



Dokumentation och sekretess

Brister i patientjournalen och bruten sekretess/dataintrång

- Patienter och närståendes synpunkter och klagomål på journalhanteringen och verksamhetens svar.

Inledning

Enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) är patientnämndens uppdrag att dels stödja och hjälpa patienter och närstående att framföra synpunkter och klagomål till vården så att de kan få svar på sina frågor och klagomål. Den andra delen av uppdraget är att bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet i vården genom att genomföra analyser och rapporter för att bidra med underlag till förbättringsarbete och ökad vårdkvalitet. Patientnämnden skall också samverka med Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och Socialstyrelsen samt årligen lämna redogörelse och analys över patientnämndsverksamheten. IVO ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) systematiskt ta tillvara informationen som patientnämnderna lämnar.

Samtliga inkomna ärenden hanteras i enlighet med den handbok som är utarbetad tillsammans med patientnämnderna i Sverige. Patientnämnden kategoriserar alla ärenden utifrån 9 olika huvudproblemområden med ett antal delproblem under varje område. Dessa problemområden har sin tyngdpunkt i Patientlagen (2014:821) och ändrades till viss del när patientnämnderna införde sin nya nationella handbok 2019. De kategorier/ problemområden patientnämnderna använder är även samverkade med IVO.

I denna rapport har Patientnämnden gett Patientnämndens kansli i uppdrag att i rapportform redogöra för problem som kan identifieras utifrån klagomål och synpunkter som avser Dokumentation och sekretess.

Inkomna klagomål till patientnämnden ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar, men åskådliggör patienters och närståendes upplevelser av när vården brister. Deras berättelser kan ge en vägledning om hur sjukvården kan förbättras och är en viktig kunskapskälla i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Syfte

Syftet med rapporten är att utifrån inkomna klagomål till patientnämndens kansli belysa patienters och deras närståendes synpunkter gällande dokumentation och sekretess. Innehållet ska kunna utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens kvalitets- och förbättringsarbete. Rapporten är också ett underlag och stöd för patientnämndernas och Region Västmanlands övriga politiker, berörda tjänstemän och övriga intressenter.

Metod

Underlaget i rapporten är hämtad från ärendehanteringssystemet synergi. Rapporten gör en kvantitativ jämförelse över åren 2019–2022 samt första kvartalet 2022 mot 2023. För specifika ärenden under 2022 och första kvartalet 2023 görs en kvalitativ granskning. I rapporten granskas kapitel 4.

Dokumentation och sekretess och dess två delproblemområden, 4.1 Patientjournalen och 4.2 Bruten sekretess/dataintrång. Nedan beskrivs vad som ingår i dessa problemområden.

4.1 Patientjournalen – dokumentation har utformats så att integriteten har kränkts. Dokumentation saknas, är bristfällig eller felaktig. Nekad/fördröjd utlämning av journal/spärr/ändring i journal.

4.2 Bruten sekretess/dataintrång – personal har brutit mot sekretess och tystnadsplikt.

Avgränsningar i rapporten.

Denna rapport avgränsas att behandla ärenden med synpunkter och klagomål gällande patientjournal och sekretess och dataintrång. Eventuellt andra synpunkter/klagomål i ärendet har inte behandlats.

Alla ärenden under 2022 och 2023 har varit underlag och lästs igenom.

I resultatredovisningen presenteras de problem som framstått som tydligast. Detta utifrån antagandet att rapporten blir ett mer värdefullt bidrag i arbetet med kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet om de problem som presenteras belyser konkreta problem som beskrivs i ärendena. Det innebär att de problem som presenteras i denna rapport inte representerar samtliga ärenden som finns i urvalet.

