

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Patienter klagar på dokumentationen i journalen

Många patienter läser idag sin journal på 1177.se efter sitt besök i hälso- och sjukvården. Ibland upptäcker man att det står fel i journalen eller att en anteckning saknas. En del har också upplevelsen av att man missuppfattas eller känner sig kränkt. Det kan också vara att det skrivits i fel patientjournal.

Socialstyrelsen

Patientjournalen är en informationskälla även för patienten. Kan ge ökad insyn, kunskap och delaktighet i sin egen vård.

Till patientnämnden är det många som hör av sig med synpunkter gällande sin journal och undrar hur man kan gå tillväga för att detta ska korrigeras.

Denna analys är baserad på synpunkter inkomna till patientnämnden under 20230101-20231231. Under denna period var det 69 ärenden som hade journalen som huvudorsak till att man kontaktade patientnämnden. Synpunkter på journalen förekom även i många andra ärenden men är inte med i denna analys.

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.

Patientdatalagen (2008:355)

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård.

Även råd per telefon ska dokumenteras och viktig information som lämnats till patient och/eller närstående ska finnas beskriven. Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska finnas tillgänglig för alla som har ansvar för de olika delarna av vården samt för patienten själv¹. Detta för att nästa vårdpersonal ska kunna ta vid och kunna veta bedömningen man gjort vid tidigare besök och planeringen framåt.

Om en journalanteckning inte överensstämmer med det som patienten framfört vid sitt besök i vården kan det leda till att patienten blir felaktigt bedömd vid nästa besök. Detta kan leda till att utredning och diagnos fördröjs, samt ett förlängt lidande för patienten.

Socialstyrelsen

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara tydligt utformade och så lätta att förstå som möjligt.

Felaktig journalanteckning kan leda till fördröjd vård

Patienter har i sina synpunkter framfört att de symtom man sökt för inte alltid fanns beskrivet i journalen, utan läkaren kan ha skrivit annan kontaktorsak. En patient sökte för trötthet och

¹ Patientjournal - Vårdhandboken (vardhandboken.se)

Patientnämnden i Region Jönköpings län

nedsatt allmäntillstånd, men under kontaktorsak har läkaren skrivit: ”*uppföljning av högt blodtryck*”.

Flera synpunkter handlade om hur fel det kan bli i vårdkedjan om inte journaldokumentationen stämmer. En patient beskrev flera olika symtom som man framfört på sitt akutbesök. Patienten läste sedan sin journal och då hade läkaren skrivit: ”*att allmäntillståndet var gott, när jag knappt kunde hålla mig vaken och sitta, kunde heller inte gå*”. Patienten kontaktar vården igen då hen var fortsatt dålig. Man gick då på journalanteckning som skrevs dagen före och som inte stämde med patientens mående. Fick söka akut vård och blev inneliggande på sjukhus en längre tid.

Ärendet visar på att det är viktigt att man som patient blir lyssnad på och att journalanteckning blir korrekt. För nästa vårdinstans som ska sköta och bedöma patienten blir ju en sådan anteckning missvisande för hur länge patienten haft symtom och varit dålig. I ett annat ärende svarar verksamheten att:

”Det framkommer att journalanteckningen inte är optimal vid första besöket då inte någon status är noterat. Journalanteckningen blir inte heller optimal vid andra besöket då vi saknar beskrivning av rörlighet i din hand.”

Felaktig journalanteckning kan också leda till att en patient inte får ersättning från försäkringsbolag. Om det inte är rätt dokumenterat eller inte står med alls så kan patienten bli utan ekonomisk ersättning som denne kanske hade rätt till.

LÖF-Regionens ömsesidiga försäkringsbolag
När patienten anmäler en vårdskada till LÖF kan det ibland vara avgörande för patienten om denne får ersättning eller inte utifrån vad som finns dokumenterat och hur noggrant det har beskrivits.

Felaktig journalanteckning kan leda till stor oro hos patienten

I flera synpunkter framförde patienter den oro man känt när man läst sin journal innan man fått ett besked från vården. Det kan handla om svåra besked. I region Jönköping har man tillgång till osignerade och ovidimerade anteckningar direkt. Patienten får ett val om man vill se allt innan det är signerat. Denna möjlighet kan ibland vara en nackdel för patienten och skapa oro.

I ett ärende läste patienten sin journal och den anteckning som läkaren gjort efter dennes röntgenundersökning. Den visade att patienten hade en spridd cancer till lungorna, vilket skapade stor oro hos patienten. När sedan patienten tog kontakt med vården så visade det sig att det var en felskrivning av vården.

I svar från verksamheten:

”Journalanteckningen är ett arbetsinstrument och det är viktigt att det står rätt”. Av denna anledning har vi nu förändrat våra rutiner så att vårdadministratörerna ska läsa röntgensvaret i samband med att de skriver diktatet. I läkargruppen har dialog förts kring vikten av att vara noggrann vid signering av journalanteckningar”

Avsaknad av journaldokumentation kan leda till fel bedömning

I de inkomna synpunkterna har det också handlat om att man helt har saknat journalanteckning efter kontakt med vården, tex vid telefonrådgivning.

