

Upprättare: Lena A Nordstrand

Fastställare: Gunilla K Nordström

Dokumentation i patientjournalen - patienters synpunkter

2021-07-01 – 2022-06-30

Patientnämndens förvaltning

Sandra Hansson, Handläggare
September 2022

Innehåll

Rapportsammandrag.....	2
Inledning	3
Syfte.....	4
Metod	4
Urval	4
Analys	4
Resultat.....	4
Ålder och kön	4
Verksamhet.....	5
Fel patient	6
Brister i dokumentation.....	6
Saknad dokumentation.....	8
Inte läst journalen	9
Delaktighet	10
Information	11
Bemötande.....	12
Åtgärder vidtagna av verksamheterna.....	13
Slutsats	13

Rapportsammandrag

Patientnämndens förvaltning har analyserat inkomna ärenden gällande **dokumentation i patientjournalen**. Rapporten har tagits fram på uppdrag av Patientnämnden och avser ärenden inkomna till Patientnämnden fr.o.m. juli 2021 t.o.m. juni 2022 gällande åldersspannet 0->90 år. Antal ärenden som ingår i rapporten är 122 stycken.

Liksom tidigare analyser och sammanställningar visar även denna rapport att kvinnor är överrepresenterade i Patientnämndens ärenden. Flest ärenden står åldersgruppen 50-59 år för. Verksamhetsområdena inom primärvården, inklusive privata vårdgivare står sammanlagt för flest ärenden, knappt hälften. Specialistsjukvården står för näst flest ärenden.

Resultatet presenteras, efter genomläsning av ärendena, under specifika kodord.

Fel patient: anteckning har skrivits i fel patientjournal.

Brister i dokumentation: handlar om felaktiga uppgifter, brister i formulering, irrelevant information, att hela bilden inte är beskriven och anteckning som inte hör hemma i patientjournalen.

Saknad dokumentation: besök har inte dokumenterats i patientjournalen.

Inte läst journal: vårdpersonal har inte läst patientens journal vilket skapar en oro hos patienten och en känsla av att vara informationsbärare. I ett par ärenden har det lett till att patient har ordinerats läkemedel som hen inte tål.

Delaktighet: patient/anhörig håller inte med om vad som skrivits i journalen.

Brister i information: patienten har läst om t.ex. diagnos och bedömning i sin journal innan patienten fått informationen från vårdpersonalen.

Vid genomläsning av alla ärenden identifierades också brister i **bemötande**.

Verksamheterna beskriver att de utifrån ärenden från Patientnämndens förvaltning satt in åtgärder både på övergripande nivå och för enskild patient. Rutin för journalföring och remisshantering ska tas upp i verksamheten och arbetssätt ska ses över. För den enskilda patienten handlar åtgärderna övervägande om journalrättelser eller att berörd chef kommer att ta en muntlig kontakt med patient/anhörig. I de ärenden där vården inte kan se några felaktigheter i journalen är patienten i många fall även missnöjd med bemötandet och/eller har inte känt sig delaktig i bedömningen.

Utifrån innehåll i ärendena som utgör underlag till rapporten är det inget som "stuckit ut" anmärkningsvärt vad gäller verksamhetsområden. Det vi däremot kan se är att kvinnor står för en större andel ärenden. Flera ärenden berör bemötande och vi kan misstänka att det finns en koppling mellan bemötande och missnöjet med dokumentation i patientjournalen. En god kommunikation mellan patient/närstående och vårdpersonal är något som vi alla vet är en viktig faktor för en patientsäker vård. I och med digitaliseringen av patientjournalerna så läser patienterna i allt högre grad sin egen journal. Det innebär att vårdgivare på flera sätt behöver ställa om, i arbetssätt och i rutiner men också tänka på hur de skriver för att patienten ska förstå.

Inledning

Patientnämndernas verksamhet regleras i lag¹. Dess främsta syfte är att hjälpa och stödja patienterna att framföra synpunkter och klagomål till vårdgivaren och därmed bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet inom vården.

