



Patientjournalen | 2023

SYNPUNKTER FRÅN PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE
PATIENTNÄMNDEN I KALMAR

Inledning

2018 skrev patientnämnden en rapport om patientjournalen (journalen), detta är en uppföljande analys av inkomna synpunkter.

Patientnämnden ser ingen större skillnad i antalet ärenden eller vad de har handlat om jämfört med 2018, trots att allt fler läser sin journal på nätet. Rapporten bygger på 76 ärenden som inkommit från patienter och närstående och som på olika sätt handlar om journalen. 2018 var det 77 ärenden.

Flest synpunkter rör felskrivningar i journalen, upplevelsen av att dokumentationen inte stämmer med vad som sagts eller vad som hänt. Vidare att uppgifter inte journalförts eller kommunicerats. Enstaka ärenden rör personuppgiftsincidenter och regelverket kring att läsa sin journal.

Antalet personer som läser sin journal via 1177.se ökar. Under maj månad 2018 var det 9 542 personer som loggade in i sin journal, samma månad 2020 var det 18 361 personer. Under maj 2022 hade antalet inloggningar i journalen ökat till 35 825.

Denna rapport bygger på enskilda patienter och närståendes subjektiva upplevelser. Synpunkter och klagomål via patientnämnden ger inte en bild av hur sjukvården eller journalföringen fungerar i stort men visar på patienters upplevelser då de inte har varit nöjda i kontakten med vården. På det viset kan deras berättelser ge en vägledning i på vilka sätt vården kan förbättras och anpassas utifrån patienternas perspektiv ■

Syfte och metod

Syftet med rapporten är att genom analys och presentation av synpunkter bidra med patienters och närståendes perspektiv till hälso-och sjukvårdens utvecklings- och kvalitetsarbete när det gäller patientjournalen i region Kalmar län.

Under tidsperioden 2022-01-01–2023-03-31 registrerades 76 ärenden som på olika sätt rör patientjournalen. Synpunkter på journalen har under en längre tid markerats, detta för att kunna söka efter fler ärenden än de som ligger kategoriserade under kategorin journal. En del ärenden handlar uteslutande om synpunkter på journalföring medan andra är en del av en vårdhändelse. Vid analysen utmärkte sig och grupperades återkommande områden, dessa presenteras tillsammans med ärendeexempel i rapporten ■



Patientjournalen

Socialstyrelsen skriver att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient.

Journalhandlingar ska vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå. Journalen är ett viktigt arbetsinstrument för vården och även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda journalen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. Patientjournalen är även en informationskälla för patienten som kan få insyn, kunskap och ökad delaktighet i sin hälsa och vård. Journalen är också ett verktyg för att följa upp och utveckla kvaliteten i vården¹.

Rättelse och notering

Om en patient anser att uppgifter i journalen är felaktiga kan hen be om en rättelse hos vårdgivaren². Den som har gjort anteckningen ansvarar för att den är korrekt och avgör hur anteckningen ska lyda. Patienten kan också begära en notering (benämnas också som anteckning, avvikande uppfattning eller komplettering) i sin journal, en sådan notering får vårdgivaren inte neka till³. Att innehållet i journalen är korrekt och oförvanskat är en förutsättning för att den ska kunna bidra till en god och säker vård för patienten och rättelse är ett sätt att säkerställa riktigheten⁴.

[Region Kalmar läns rutin för journalförstöring och rättelse](#)

Personuppgiftsincidenter

Om en incident uppstått är det viktigt att snabbt bedöma potentiella konsekvenser för patienten, om incidenten bedöms kunna medföra en risk ska den anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Det är viktigt att arbeta proaktivt och systematiskt för att förhindra incidenter, vårdgivare behöver ha kunskap och rutiner säkrade⁵.

Journalförstöring

Ansökan om att ta bort vissa uppgifter i en journal görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO beviljar ungefär 15 procent av alla ansökningar, det är bara i undantagsfall som förutsättningarna lever upp till de lagkrav som gäller för att få förstöra uppgifter i en journal⁶ ■

¹Patientjournal – syftet med en patientjournal. För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen

²Dataskyddsförordningen, artikel 16. [Dina rättigheter i vården | IMY](#)

