är psykiskt belastande för den enskilde patienten om uppgifterna bevaras. En ansökan om journalförstöring ska ställas till Inspektionen för vård och omsorg.

3 Urval och metod

Av totalt 936 registrerade ärenden är 37 registrerade under rubriken, journal, vilket kan jämföras med 22 ärenden för samma tidsperiod året innan (1/1 2016 – 18/4 2017). Eftersom synpunkter som handlar om patientjournal även kan finnas i ärenden som registrerats under andra rubriker, kodades dessa ärenden under angiven tidsperiod. Resultatet av registrerade och kodade ärenden blev då 77 vilket motsvarar 8 procent av samtliga ärenden.

Könsfördelning för dessa är 65 procent kvinnor och 35 procent män. Detta kan jämföras med att könsfördelningen för samtliga patientnämndsärenden under tidsperioden är 58 procent kvinnor och 42 procent män (bild 1).

Vid analys av samtliga ärenden noterades eventuella mönster och trender. Efter ny genomläsning kategoriserades rubriker utifrån de mönster patientnämnden noterat.



4 Resultat

4.1 Felaktiga journaluppgifter

Nära en tredjedel av inkomna synpunkter handlar om felaktiga journaluppgifter. Patienten har läst sin journal och hittat felaktiga uppgifter. Det kan gälla att vårdpersonal utelämnar uppgifter eller skriver felaktigheter i journalen. Synpunkterna kan också gälla att vårdpersonal sätter fel diagnos vilket leder till konsekvenser för patienten.

4.1.1 Osanna uppgifter i journalen

Det är till största delen kvinnor som anmält synpunkter gällande osanna uppgifter i journalen. Patienten har läst sin journal och reagerat på grund av att det som står inte stämmer.

Journal exempel från patientsynpunkter:

- Att patienten inte vill bli opererad, fast hen önskar operation
- Att patienten har alkoholproblem, fast hen inte druckit alkohol på 20 år
- Att patienten inte vill börja med blodtrycksmedicinering, fast hen har behandlats med blodtrycksmedicin i flera år

4.1.2 Icke relevanta journaluppgifter

”Patienten tycker att jag pratar i nattmössan och ska byta läkare”

Läkarens journalanteckning efter att patienten ifrågasatt bedömningen.

Betydligt fler kvinnor än män uppger att det står ovidkommande uppgifter i deras journal. Patienten ifrågasätter det läkaren eller sjuksköterskan skrivit i journalen är relevant i sammanhanget. Journaluppgifter såsom smutsig klädsel, smutsig patient och överviktig är exempel från patientberättelser.

4.1.3 Felaktig diagnos

Kan innefatta både journalförd diagnos och information om diagnos vid läkarbesök. I några ärenden har patienten fått fel diagnos noterat i sin journal såsom ADHD och Bipolär sjukdom. I ett ärenden blir patienten informerad av läkaren om att hon har hepatit C vilket kvinnan uppger inte stämmer och det rättas till. Den felaktiga informationen i kvinnans journal gjorde henne orolig. Basenhetschefen fick gå igenom journalen tillsammans med kvinnan för att försäkra henne om att hon inte har hepatit C.

4.2 Journaluppgifter som inte kommunicerats med patienten

”En äldre patient som brutit benet skulle i efterhand göra en skadeanmälan till LÖF och önskade journalkopior. Överst på varje sida i journalen stod texten, varning: Tillåt naturlig död”

Flera ärenden har inkommit där patienter läst sin journal och upptäckt att det finns uppgifter som de inte haft vetskap om, som inte kommunicerats med patienten. Patienter har fått vetskap om innehållet i journalen när de besökt vården vid ett senare tillfälle. Exempelvis att läkare satt diagnoser som patienten inte fått vetskap om. Vissa patienter har blivit förvånade och ifrågasatt varför och på vilka grunder läkaren satt diagnosen. Andra känner oro för att diagnosen kan påverka deras fortsatta vård. Några uttrycker

minskat förtroende för vården när vårdpersonal inte informerat om och kommunicerat diagnosen med patienten.

Flera av patienterna har tagit del av sin journal på nätet. Några av dessa patienter beskriver att de har tagit del av uppgifter som inte hunnit kommuniceras:

- Svårt sjuk man med inplanerat läkarbesök väntar på besked, kan läsa sin cancerdiagnos på nätet innan den hunnit kommuniceras.
- Patient som får otydliga svar efter ett ultraljud kan läsa att läkaren misstänker cancer.