Patientnämnden ska också analysera inkomna synpunkter och klagomål samt uppmärksamma vårdgivaren på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Samtliga inkomna ärenden hanteras i enlighet med den handbok som är utarbetad tillsammans med patientnämnderna i Sverige². Alla patientnämnder kategoriserar således inkomna ärenden utifrån åtta gemensamt framtagna kategorier som i sin tur innehåller sammanlagt tjugofyra delproblem. Ett nytt ärende registreras för varje verksamhet som synpunkterna eller klagomålen gäller. Därför kan samma patient förekomma i flera ärenden. Förutom patientens synpunkter och klagomål registreras även de åtgärder som handläggaren vidtagit. Om vården har kontaktats framgår även resultat av detta.

Patientnämndens förvaltning i Region Gävleborg kvalitetssäkrar ärendehantering genom kvalitetsgranskning av det som skrivs i ärendena samt säkerställer att ärendena är rätt kategoriserade och registrerade på rätt delproblem. Under varje kategori finns sedan olika delproblem angivna.

Patientnämnden i Region Gävleborg gav förvaltningen i uppdrag att titta närmare på inkomna ärenden som handlar om synpunkter på dokumentation i patientjournalen.

Hälso- och sjukvårdspersonal har en lagstadgad³⁴⁵⁶ 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 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 själv. Informationen i journalen ska vara tillförlitlig och lätt att förstå. Patienten ska så långt det är möjligt, göras delaktig i planeringen av vård- och behandlingsåtgärder.

¹ Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

² Nationell handbok för samtliga Patientnämnder i Sverige

³ Patientdatalagen SFS 2008:355

⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40

⁵ Patientlag 2014:821

⁶ Lag SFS 2017:612 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Rapporten kommer att kommuniceras med regionen enligt den överenskommelse som tagits fram i dialog med hälso- och sjukvårdens ordförande och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att den ska utgöra ett bidrag till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet samt bidra till ett lärande inom hälso- och sjukvård och tandvård som bedrivs i Region Gävleborgs regi.

Metod

Urval

Rapporten inkluderar ärenden inkomna till Patientnämnden under ett år, från och med juli 2021 till och med juni 2022, och som handlar om patienters och närståendes synpunkter på dokumentation i patientjournalen i åldrarna 0 till >90. Sökning genomfördes under delproblemet *Patientjournalen* (n=69). För att få ett så heltäckande urval som möjligt genomfördes dessutom fritextsökningar vilket resulterade i 204 nya träffar: *journal* (n=167), *dokumentation* (n=37). Alla ärenden lästes igenom, ärenden som inte hade relevans för analysen och ärenden med för knapphändig information exkluderas (n=82). Det slutgiltiga urvalet bestod av 122 ärenden.