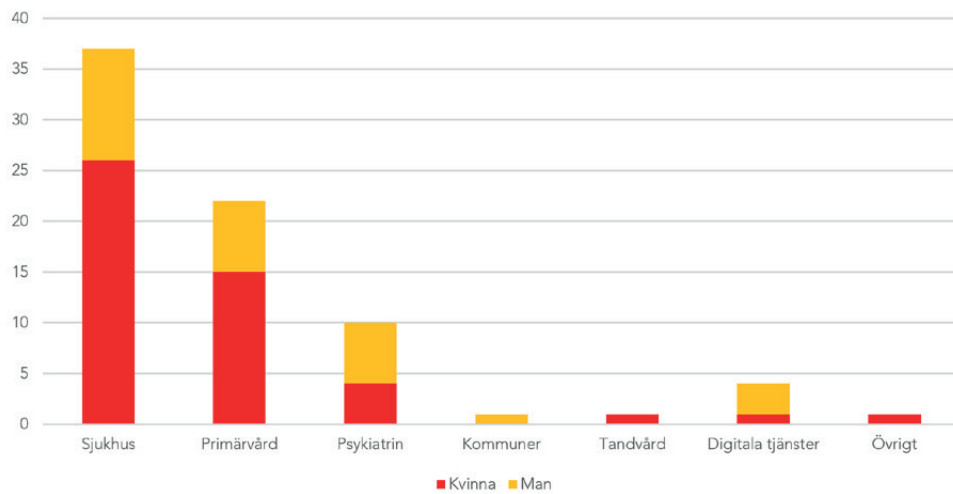
³PDL (patientdatalagen 2008:355), 3 kap, 8 §.

⁴[Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(socialstyrelsen.se\)](#)

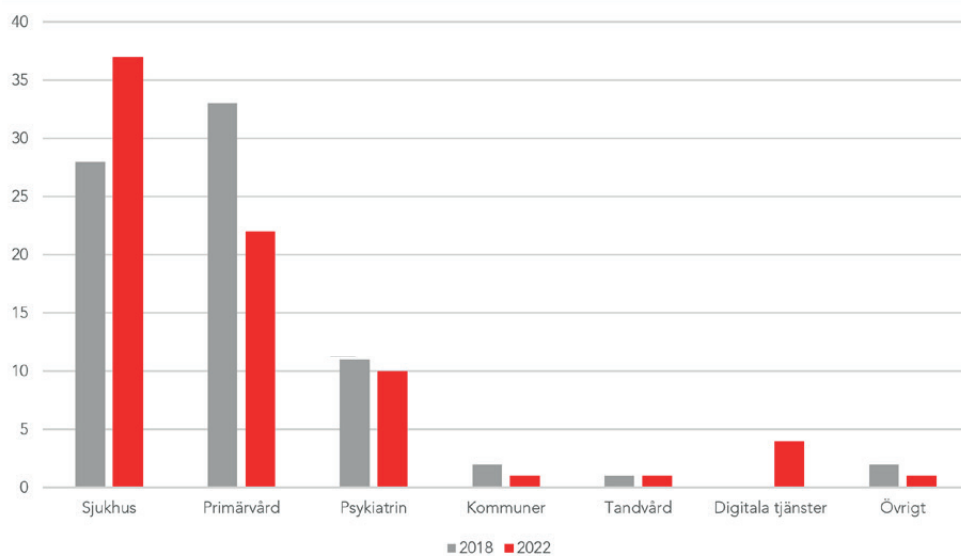
⁵[Hantering av personuppgiftsincidenter | IMY](#)

⁶[Om journalförstöring | IVO.se](#)