4.3 Uppgifter och vårdåtgärder som inte journalförts

Flera patientärenden belyser att dokumentationen i journalen efter patientmöten inte är kompletta eller att vårdåtgärder inte blivit dokumenterade. Det har handlat om att viktig information för patienten inte dokumenterats i journalen. Vanligast förekommande synpunkt är att sjukvårdspersonal inte noterat patientens sjukhistoria i sin dokumentation. Andra synpunkter belyser att vårdåtgärder inte dokumenterats, till exempel:

- Patient söker ersättning för arbetsskada men dokumentationen i journalen, att traumat inträffat på arbetet, saknas. Nekas därför ersättning.
- Vårdpersonal varken dokumenterar eller kommunicerar patientens önskan om ny röntgenundersökning vilket resulterar i försenad diagnos och mer omfattande operationer på universitetssjukhus.
- Ofullständig dokumentation, utredning och vårdplan av psykolog, gällande ett barn resulterar i försenad utredning och åtgärder.
- Ofullständig information i journalen vid ett hjärtstopp försvårar för patienten att få en uppfattning om vad som hände, vilket har påverkat patientens rehabilitering.

Några ärenden handlar om patienter som ringer till vården och önskar en läkartid men uppmanas att återkomma, inte får det inskrivet i journalen. Detta har medfört längre väntan på besök, samt att patienten själv får bevisa att hen ringt tidigare.

4.4 Dataintrång / ID-stöld

Patienten kan ha misstankar om att någon obehörig varit inne i dennes journal. Ärendeexempel:

- Farhågor om att vårdpersonal utan vårdrelation till patienten har varit inne i hans journal.
- Oro över att patientens förre partner som arbetar i vården varit inne i patientens journal.
- Patienten har fått vetskap att vårdpersonal har läst i journalen och ifrågasätter behörighet då det inte finns en vårdrelation.

Ett ärende handlar om identitetsstöld där en person har använt anmälarens personuppgifter vid vårdbesök.

Gärningsmannen har sökt akutsjukvård och hämtat ut smärtstillande medicin. Anmälaren upptäcker detta när hen får räkningar från landsting och regioner runt om i landet. Anmälaren har polisanmält id-stölden. Anmälaren har upptäckt att de felaktiga uppgifterna finns kvar i hens journal.

4.5 Förväxlad journal

Journaluppgifter som tillhör en annan patient finns i anmälares journal.
”Anmälares söker för värk i midjan på ena sidan av kroppen. Läkaren lovar att skicka en remiss till sjukgymnast. Anmälares kallades till ultraljud på privat klinik. Läkaren på den privata kliniken undrade hur hen har det med halsen. Anmälares uppgav att hen inte har några problem med halsen. Läkaren uppger att patientens journalanteckning måste ha förväxlas med en annan person.”

Några ärenden beskriver förväxlad patientjournal. Förväxlingen har oftast inte upptäckts av vården utan när patienten läst sin journal.

- En patient läser i sin journal efter läkarbesök att hen fått sitt näsben krossat vilket inte stämmer.
- Efter ett för patienten ”konstigt läkarbesök” upptäcker hen felaktiga diagnoser i sin journal. Det står även att hen vårdats enligt LVM vilket inte är sant.

4.6 Konsekvenser för patienter

Patientnämnden har fått in synpunkter på att vårdpersonal inte alltid har läst journalen noggrant. Detta har hänt när patienter inte träffat sin patientansvariga läkare eller vid akuta läkarbesök. Exempelvis en patient som får försvara sin medicinerings då den av olika orsaker skiljer sig från normal dosering. För patienten har detta medfört att läkare vägrat ordinera smärtlindring. Händelsen hade undvikits om läkaren lyssnat på patienten och läst ordentligt i journalen.

Flera synpunkter har handlat om att patienter varit hos läkare som gjort en bedömning och satt diagnos där diagnosen sedan inte visat sig stämma. När patienten söker igen läser läkaren den tidigare ställda diagnosen utan att ifrågasätta om den stämmer. Detta har inneburit att patienter fått försenad utredning, behandling och riskerat en vårdskada. Några patienter upplever att journalanteckningen inte stämmer med det patienten sagt, att symtombeskrivningen anpassats till den felaktiga diagnosen.