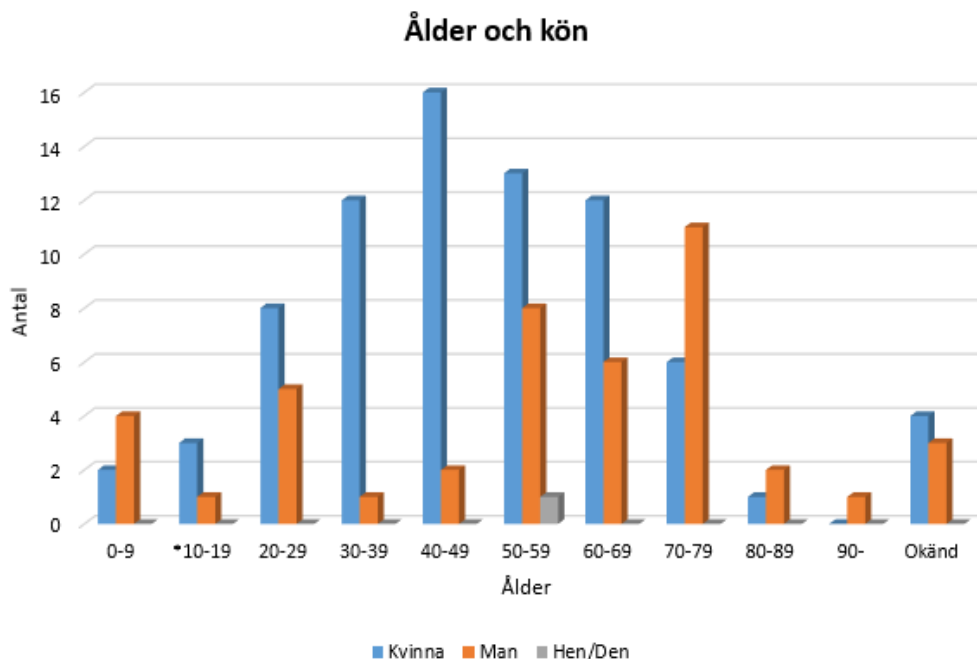
Analys

Alla ärenden har sammanställts och lästs igenom. Den första delen av resultatpresentationen utgörs av beskrivande statistik för urvalet, därefter följer resultatet av en kvantitativ analys. Efter genomläsning av innehåll i ärendena har ärendena kodats. De kodord som identifierats är **fel patient, brister i dokumentation, saknad dokumentation, inte läst journal, delaktighet** samt **brister i information**.

Resultat

Ålder och kön

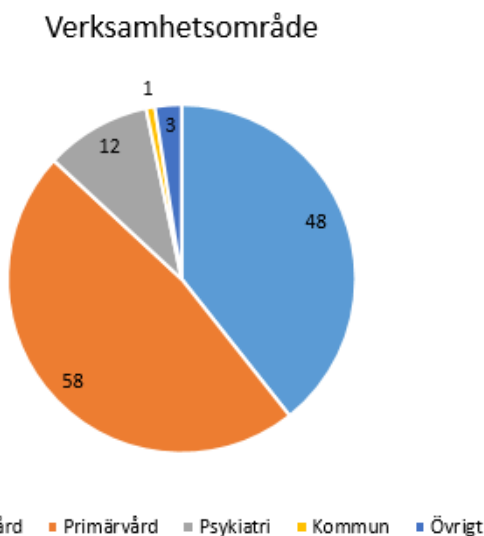
Urvalet består av 122 ärenden, varav 77 (63%) berör kvinnor och 44 (36%) berör män i åldrarna 0 till >90 år. Ett ärende är registrerat som hen.



Flest ärenden står åldersgruppen 50-59 år för. Största skillnaden mellan kvinnor och män ser vi i åldersgrupperna 30-39 år och 40-49 år där kvinnor är kraftigt överrepresenterade.

Verksamhet

Ärendena finns inom **Specialistvård, Primärvård, Psykiatri, Kommun** samt under **övrigt**. Ärenden som lagts under övrigt är synpunkter på Digital vård och synpunkter som inte rör ett specifikt verksamhetsområde.



Verksamhetsområdena inom primärvården, inklusive privata vårdgivare med avtal, står sammanlagt för flest ärenden, 58 stycken (48%). Specialistvården står

för 48 ärenden (39%), psykiatri 12 ärenden (10%), kommun 1 ärende (<1%) och övriga står för 3 ärenden (2%).

Fel patient

Av 122 ärenden handlade 8 ärenden om att anteckning i journal beskriver annan patient. Anteckningen har således skrivits i fel patientjournal.

UPPTÄCKTE ANNAN PATIENTS BESÖKSANTECKNING I SIN JOURNAL. UTIFRÅN UPPGIFTERNA I JOURNALANTECKNINGEN FÖRSTOD ANMÄLAREN ATT ANTECKNINGEN RÖRDE EN KOLLEGA.

BÅDE BESÖKSANTECKNING OCH DIAGNOSER MÅSTE VARA SKRIVET PÅ FEL PATIENT. BOR INTE I LÄNET OCH VAR VID TIDEN FÖR DEN ANTECKNING SOM FINNS INTE ENS I LANDET. STÅR ATT HEN BL.A. ÄR SCHIZOFREN.

ANNAN PATIENTS PROVSVAR HAR FÖRTS IN I HENS JOURNAL.

HADE SKADAT FOTEN OCH VAR PÅ RÖNTGEN FÖR ATT KOLLA DET. FICK BESKED ATT FOTEN INTE VAR SKADAD MEN LÄKAREN FRÅGADE "HUR ÄR DET ANNARS, JAG SER I JOURNALEN ATT DU HAR NJURCANCER?". DET STÅR I JOURNALEN ATT HEN HAR NJURCANCER VILKET INTE STÄMMER.

Brister i dokumentation

I 40 ärenden hade patient/anhörig synpunkt på brister i journaldokumentation. Det handlar om felaktiga uppgifter, brister i formulering, irrelevant information, att hela bilden inte är beskriven och anteckning som inte hör hemma i patientjournalen.