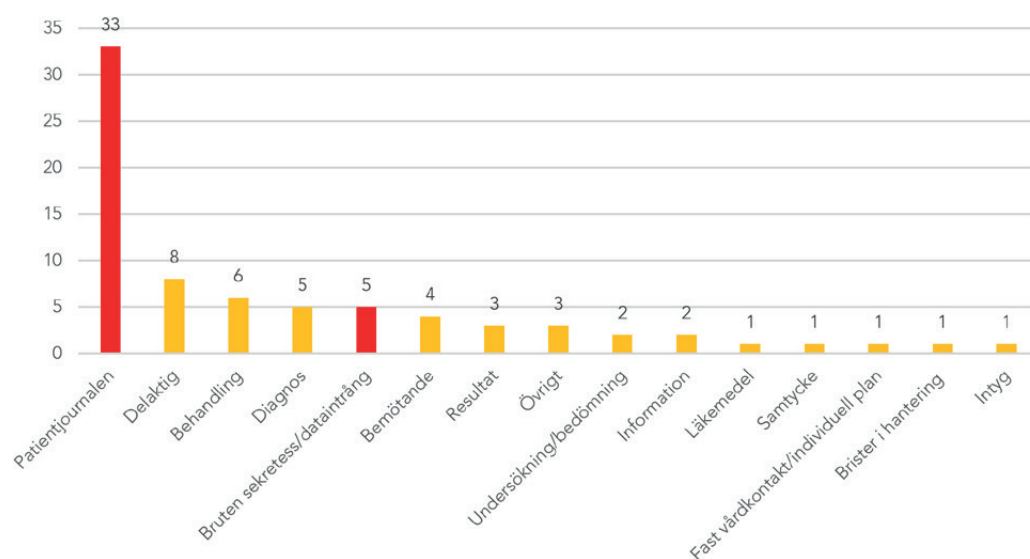
Resultat



Tabell 1, journalärenden per förvaltning och könsfördelning. Det är fler kvinnor än män som anmält synpunkter, 63 procent kvinnor och 37 procent män. Journalsynpunkter förekommer i sex procent av patientnämndens samtliga ärenden under perioden. I rapporten från 2018 noterades det liknande förhållande, åtta procent av samtliga.



Tabell 2, journalärenden 2018 och 2022. Trenden har gått från fler ärenden i primärvården till fler för sjukhusen. Verksamhetsområdet digitala tjänster har tillkommit sedan efter 2018.



Tabell 3, journaländan per rubrikkategori. Vissa handlar uteslutande om journalen eller personuppgifter medan andra har varit en del av en vårdhändelse.



Ärendeexempel

Nedan följer två ärendeexempel. Det är patientens berättelse och vårdens svar. Dessa ger en bild av patientnämndsärenden och hur vården bemött klagomålet.

Ex 1. Kommunikation/delaktighet, Psykiatriförvaltningen

"Jag tycker inte att anteckningen i journalen stämmer med det jag sa. Jag har gått på utredning och pratat med en psykolog. Psykologen har feltolkat det jag berättade om och skrivit detta i min journal. Jag vill att det ändras så det blir rätt. Jag har pratat med psykologen men hen säger att anteckningen är korrekt, det tycker inte jag".

Ärendet skickas till ansvarig chef för svar.

Ansvarig chef svarar - *det är bara den personal som skrivit anteckningen som har lov att rätta. Journalen är vårdens arbetsverktyg och det blir inte alltid dokumenterat som patienten önskar. Du har redan begärt rättelse och psykologen har dokumenterat detta och skrivit att hen inte vill rätta anteckningen. Notering är gjord, dina synpunkter är införda i journalen. Ansvarig chef informerar om journalförstöring hos IVO.*

Ex 2. Patientjournalen, Primärvård

"Jag föll illa och skadade handleden som undersöktes och röntgades. Jag fick besked att inget var brutet. Jag hade fortsatt ont och leden var svullen så jag sökte hälsocentralen igen och träffade samma läkare. Jag förstod då att läkaren missuppfattat mig och att fel led röntgats, armbågen i stället för handleden. Det visade sig att jag hade en handledsfraktur och först nu blev jag opererad. Jag läste sedan i min journal att jag sökt för armbågen och att jag vid undersökningstillfället satt med kläder och handskar på mig. Detta är ren lögn, det var varmt ute och jag kommer ihåg att jag inte hade några ytterkläder på mig. Jag vill att anteckningen rättas till".

Ärendet skickas till ansvarig chef för telefonkontakt med patienten. Ansvarig chef återkopplar att de rätt ut händelsen, journalen har rättats och patienten var nöjd.

Vad har klagomålen handlat om?

Kategorierna, det vill säga vad ärendena handlat om, är väsentligen de samma som presenterades i rapporten 2018. Patienter uppfattar felskrivningar, att uppgifter saknas, att uppgifter inte har kommunicerats, att felaktiga anteckningar förföljer patienten i kommande vårdkontakter samt personuppgiftsincidenter. Det som skiljer sig åt är att vid förra analysen uppmärksammades synpunkter på ovidkommande uppgifter i journalen, i aktuell analys är detta inget som utmärker sig.

Många av klagomålen har bemötts av vårdgivaren då anmälaren önskat att journalen ska justeras och i 25 av ärendena, 33 procent, har åtgärd vidtagits. Övervägande åtgärd har varit rättelse, ord eller mening som korrigerats. Många av vårdens svar har innehållit förklaringar och information om hur och varför en anteckning skrivits och varför den ska stå kvar och inte rättas. Patienter hänvisades också att resonera med sin läkare och föra en dialog kring anteckningen.