I ett ärende kontaktade patienten sin vårdcentral och framförde sina besvär. När denne sedan kom till sitt läkarbesök hade inte de symtom patienten beskrivit för sjuksköterskan i telefon kommit läkare fullt till känna. Detta fick då till följd att patienten inte fick rätt bedömning av läkaren, då man inte tagit alla symtom i beaktande.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

I vissa ärenden där patienten har en planerad läkartid men som ringt vården igen då man fått fler symtom har detta inte uppdaterats i journal eller i bokningsunderlaget inför läkarbesöket. Detta kan leda till att läkaren då inte har alla fakta som denne behöver för sin bedömning av patienten. Det är viktigt att all personal följer de riktlinjer som finns för journaldokumentation.

Flera synpunkter handlade om att det saknats en plan i journaldokumentationen. Patienter vet inte vad som är deras nästa steg efter kontakt med vården. Otydlighet om när och vart man ska höra av sig vid försämring. Detta blir en känsla av otrygghet hos patienten då man inte vet hur försämrad man ska vara innan man söker vård igen. Hade man vid besöket haft en tydlig dialog/överenskommelse med patienten om vad denna ska vara uppmärksam på samt att det också framkommer i dokumentationen så blir det en trygghet för patienten. Det blir också tydligt för vårdpersonal då det finns en plan beskriven.

En försvårande omständighet och som framkom i ett svar från verksamheten som skulle svara på en patients synpunkter var att då en personal slutat och att det då inte fanns någon anteckning, ledde till att patienten inte kunde få svar på sina frågor. Var slutar vårdens ansvar i detta? En verksamhet är ansvarig även om en vårdpersonal slutat.

Felaktiga anteckningar förföljer patienten i kommande vårdkontakter

Flera patienter har framfört att de upplevde att de har felaktiga anteckningar i journalen som skadat dem vid senare vårdkontakter.

I klagomål framkom att patienter upplevde att journaltexten blivit missvisande. Läkaren hade missuppfattat det som patienten berättade om. Som patient kände man inte igen sig själv. Den bild man själv hade av verkligheten var en annan än den som beskrevs i texten. Patienter kände då en oro över att bli dömda av dem som

läste i journalen och att man då skulle få sämre vård.

"Läkaren har i journalen och i remissen till annan region skrivit att hen har ett alkoholberoende men "dricker inte varje dag". Detta var inget som diskuterades alls vid besöket. Pga. att läkaren skrev detta på remissen blir remissen avvisad till enheten".

Felaktig information i remiss kan leda till fördröjd vård

Flera synpunkter har handlat om att det varit bristande information i remiss till nästa instans. Detta har då lett till att mottagande enhet inte kunnat göra rätt bedömning då det saknats information i remissen eller att det varit felaktig information. Det har lett till att remisser avvisats och gått tillbaka till remittenten. Det har också handlat om att verksamheter haft bristande rutiner kring hur man skriver remiss men också hur man bedömer och svarar på en remiss.

En patient hade sökt sin vårdcentral för en hudförändring. I journalen hade läkaren dokumenterat att hudförändringen är placerad nedanför vänster bröstorg. Inget foto bifogades med remissen. Därav blev det fel i nästa steg och fel hudförändring togs bort. I svaret från verksamheten så svarar man att man saknade rutin för fotografering när hudförändringar tas bort, vilket ledde till att nya rutiner kommer att tas fram kring detta.

Diskussion

Det är viktigt att man gör en korrekt journalanteckning och får med allt som är väsentligt. Detta är ju särskilt viktigt om man ska bedöma en situation i efterhand om någon fått en rätt bedömning, men även om man får träffa en annan vårdpersonal så att den i sin tur kan göra en korrekt bedömning utifrån journalen. Om det skrivits fel i journalen så finns tre sätt för patienten att påverka innehållet i sin journal.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Rättelse i patientjournal, en notering i patientjournal eller journalförstöring (ansökan görs till IVO) ².

Patienter framförde att det inte alltid noteras i journal de symtom de framförde på besöket och de konsekvenser det eventuellt kan ha lett till när de söker vård igen. Brister i journaldokumentation kan leda till patientsäkerhetsrisker, såsom fördröjd behandling och diagnos men också till en stor onödig oro och otrygghet hos patienten.

Det måste vara tydligt för nästa ”läsare” om vad som ska göras, när och av vem. Detta för att skapa en säker vårdkedja. Generaldirektör för Haverikommissionen, John Alhberk säger i en artikel i dagens medicin, att: *”för oss är patientjournalen hälso- och sjukvårdens motsvarighet till flygets svarta låda”*. Det som inte finns dokumenterat *”finns inte”* ³. En korrekt journalföring är en viktig informationskälla för att vården ska bli så säker som möjligt.

Synpunkter och klagomål på vården (2017:372).

Patientnämnden gör inga medicinska bedömningar eller avgör vad som är rätt eller fel. Tar heller inte del av några journalhandlingar. Vår huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter/närstående att föra fram synpunkter och klagomål till vårdgivare och att få dessa besvarade.

² Patientdatalag (2008:355)

³ Sjukvården långt efter flyget i säkerhetstänk - Dagens Medicin