LÄKAREN HAR SKRIVIT ATT PATIENTEN HAR VACCINERATS MOT COVID TVÅ GÅNGER. HAR INTE VACCINERATS NÅGON GÅNG.

ANSER ATT JOURNALANTECKNING INTE ÖVERENSSTÄMMER MED DEN UNDERSÖKNING SOM GJORDES. I JOURNALEN STÅR DET ATT BUKEN PALPERADES OCH ATT VAGINALT ULTRALJUD UTFÖRDES, VILKET ENL. PATIENTEN INTE GJORDES.

SAKNAS DOKUMENTATION OM ORSAK TILL PATIENTENS PNEUMOTHORAX. RAMLADE OCH SLOG I BRÖSTKORG, EFTER DET ANDNINGSBESVÄR OCH SÖKTE VÅRD. FÅR INTE UT NÅGONTING PÅ FÖRSÄKRING, ANHÖRIG ANSER ATT DET ÄR PGA. BRISTFÄLLIG DOKUMENTATION.

ANSER ATT HENS JOURNAL ANVÄNDS SOM DEBATTFORUM MELLAN OLIKA ENHETER. FÖREFALLER FINNAS OLIKA UPPFATTNINGAR OM HUR MAN SKA GÅ VIDARE OCH LÄKARE SOM HEN ALDRIG TRÄFFAT BEDRIVER DEBATT I HENS JOURNAL.

SYNPUNKTER PÅ JOURNALANTECKNING FRÅN BESÖKET NÄR PATIENT OCH ANHÖRIG FICK INFORMATION OM DIAGNOS. LÄKAREN HAR SKRIVIT "ANHÖRIG BOMBARDEADE MED FRÅGOR". ANSER ATT DET ÄR OLYCKLIGT FORMULERAT OCH OPROFESSIONELLT.

Dokumentnamn: Dokumentation i patientjournalen - patienters synpunkter

Dokument ID: PN 2022/5-6

DOKUMENTATION AV PATIENTENS TILLSTÅND HAR VARIT
BRISTFÄLLIG MEN DÄREMOT ÄR ANHÖRIGAS ÅSIKTER
DOKUMENTERADE I JOURNALEN.

ANSER ATT LÄKAREN HAR LÄMNAT IRRELEVANT ANAMNES I
JOURNAL. SÖKER FÖR HALSONT OCH ANDNINGSSVÅRIGHETER.
LÄKAREN SKRIVER I ANAMNESEN ATT PATIENTER HAR
ÄTSTÖRNING OCH SOCIAL FOBI, VILKET PATIENTEN INTE LÄNGRE
HAR SEDAN MÅNGA ÅR.

ANSER ATT UPPGIFTER OM PATIENTENS TILLSTÅND HAR
FÖRMILDRATS I JOURNALANTECKNING. DET STÅR I JOURNALEN
ATT PATIENTEN HAR SPOTTAT LITE BLOD, PATIENTEN UPPGER ATT
HEN KRÄKTES STORA MÄNGDER BLOD.

Saknad dokumentation

Av 122 ärenden handlar 21 stycken om att dokumentation saknas. Det handlar i de flesta fall om att besök inte har dokumenterats.

HAR VÄNTAT I ÖVER FEM MÅNADER PÅ ATT BLI KALLAD TILL
BEHANDLING. VID KONTAKT MED MOTTAGNINGEN UPPTÄCKS ATT
ANTECKNING SAKNAS FRÅN LÄKARBESÖKET DÄR DIAGNOSEN
SATTES.

SAKNAS DOKUMENTATION FRÅN LÄKARBESÖK. SÖKTE PGA. ATT
DET "SMALL TILL" I KNÄ OCH DÄREFTER SMÄRTA. LÄKAREN
UTFÖRDE INGEN UNDERSÖKNING, SA BARA ATT DET ÄR
INFLAMMATION OCH ORDINERADE NAPROXEN. FINNS INGEN
DOKUMENTATION FRÅN BESÖKET.