Synpunkter på journalföring finns i alla vårdförvaltningar och det är ingen förvaltning som utmärker sig i antal eller kategori.

Felaktig anteckning

Flest synpunkter har handlat om upplevda felskrivningar, om delar i något som patienten berättat om men också rena felaktigheter. Exempelvis diagnos på malign tumör i buken, där den rätta diagnoskoden förväxlades med en bokstav och ledde till stor oro hos patienten när hen läste anteckningen i sin journal. Ett annat exempel är att patienten, helt felaktigt, tar antidepressiv medicin. Patienten fick svar från ansvarig chef som bekräftade bristande journalhantering /läkemedelslista. Andra exempel är att patienten felaktigt har palliativ vård, missbruk, pacemaker, överviktig, inte vill ha vaccin, ätstörning eller demens.

Många har reagerat på att anteckningar inte stämmer med det patienten berättat. Mottagaren har inte uppfattat det som sagts på det sätt som patienten menat. Flera har också frågor om anteckningar kring bedömningar, att/hur läkare skriver att allt är normalt och patienten är opåverkad när patientens upplevelse varit det motsatta eller att läkaren inte undersökt de organ (exempelvis hjärta, lungor) som uppges vara normala.

Uppgifter saknas

Planerad behandling, uppföljning eller händelse i vården har inte dokumenterats och patienten får själv ta ny kontakt med sin mottagning för att reda ut det hela. Några ärenden handlar om varningar i journalsystemet som har eller inte har dokumenterats, exempelvis läkemedelsvarningar.

Uppgifter som inte kommunicerats

För patienten okända uppgifter eller resonemang skapar oro och frågor. I ett fall läste patienten att en specialistläkare ifrågasatte cancerbehandlingen som hen fått, läkaren förde ett resonemang i journalen om den behandling hen fått varit tillräcklig. I detta ärende bedömdes det att fel inte hade begåtts (rätt behandling var given) och anteckningen erbjöds att rättas. Anteckningen startade dock en kedja av oro och vårdkontakter som varit svåra att rätta till. Patienten blev den som fick vara kvalitets-säkrare och själv undersöka om anteckningen stämde och i nästa steg om hen fått rätt behandling.

Andra exempel är nybliven förälder som läste dokumenterad, men icke kommunicerad, misstanke om att barnet hade en CP skada. En patient läste att hen var i palliativ vård, flera palliativa läkemedel var ordinerade samt att sjuksköterska fick konstatera dödsfallet i hemmet. Detta blev en stor chock för patienten som hade en obotlig sjukdom men ingen hade pratat om palliativ vård och hen var fortfarande i behandling.

Felaktiga uppgifter förföljer patienten

Flera patienter uppger att felaktiga anteckningar skadat dem vid senare vårdkontakter. Denna kategori är en konsekvens av felskrivningar och missuppfattningar men är en återkommande synpunkt till patientnämnden och värd att belysa.

- Sökte för höftsmärta, läkare dokumenterade bedömning ryggskott – missvisande vid kommande vårdkontakter.
- Efter ett förhöjt alkoholprov dokumenteras patienten ha alkoholproblem – återkommande fråga/misstanke vid vårdbesök.
- Anteckningar (gynekologi) gällande annan patient – följer med vid kommande vårdkontakter.

Personuppgiftsincidenter, sekretess

Enstaka ärende rör personuppgiftsincidenter som dataintrång, spärrar eller sekretessfrågor. Ett ärende anmäldes enligt rutin till personuppgiftsansvarig som i sin tur lämnade ärendet vidare till IMY.