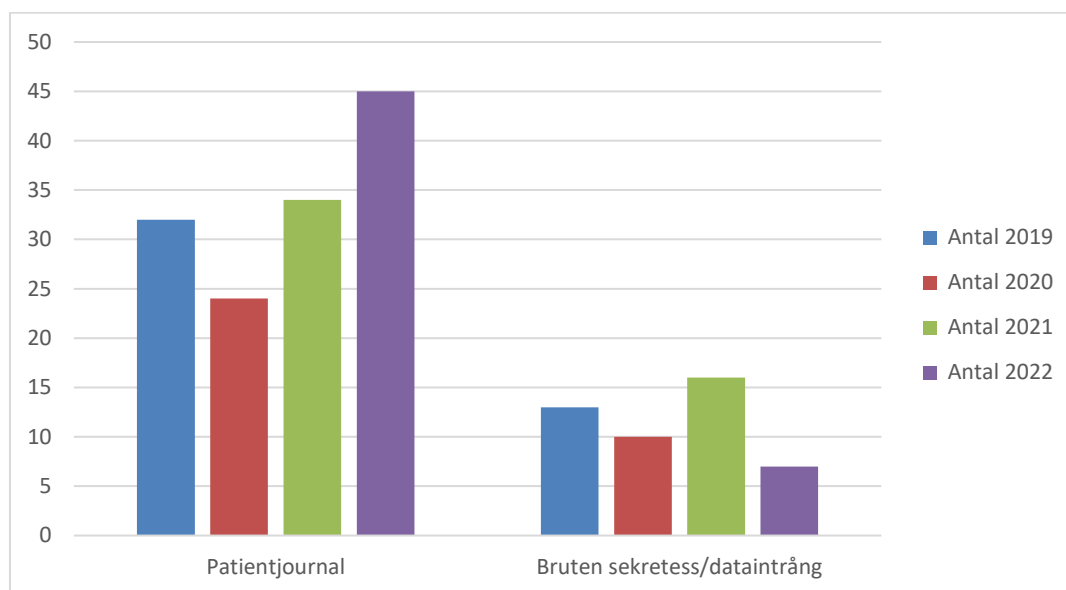
Resultat

När det gäller inkomna ärenden till Patientnämnden kategoriserade under dokumentation och sekretess 4.1 och 4.2 kan man mellan åren 2019–2022 beskriva totala antalet inkomna ärenden som stabilt. 2020 avviker lite med färre inkomna ärenden under kategorin men kan möjligen kopplas till pandemin. Vad som tydligare avviker är första kvartalet 2023 där antalet inkomna ärenden under kategoriseringen är 28. Detta kan då jämföras med första kvartalet 2022 där antalet i stället var 10. Det totala antalet för året 2022 var 52 vilket speglar första kvartalet 2022 ganska bra då det på året går 13 inkomna ärenden per kvartal för totalsumman 52. Detta skulle alltså innebära att om första kvartalet 2023 skulle spegla resterande kvartal av året skulle den totala summan vid årets slut ligga på 112 ärenden under kategoriseringen vilket är mer än en fördubbling.

Helår 2019–2022 i tabell och pivottabell.

Fördelning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Patientjournal	32	24	34	45
Bruten sekretess/datainträång	13	10	16	7
Totalsumma	45	34	50	52