VÅRDEN HAR INTE UPPMÄRKSAMMAT OCH INFORMERAT ANHÖRIGA OM ATT PATIENTEN FALLIT UNDER VÅRDTIDEN. ANHÖRIGA UPPTÄCKER DETTA NÄR PATIENTEN KOMMER HEM. FINNS INGEN ANTECKNING I JOURNAL OM FALL.

BLEV MOTAD I DÖRREN OCH PERSONALEN SA ATT DE INTE FICK VARA DÄR PGA. ATT DET KAN VARA COVID. BLEV HEMSKICKAD FLERA GÅNGER UNDER TRE VECKORS TID TROTS ATT 1177 FÖRSÖKTE FÅ TID TILL DEM PÅ HÄLSOCENTRALEN. TILL SLUT KOM EN LÄKARE UT OCH SA ATT HEN SKULLE GE BARNET RECEPTEBELAGT LÄKEMEDEL SOM HEN FÅTT UTSKRIVET TILL SITT ÄLDRE BARN. RÅDET HAR INTE DOKUMENTERATS I JOURNALEN.

Inte läst journalen

Av 122 ärenden så handlar 9 ärenden om att personal inte har läst patientjournalen. Det har i ett par ärenden lett till att patienten har ordinerats läkemedel som patienten inte tål. Att vårdpersonal inte läst journalen skapar en oro hos patienten och en känsla av att behöva vara informationsbärare.

ORDINERADES ANTIBIOTIKA SOM PATIENTEN INTE TÅL, LÄKARE LÄSTE INTE VARNINGEN SOM FINNS I JOURNALEN. PATIENTEN REAGERADE MED HUDUTSLAG OCH RODNAD. NY LÄKARE BYTTE UT ANTIBIOTIKAN, ÄVEN DET TILL EN SORT PATIENTEN INTE TÅL.

ÅTERKOMMANDE STRUL VID UNDERSÖKNINGAR DÅ MAN INTE LÄST IN SIG PÅ JOURNAL OCH VÅRDPLAN. SÖVNING IFRÅGASÄTTES TROTS ATT DET TYDLIGT STÅR I JOURNALEN ATT DET MÅSTE GÖRAS FÖR ATT DIVERSE UNDERSÖKNINGAR SKA KUNNA GENOMFÖRAS.

PATIENTEN KOM PÅ AKUTREMISS FRÅN HÄLSOCENTRALEN. LÄKAREN HADE INTE LÄST REMISSEN ELLER TITTAT I PATIENTENS JOURNAL. UPPLEVDE LÄKAREN STRESSAD OCH FORCERAD. BEDÖMDES ATT BUKSMÄRTAN INTE VAR AKUT OCH FICK GÅ HEM I VÄNTAN PÅ KALLELSE TILL KIRURGMOTTAGNINGEN.

PATIENTEN BEHÖVDE BERÄTTA SIN HISTORIA VILKET HEN UPPLEVDE NEGATIVT. LÄSER I SIN JOURNAL EFTER BESÖKET ATT LÄKAREN SKRIVIT DIREKTA FELAKTIGHETER SAMT KOMMENTERAT PATIENTENS UTSEENDE PÅ ETT SUBJEKTIVT SÄTT.

ÄR HELA TIDEN INFORMATIONSBÄRAREN PGA. NYA LÄKARE OCH OFTAST HAR DE INTE LÄST HENS JOURNAL.

Delaktighet

35 ärenden handlade om att patient/anhörig inte håller med om vad som skrivits i journalen. Det kan vara att patienten inte håller med om den bedömning som läkaren gjort eller att bedömningen inte förmedlats till patienten. I några ärenden upplever patienten sig missförstådd.

SETT I JOURNALEN ATT LÄKAREN ANGIVIT ATT HEN ÄR ÖVERVIKTIG VILKET INTE STÄMMER ANSER ANMÄLAREN. DET KOMMUNICERADES INTE HELLER ATT LÄKAREN BEDÖMDE DET DÅ HEN VAR DÄR.

ANSER ATT DET STÅR "GROVA FEL" I JOURNALEN. SÖKTE AKUTMOTTAGNINGEN MED KRAMPER. UPPLEVDE ATT HEN INTE TOGS PÅ ALLVAR OCH I JOURNALEN KOPPLAS SYMTOMEN TILL

MISSBRUK. HAR ENLIGT ANMÄLAREN INTE MISSBRUKAT PÅ FLERA
ÅR.