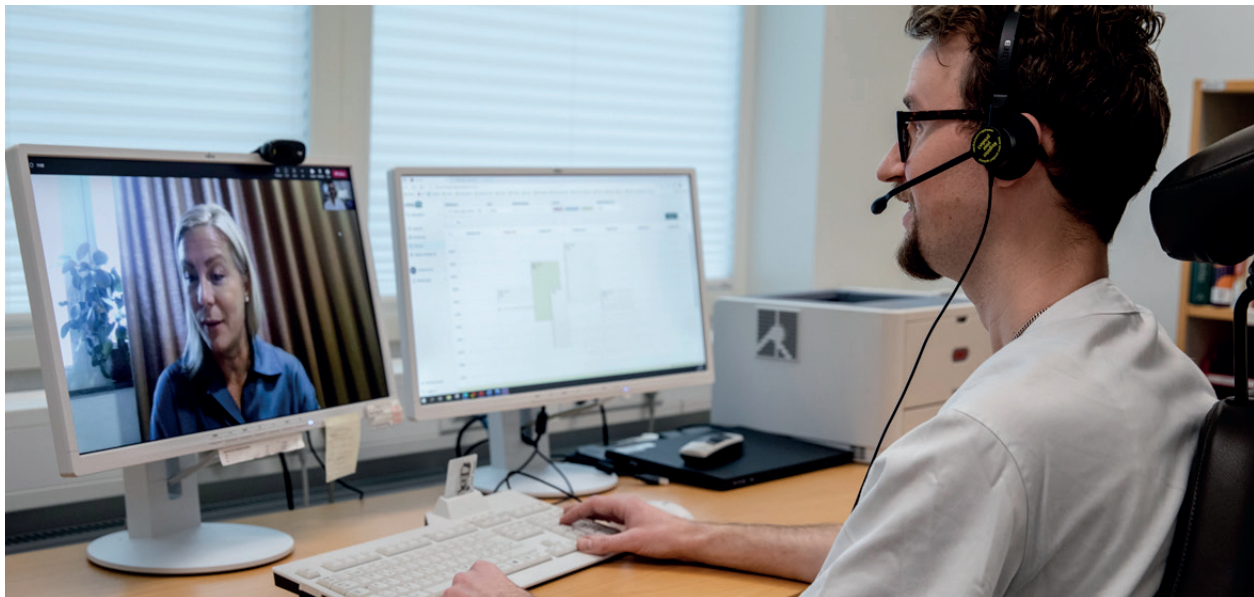
Några ärenden handlar om regler kring att läsa sin journal, synpunkter på att patienter mellan 13-15 år samt deras vårdnadshavare inte kan komma åt journalen. Detta är ett nationellt taget beslut som grundar sig i att skydda barnet ■

Pågående arbete regionalt

Många av länets vårdverksamheter arbetar kontinuerligt med att utveckla och säkra journalföringen. Ett avslutat pilotprojekt som nu breddinförts är taligenkänning (TIK). TIK är ett hjälpmedel vid dokumentation och innebär att tal översätts direkt till text i journalen. Detta kan ske i samband med patientbesöket eller direkt efter. Ett annat pågående projekt är individuell patientöversikt (IPÖ), ett IT-stöd som på ett överskådligt sätt samlar cancerpatienters historik och situation i journalen ■

Konsekvenser utifrån inkomna synpunkter

- Bristande tillit till vården och oro
- Tidsåtgång och arbete för alla parter
- Patienten begär spärrar till sin journal
- Felaktiga uppgifter följer med i journalen vid senare vårdkontakter



Reflektion

Socialstyrelsen skriver att det är nödvändigt att det inom vårdgivarens verksamhet finns en tillit till att dokumentationen är korrekt och användbar. Det är denna tillit som på olika sätt påverkat patienter att anmäla till oss på patientnämnden.

Att innehållet i patientjournalen är korrekt och oförvanskat är en förutsättning för att den ska kunna bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är ett av vårdens arbetsredskap men i och med att journalen idag är lättillgänglig är det inte tillräckligt att avfärda en patient som invänder mot en journalanteckning med att "den är vårdpersonalens arbetsredskap". Felaktig journalföring ska rättas till, kommer man inte överens kan patienten begära en notering och personuppgiftsincidenter som bedöms kunna medföra en risk ska anmälas till IMY. Kunskap och rutiner ska finnas tillgängliga. Information om rättelse och notering finns förutom i lagtext även spridd och lättillgänglig för allmänheten på olika ställen som IVO, IMY och 1177.se.

Som i många av patientnämndens rapporter, oberoende av ämne, hamnar vi i att det mesta handlar om kommunikation. Kort om tid, svårighet i kommunikation mellan personal och patient, missuppfattningar, nonchalans, misstro, okunskap – listan kan göras lång på tänkbara orsaker som påverkar kommunikationen och informationsöverföringen.

När journalfel uppmärksammas fungerar patientens klagomål som en kvalitetssäkrare. Målet måste vara att göra rätt från början och arbeta för att undvika felskrivningar som kan bli tidskrävande att rätta. Många kontakter följer inte sällan mellan patient, sjuksköterska, läkare, chef och patientnämnden för att nå samförstånd.