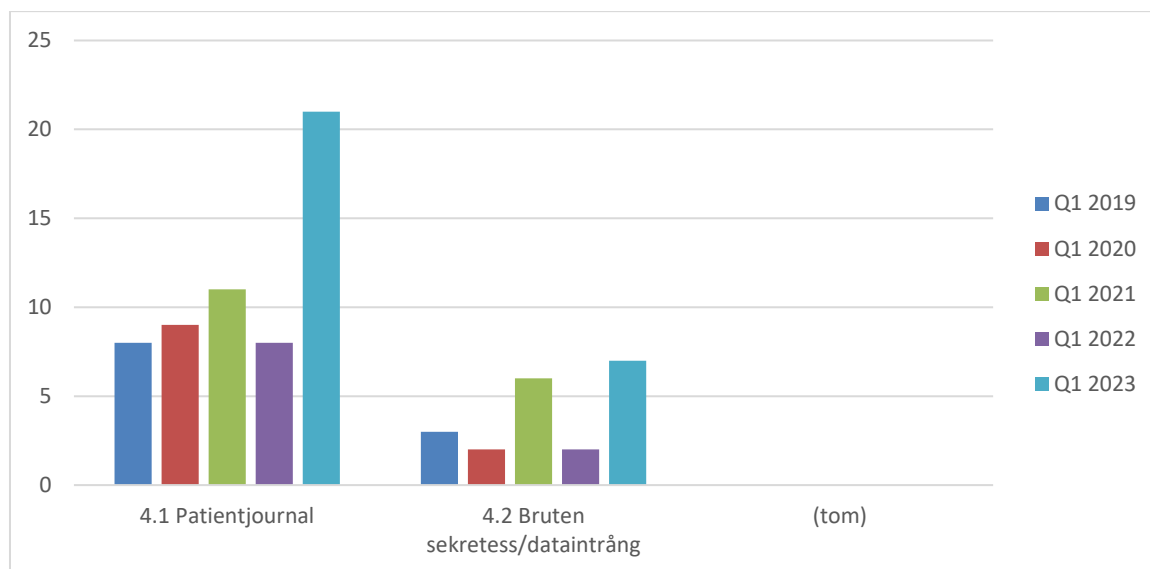
Pivottabell: Helår 2019–2022



Kvartal 1 2022 och 2023

Dokumentation och sekretess	Antal Q1 2022	Antal Q1 2023
4.1 Patientjournal	8	21
4.2 Bruten sekretess/datainträång	2	7
Totalsumma	10	28

Kvartal 1 mellan åren 2019–2023



Vem anmäler? I huvudsak är det patienten själv som anmäler. Under året 2022 var det 6 anhöriga som anmälde, och under första kvartalet 2023 var det tre anhöriga.

4.1 Patientjournal

Resultat av ärenden i rapporten

I de ärenden där felaktigheter i journal konstaterats av verksamheten har verksamheterna generellt gjort enligt angiven text som framgår på 1177 Västmanland -så skyddas och hanteras dina uppgifter/din journal. Verksamheten har markerat ordet eller meningen som felaktig följt av en rättelse.

Exempelärenden med bäring på patientsäkerhet

Fel i journal

Patient beskriver att vårdgivaren har skrivit att patienten söker för värk i höger arm när det i själva verket handlade om vänster arm. Av svaret framgår:

”Det går inte att ändra en journalanteckning i efterhand. Däremot kommer jag att komplettera journalen med att det var vänster arm du sökte för på grund av smärta”

Ett fåtal ärendet har visat brister som är av mer allvarlig karaktär. I ett ärende beskriver patienten att det gjorts journalanteckningar som inte gäller patienten. Vidare uttrycker patienten en stor oro över det inträffade då kan påverka patientens vård i andra sammanhang. Av svaret från verksamheten framgår att:

”Jag kan självklart förstå efter denna händelse att vi har brustit i förtroendet att du får svårt att lita på personal att de skall utföra korrekt saker när sådant här sker och att du dessutom har varit med om detta tidigare.”

”Ser idag att dokumentationen av ansvarig läkare är korrigerad och att det som var felaktigt är borttaget. Frågan kvarstår dock hur detta kunde ske. Min medicinskt ansvariga läkare har utrett din händelse för att detta inte skall få hända igen. Utredningen startade direkt när vi fick veta vad som hade hänt och Achimas medicinskt ansvariga läkare för alla vårdcentraler fick ta del av händelsen”

Saknar journalanteckning

I ett annat ärende gäller det ett läkarbesök som enligt patienten ej journalförts. När patienten påtalar detta skall patienten fått till sig från läkare att ett sådant besök ej skett.

I svaret från verksamheten framgår:

”Jag har ingen anledning att betvivla patientens berättelse och den stöds även av journalanteckningar i Cosmic. Journalanteckning från 2023-01-31 saknas helt. Däremot finns anteckningar att patienten har fått en läkartid till 2023-01-31.

Aktuell läkare tjänstgör inte längre vid ...vårdcentral och kommer inte heller att tjänstgöra. Läkaren hänvisade till att besöket inte har ägt rum, detta stämmer inte! Jag kan bara konstatera att inte journalföra ett besök är en allvarlig avvikelse”.