TYCKER JOURNALANTECKNING OCH SJUKINTYG INTE SPEGLAR
BESÖKET ELLER VARFÖR PATIENTEN SÖKT. SÖKT
HÄLSOCENTRALEN FÖR SJUKSKRIVNING. JOBBAT HELTID,
STUDERAT OCH BLIVIT FÖRÄLDER. KÄNNER SIG HELT SLUT.
JOURNALNOTAT OCH INTYG HANDLAR OM ÅNGEST VILKET HEN
INTE UPPLEVER. TYCKTE ATT LÄKAREN INTE FÖRSTOD VAD HEN
MENADE VID SAMTALET.

FICK INTE PRATA TILL PUNKT, UTAN LÄKAREN AVBRÖT. INGA
PROVER TOGS. TITTADE I HALSEN, LYSSNADE PÅ LUNGORNA, SA
ATT ALLT VAR BRA. SER ATT DET STÅR FELAKTIGA UPPGIFTER I
JOURNALEN. ATT PATIENTEN VAR "OPÅVERKAD" TROTS ATT
SJUKSKÖTERSKAN BEHÖVDE STÖDJA HEN TILL RUMMET, ATT
HALSMANDLAR VAR UTAN ANMÄRKNING FAST HEN INTE HAR
NÅGRA, ATT TEMPEN VAR MELLAN 37-38. SÖKTE HC DAGEN
EFTER, LUNGINFLAMMATION KONSTATERADES.

KÄNDE SIG ILLA TILL MODS OCH KRÄNKT EFTER LÄKARBESÖK.
UPPLEVDE ATT LÄKAREN INTE LYSSNADE, VAR NEDVÄRDERANDE
OCH PRATADE OM SIG SJÄLV. LÄKAREN HAR SKRIVIT EN
BEDÖMNING I JOURNALEN SOM PATIENTEN INTE HÅLLER MED OM.

Information

I 8 ärenden beskriver patienter att de kunnat läsa om t.ex. diagnos och bedömning
i sin journal som de inte fått information om.

KRITISK TILL ATT HA FÅTT INFORMATION OM PROSTATACANCER
VIA JOURNALEN PÅ 1177. KÄNDE SIG CHOCKAD. HADE TID

SAMMA DAG HOS LÄKARE OCH FÖRVÄNTADE SIG ATT FÅ
INFORMATION DIREKT AV ANSVARIG LÄKARE.

VÄNTAT PÅ BEDÖMNING AV PSYKOSOCIALA TEAMET (PST).
LÄSER I JOURNALEN ATT LÄKAREN PRATAT MED PST OCH ATT
ÄRENDET ÄR AVSLUTAT. LÄKAREN SKRIVER TILL
FÖRSÄKRINGSKASSAN ATT DET FINNS EN PLAN. PATIENTEN HAR
INTE FÅTT NÅGON INFORMATION.

LÄKAREN HAR INTE INFORMERAT PATIENTEN OM
HÄLSOTILLSTÅNDET UTAN HEN HAR LÄST I SIN JOURNAL PÅ 1177
"TUMÖR MED SPRIDNING", "PATIENTEN ÄR INTE INFORMERAD".

ORDINERATS PENICILLIN PGA. BORRELIAINFEKTION SOM GETT
BIVERKNINGAR I FORM AV KLÅDA OCH HETTANDE ANSIKTE. TOG
KONTAKT MED LÄKARE SOM REKOMMENDERADE ATT FORTSÄTTA
KUREN. PATIENTEN LÄSER SEDAN I JOURNAL ATT LÄKAREN
KONSULTERAT TVÅ ANDRA LÄKARE SOM REKOMMENDERAT ATT
AVSLUTA KUREN. DETTA KOMMUNICERADES INTE TILL
PATIENTEN.

GJORDE EN PET CT OCH FICK ETT BREV HEMSKICKAT MED
INFORMATION ATT ALLT SÅG BRA UT. LÄSER SEDAN SJÄLV I
JOURNALEN ATT DET FINNS EN FÖRÄNDRING I VAGINAN OCH EN
INFLAMMATION I SKÖLDKÖRTELN.