Rapporten beskriver enskilda upplevda händelser och det är ingen klinik som utmärker sig, utifrån antalet personer som läser sin journal så är det ett mycket litet antal klagomål som når patientnämnden. Synpunkter till patientnämnden på journalen har inte heller ökat i takt med att allt fler läser sin journal på nätet.

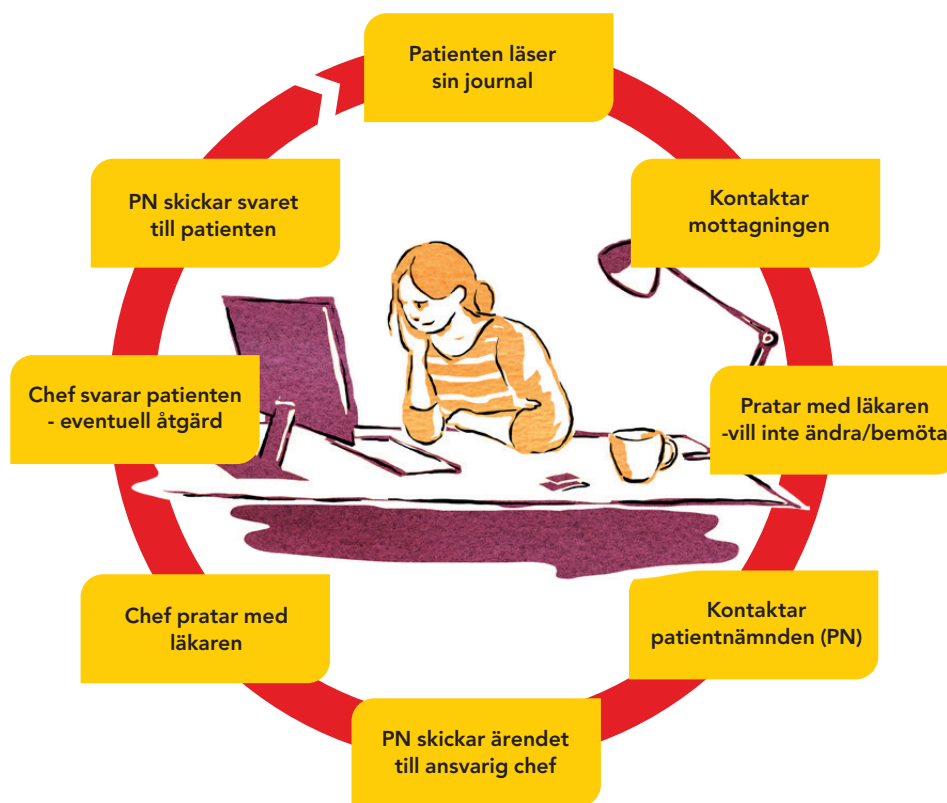
Om det blir fel i journalen bör vårdpersonalen veta vilka rättigheter patienten har och veta hur de ska hantera frågor om journal och personuppgifter.

Analysen är ingen utvärdering av E-hälsa eller journalsystemet utan en presentation av upplevelser som bland annat visar på vikten av att säkra kommunikationsföringen och göra rätt från början ■

Medskick till vården

- Internt arbetssätt, hur gör vi om en patient önskar rättelse eller begär notering?
- Regionens övergripande rutin för förstöring och rättelse av patientjournalen, [patientjournal---rutin-for-forstoring-och-rattning.pdf \(regionkalmar.se\)](#)
- Arbetssätt och metoder för att säkerställa informationsöverföring som exempelvis: Förstå mig rätt (Teachback) och Taligenkänning (TIK).

Händelsekedja för att illustrera arbetet som kan följa ett upplevt journalfel -
Ett litet fel kan generera mycket arbete!



Tidigare rapporter från patientnämnden

- Tillgänglighet, november 2017
- Patientjournalen, juni 2018
- Intyg, november, 2018
- Barnärenden, juni 2019
- Den äldre patienten inom somatisk slutenvård, november 2019
- Patienter med långvarig smärta, juni 2020
- Vårdens åtgärd, november 2020
- Klagomål relaterade till covid-19, februari 2021
- Primärvården, september, 2021
- Intyg, november, 2021
- Klagomål relaterade till covid-19, juni 2022
- Läkemedel, juni 2022
- Bemötande, november 2022

Rapporterna finns att läsa på www.regionkalmar.se



Region Kalmar län

Box 601, 391 26 Kalmar • Telefon 0480-840 00 • regionkalmar.se