Andra synpunkter handlar om att patienten påverkats negativt av felaktig journaldokumentationen eller avsaknad av journaldokumentation, exempelvis;

- Ersättningar har inte betalats ut.
- Sjukintyg har inte bedöms utifrån ett adekvat underlag.
- Retroaktivt sjukintyg har inte skrivits på grund av bristande dokumentation.
- Icke aktuell dokumentation i journalen har lett till avslag för IVF-behandling.

Det har framkommit synpunkter i ärendehanteringens att det är problematiskt för patienten att justera en felaktig uppgift i journalen när de kontaktat vården. Patienten känner sig otrygg och upplever att det inte prioriteras av vården.

5 Sammanfattning/reflektion

”Om de digitala hälsouppgifterna som används är felaktiga kan naturligtvis också nyttan ifrågasättas. När användning rör den enskildes vård är det av avgörande betydelse att uppgifterna är korrekta”³

Att nästan en tiondel av patientnämndens ärenden inom drygt 15 månader berör journalhanteringen i vården bör uppmärksammas. I ett flertal inkomna ärenden har patienter upptäckt rena felaktigheter i journalen, det kan gälla både i journaltext och diagnoser. Det finns även synpunkter på hur relevant journaltexten är i förhållande till vad patienten sökt för, vilket kan upplevas kränkande. Journaltexter som tillhör en annan patient har påträffats. Patienter har även anmält misstankar om dataintrång. I flera ärenden har felaktigheter i journalen lett till negativa konsekvenser för patienten. Fler kvinnor än män har kontaktat patientnämnden gällande synpunkter på patientjournalen.

Synpunkter på journaluppgifter kan naturligtvis bero på missförstånd och okunskap hos patienten, vad som ska skrivas i journalen, eftersom journalen först och främst är ett arbetsverktyg för personal i vården. Men att ett flertal ärenden beskriver rena felaktigheter går inte att bortse ifrån.

Att ha uppmärksamhet på att det kan finnas felaktigheter och att undvika fel är något all vårdpersonal bör ha i åtanke när man läser och skriver i journalen.

En orsak som framkommit från inkomna ärenden är att det brister i kommunikation och bemötande mellan patient och vårdpersonal vilket möjliggör fel i journaldokumentationen.

”Det kan upplevas som mycket problematiskt och i vissa fall kränkande om sakfel, ovidkommande uppgifter eller i värsta fall nedsättande omdömen finns dokumenterat”³

När felaktigheter eller avsaknad av information i journalen upptäcks av patienten väcker det inte sällan starka känslor med uttryck att journalen måste justeras. Patienten eller anhörig vill få information om gällande regelverk och vad de har för rättigheter till ändring i journalen. Ett önskemål från patienter är att snabbt kunna kontakta vården för att göra justeringar.

En korrekt patientjournal är en avgörande faktor för patientsäkerheten. Vad som ska dokumenteras i journalen styrs av lagar och riktlinjer från varje landsting. Att patientnämnden får in allt fler ärenden gällande felaktigheter i patientjournalen, beror troligtvis inte på att arbetet med patientjournaler har försämrats utan att patienten nu kan ta del av sin journal på ett enklare sätt. Patientens möjlighet att själv granska sin journal leder till en kvalitetssäkring

³Vårdanalys, rapport 2017:10, *För säkerhets skull, Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter.*

av patientjournalen och en ökad patientsäkerhet. Utifrån detta är det viktigt att vården har en positiv inställning och beredskap för att ta emot synpunkter från patienter och att korrigeringar sker snabbt.

6 Exempel på åtgärder

Självklart har både vårdpersonal och patienter samma mål, att journalen inte ska innehålla felaktigheter eller irrelevanta uppgifter som sedan kan leda till negativa konsekvenser. För att undvika missförstånd i dokumentationen mellan patient och vårdpersonal bör ett mer personcentrerat arbetssätt tillämpas och kontinuitet i vårdkontakter med patienten prioriteras.

En metod som används för att minska missförstånd i kommunikation och dokumentation är Teach-Back. Syftet med metoden är att kontrollera att patienten uppfattat informationen om sin behandling och dess risker på ett korrekt sätt. Metoden innebär att vårdpersonal kvalitetssäkrar att patienten förstått den information som hen delgivits genom att be patienten återberätta hur hen uppfattat den.

Möjlighet finns också att diktera hela eller delar av journalen tillsammans med patienten för att säkerställa att både patient och vårdpersonal är överens. En fortlöpande utbildning i journalskrivning för vårdpersonal bör prioriteras samt att landstingets rutin för rättelser i digital patientjournal uppmärksammas.