Bemötande

Vid genomläsning av alla ärenden gick det också att identifiera brister i
bemötande i 35 ärenden (29 %). De flesta, 19 stycken, som innefattar synpunkter

på bemötande ligger under **delaktighet**. 7 ärenden under **bristande dokumentation**, 4 ärenden under **inte läst journalen** och 1 ärende under **annan patient**.

Åtgärder vidtagna av verksamheterna

I 53 ärenden (43 %) av 122 framkommer det att berörd verksamheten har gjort någon form av åtgärd. Det handlar om åtgärder både på övergripande nivå och för enskild patient. De meddelar att där de kan se att verksamheten brustit i handläggning så ser de allvarligt på det. På övergripande nivå beskrivs att rutin för journalföring tas upp i personalgruppen och/eller med berörd medarbetare. Arbetssätt ska ses över och man ska ta upp i verksamheten hur remisser hanteras. I flera ärenden presenteras direkta åtgärder för den berörda patienten. Det handlar övervägande om journalrättelser eller att berörd chef kommer att ta en muntlig kontakt med patient/anhörig.

I flera ärenden (36%) uppger patient/närstående att de har eller kommer att ta egen direktkontakt med ansvarig chef, alt. så har Patientnämnden förmedlat en kontakt. Patientnämnden får därmed ingen återkoppling på eventuella åtgärder men kan anta att patienten är nöjd efter en direktkontakt med verksamheten då de inte har hör av sig till Patientnämnden igen.

I de ärenden där en personuppgiftsincident inträffat tar Patientnämnden en direktkontakt med ansvarig vårdenhetschef och med dataskyddsombud som utreder ärendet.

I ett fåtal ärenden framkommer det att vården inte kan se några felaktigheter i journalen. I övervägande av dessa fall är anmälaren också missnöjd med bemötandet vid vårdbesöket och/eller inte känt sig delaktig i bedömningen.

I ett fåtal ärenden har vården och patienten haft ett möte.

Slutsats

Rapporten har ett patientperspektiv och lyfter fram synpunkter från patienter och närstående. Bristande dokumentation och bristande användning av den dokumentation som finns kan få stora konsekvenser för patientens vård men också i försäkringsärenden.

Utifrån innehåll i ärendena som utgör underlag till rapporten är det inget som "stuckit ut" anmärkningsvärt vad gäller verksamhetsområden. Det vi däremot kan se, liksom tidigare analyser och sammanställningar, är att kvinnor står för en större andel ärenden. Patientnämnden har inga data på hur många kvinnor respektive män som besöker vården och kan därför inte se om antal inkomna ärenden speglar antal besök i vården.

Vi kan se att hela 29% av ärendena också berör bemötande. Där kan vi misstänka att det finns en koppling mellan bemötandet och på de synpunkter som inkommit

gällande dokumentation i patientjournalen. Är patienten missnöjd med besöket är hen ofta även missnöjd med dokumentationen i patientjournalen. Vi kan se att kvinnor i större utsträckning än män upplever ett dåligt bemötande. Det handlar om att de inte känner sig lyssnad på, anser att de inte blir tagen på allvar och upplever sig nonchalant bemött och undersökt. En god kommunikation mellan patient/närstående och vårdpersonal är något som vi alla vet är en viktig faktor för en patientsäker vård. Här kan patienternas synpunkter vara ett bidrag till verksamheternas förbättringsåtgärder.

I och med digitaliseringen av patientjournalerna så läser patienterna i allt högre grad sin egen journal. I denna rapport framkom att patienter har fått ett tungt diagnosbesked genom att de olyckligtvis läst om det i sin journal på näten innan ansvarig läkare hunnit berätta om diagnosen vid ett mottagningsbesök. I ärendena framkom att personalen inte hade tänkt på att patienten kunde läsa sin journal. Det är något som vården behöver ta med i deras verksamhetsutveckling. De behöver på flera sätt ställa om, i arbetssätt och i rutiner men också tänka på hur de skriver i patientjournalen för att patienten ska förstå.

Rapporten redogör endast synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden. Enligt klagomålshanteringen kan patient/anmälare även ta kontakt direkt med berörd verksamhet för att framföra synpunkter och klagomål. Hur många som vänder sig direkt till vården och hur dessa klagomål ser ut har patientnämnden ingen vetskap om.