Journalanteckningar

En del ärenden handlar om hur ~~man som~~ patient/anhörig tolkat ord eller delar av journalföringen vilket resulterat i begreppsförklaringar eller förtydliganden från verksamheternas sida om varför vårdgivaren skriver på ett visst sätt samt varför detta är av värde för journaltexten. I vissa ärendet har detta inneburit att verksamhet bedömt texten som motiverad medan patient ej gjort det. Resultatet har då generellt blivit att texten kvarstår utan rättelse men tillägg görs och noteras att patienten ej tycker innehållet stämmer eller är av värde för journalhandlingen.

Exempelärenden

En patient skriver:

”Läkare har skrivit i journalen att jag är ”lätt överviktig”. Ser det som en kränkande beskrivning av mig”.

Svar från verksamhet:

”Vi har tillsammans bedömt att anteckningen har medicinsk betydelse för smärtor i rörelseapparaten. Läkaren gör ingen värdering av din vikt/BMI”.

4.2 Bruten sekretess/dataintrång

Antalet inkomna ärenden gällande 4.2 Bruten sekretess/dataintrång under året 2022 var totalt sju ärenden varav två ärenden under första kvartalet. Första kvartalet 2023 är antalet inkomna ärenden sju vilket innebär att första kvartalet har lika många ärenden som under helåret 2022.

Ofta finns förklaringar till loggar av för patienter okänd vårdpersonal. Det kan handla om egna förfrågningar/önskemål som patienten framfört till verksamhet men sedan inte kopplar till loggar av annan vårdpersonal. Det kan handla om avgifter, vårdbesök eller statistik där loggarna inte betyder att personal varit inne i själva journalen.

Exempelärende

Patienten beskriver, - Journalen öppnad av ... Region Västmanland 2022-05-... Varför har ... öppnat journalen?

Svaret från verksamheten:

”Patienten har funnits med på en lista över inläggande patienter på avd 1 Sala. Personen ifråga har inte varit inne i journalen utan endast sett denna informationsmängdspecifik översikt Patientlistor”

Två ärenden under första kvartalet 2023 sticker ut. Patienten beskriver att obehörig kollega varit inne och läst patientens journal. Patienten uppger sig fått informationen från sin chef som inte velat berätta vem personen var. Det har patienten sig själv tagit reda på via loggar i journalen. Patienten uttrycker djup oro över situationen och vill nu spärra sina journaler för samtliga kollegor på arbetsplatsen.

Av svaret från verksamheten framgår:

”Vi tar det här på största allvar och ser väldigt allvarligt på händelsen. Jag har gett en personlig återkoppling direkt till den berörda. Fallet håller på utredas och behandlas via HR och säkerhetsavdelningen på centralt, alla åtgärder som krävs är vidtagna och det kommer att vidtas arbetsrättsliga åtgärder”.

I ett annat ärende beskriver patienten hur en obehörig sjuksköterska läst patientens journal utan rimlig anledning till detta. I kontakt med chef på vårdcentralen ska det också framförts till patienten att sjuksköterskan ska ha gjort detta av nyfikenhet.

Patienten skriver:

”Det känns otroligt obehagligt att någon har varit inne och läst i min journal enbart av nyfikenhet. Och vart har hon lämnat vidare uppgifterna. Jag är inte listad på den aktuella VC heller”

Av svaret från verksamheten framgår:

”Vi har tagit denna händelse på fullaste allvar, HR, ledningen samt dataskydd har varit inkopplade. Den anställda har fått en erinran, samt händelsen är anmäld till integritetsskyddsmyndigheten.

Det du själv kan göra är som du gjort anmäla till patientnämnden samt ev polisanmäla. Vi är ålagda att göra loggkoll på våra anställda regelbundet samt vid behov.

Den anställda skall följa patientdatalagen. Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården”.

Reflektion

Patientjournal

På 1177 (www.1177.se) finns information om hur invånaren/patienten kan läsa i sin journal. ”Läs din journal på nätet” eller under ”Din journal”. Nedan presenteras några texter.

Om du tycker att det står fel i journalen

Det ska antecknas i journalen om du som patient tycker att en uppgift inte stämmer. Däremot har du inte rätt att själv skriva i din journal eller bestämma vad som ska stå i den.

Ingen får ändra i journalen

Det är förbjudet att radera eller göra text oläslig i en journal. Den som antecknar i journalen får bara rätta felaktigheter genom att markera det som är felaktigt och skriva in nya anteckningar

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, kan besluta att en journal eller delar av en journal får förstöras.

Journalanteckningarna ska vara tydliga

Anteckningarna i journalen ska vara skrivna på svenska. De ska vara tydliga och så långt som möjligt gå att förstå även för dig som inte är medicinskt kunnig.

Ibland kan det ändå vara svårt att förstå de begrepp och uttryck som används. Be läkaren eller den som har skrivit anteckningarna att förklara om du inte förstår.

En journalanteckning ska som regel vara underskriven av den som ansvarar för uppgifterna i anteckningen. Det kallas för att anteckningen är signerad. (Din journal - 1177).

Mot bakgrund av att en stor del av ärendena gäller synpunkter på innehållet i journalen vilket av patienten ibland kan uppleva som felaktigt, missvisande eller kränkande kan det diskuteras ur vilket perspektiv man läser en journal. Det framgår på 1177 att journalen skall vara tydliga och så långt som möjligt gå att förstå även för den som inte är medicinskt kunnig.

Dock förtydligar man även med fraserna ” Ibland kan det ändå vara svårt att förstå de begrepp och uttryck som används. Be läkaren eller den som har skrivit anteckningarna att förklara om du inte förstår”.

Denna text som finns tillgänglig på 1177 skulle kunnat om inte besvarat ett ärende i alla fall givit en tydlig hänvisning om vart patienten vänder sig med frågor gällande journalanteckningen. Vidare är det inte alltid det handlar om att förstå utan som ovan nämnts har man olika syn på varför det finns skäl/anledning att visa saker står. En patient kan exempelvis läsa i journal att patienten beskrivs som överviktig, vilket för patienten kan framstå som icke relevant och kränkande.

Den läkare som skrivit journalen exempelvis på vårdcentral har ett uppdrag att utreda många olika orsaker till ett specifikt problem där övervikt kan vara en faktor för en rad olika tillstånd. Vikt kan också spela en viktig roll i dosering eller uppföljning av medicinering.

Rekommendation/förbättringsförslag

För att undvika missförstånd kan tänkas att en text skulle kunna formuleras lättillgängligt exempelvis via 1177 och kan beskriva vad man som patient behöver tänka på när man läser sin journal. Texten skulle kunna beskriva de vanligaste synpunkterna från patienter med tillhörande generella svar från verksamheter. Detta skulle också vara ett underlag för Patientnämnden och andra verksamheter, då en hänvisning om textens innehåll skulle kunna ges i samtal/kommunikation med patienten. Detta skulle sannolikt minska en lång ärendegång och spara tid för patient så väl som för verksamheterna.

Efter granskning av ärendena i rapporten och genomgång av befintliga informationsmaterial i 1177 kan det finnas ett värde för verksamheter, patientnämnden och invånarna att skapa för:

Patienten/invånaren

- En FAQ — vanligt förekommande frågor och svar för att spara tid och information till invånarna.
- Tydligare skrivning i 1177.se ”att tänka på när du läser din journal” för bättre information till regionens innevånare. -
- Att tydliggöra vad som kan synas i publicering av journaluppgifter.
- Att informera om vilka och varför en del loggar blir synliga.

Verksamheterna

- Att verksamheten säkerställer att det skrivs i rätt patientjournal. Se rutin 7241-3
- Utforma standardsvar för vanligt förekommande frågor gällande journaler och sekretess.
- Att det skapas gemensamt standardsvar gällande hantering av ändring samt borttagande av information i patientjournalen. Förslagsvis enligt rutin 5322-4
- Att verksamheter och patientnämnd kan hänvisa till ovan nämnda texter.

Referenser

Din journal - 1177, (<https://www.1177.se/Vastmanland/sa-fungerar-varden/sa-skyddas-och-hanteras-dina-uppgifter/din-journal/#section-179862>)

Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige. (2019, reviderad mars 2021).

SFS 2017:372. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

Hantering vid förstöring av patientjournal 5322-4

Dokumentation i patientjournal 7241-3

Åtkomst till patientuppgifter i journal 19737-4