

Elektronisk patientjournal riskerar patientsäkerheten

Granskning av journalanteckningar visar allvarliga brister i dokumentation

LENA SHARP, med dr, vårdchef, onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset
lena.sharp@karolinska.se

CHARLOTTE KLINGA, MSc, forskarstudent

JOHAN HANSSON, fil dr, forskare

MAGNA ANDREEN SACHS, docent, senior forskare; samtliga institutionen för lärande, informatik, management och etik, Medical Management Centre, Karolinska institutet, Stockholm

Förutsättningen för god och säker vård är en effektiv muntlig eller skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal [1]. I dag används i hög utsträckning patientjournalen för överföring av information i vårdarbetet, vilket ställer krav på sättet att dokumentera.

Syftet med att föra patientjournal är enligt patientdatalagen (SFS 2008:355) »första hand att bidra till en god och säker vård av patienten«. Därutöver ska patientjournalen vara en informationskälla bl a för patienten och för uppföljning och utveckling av verksamheten. Hur rutiner för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården ska utformas för att tjäna dessa syften framgår av föreskriften SOSFS 2008:14, vars anvisningar är förtydligade i en handbok som framhäver betydelsen för patientsäkerheten av en väl förd patientjournal [2].

Den elektroniska patientjournalen har underlättat dokumentationsprocessen på många sätt och bidragit till nya möjligheter, såsom ökad tillgänglighet och mer heltäckande information tack vare multiprofessionell, samlad dokumentation under patientens vårdförlopp [3]. Huruvida den elektroniska patientjournalen har förbättrat kommunikationen och samarbetet mellan vårdpersonal har däremot ifrågasatts [4, 5].

Ett vårdutvecklingsprojekt med syfte att stärka patientsäkerheten genom att förbättra den muntliga kommunikationen inom och mellan yrkesgrupperna på den onkologiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm genomfördes under 2008–2009 [6]. Efter projektets avslutande väcktes frågan hur den skriftliga kommunikationen, dvs den elektroniska patientjournalen, fungerar som kommunikationsmedel och bidrar till en säker vård i enlighet med patientdatalagen och föreskriften.

SYFTE

Syftet med föreliggande studie var att analysera rutinerna för dokumentation i elektronisk patientjournal för att bedöma om dessa rutiner bidrar till effektiv och rättssäker kommunikation samt god och säker vård [7]. Det journalsystem som har studerats heter TakeCare (TC). TC möjliggör en sammanhållen journalföring. Information som skrivs in finns tillgänglig för alla yrkesgrupper som är involverade i en patients vård, men också för andra vårdenheter. Behörigheten att läsa och skriva journal för en patient följer med uppdraget att ge patienten vård och behandling.

Varje klinik har möjlighet att skapa egna, för verksamheten lämpliga journalmallar med förvalda sökord. Det är dock möjligt att signera en journalanteckning utan att ha fyllt i alla sökord. Det är också möjligt att själv lägga till nya sökord vid

»Journaltexterna gav intrycket av en mängd hopfogade anteckningar utan tydliga samband. Syfte, mål och åtgärder framgick inte...«

behov, förutsatt att de finns tillgängliga i TC:s databas. Under varje sökterm finns utrymme för fri text. Det går också att kopiera och klistra in tidigare skrivna journalanteckningar, men det går inte att spåra om en journaltext är kopierad från en annan text.

METOD

Datainsamling

Ett slumpmässigt urval av 10 journaler gjordes bland 130 inneliggande patienter på onkologiska kliniken fyra vårdavdelningar under en vecka. Kriterierna för valet av vecka var att den, både schematekniskt och driftmässigt, skulle vara en »normal arbetsvecka«. Studien genomfördes som en kvalitetsgranskning och var godkänd av verksamhetschefen.

Analys

Vårdtiden för dessa 10 patienter varierade mellan 1 och 7 dagar. Endast läkar-, sjuksköterske- och undersköterskeanteckningar extraherades från journalerna och studerades, eftersom medarbetare inom övriga yrkesgrupper inte är anställda på kliniken. Dessa medarbetare är anställda på egna yrkesknutna kliniker och har onkologen som uppdragsklinik. De dokumenterar i samma system (TC) men har egna journalmallar skapade på den egna kliniken.

Som ett första led i analysen togs namn och personnummer bort, och varje journal försågs med ett kodnamn. I samtliga efterföljande steg var alla personuppgifter borttagna. Uppgifter om avdelning och datum då patienten varit inneliggande skrevs in i kodnyckeln. En färgförteckning skapades för att skilja de patienter åt som varit inneliggande olika antal dagar under studieperioden (1–7 dagar). I nästa analyssteg skrevs alla journaltexter in i en matris sorterade efter kodnamn. För att skilja sjuksköterskeanteckningarna från läkar- och undersköterskeanteckningarna valdes olika textform (sjuksköterska: rak text; läkare: kursiv; undersköterska: understruken text).

I enlighet med procedurer för kvalitativ innehållsanalys

■ SAMMANFATTAT

Totalt 98 anteckningar i 10 elektroniska patientjournaler har granskats med avseende på kravet att journalen ska bidra till en god och säker vård.

Företeelser som kopiering av journaltext, insprängning av ny text i gammal, avsaknad av väsentlig information, godtycklighet beträffande val av mallar och rubriker för viss typ av informa-

tion samt otydligt språkbruk var allmänt förekommande.

Dokumentationsrutinerna medför ineffektivitet i kommunikationen och risker för avvikelser i vården.

Det övergripande syftet med journalen – att i första hand bidra till att patienten får god och säker vård – riskerar därmed att undergrävas.

TABELL I. Använda mallar för dokumentation i 10 granskade journaler.

Läkare	Antal	Sjuksköterskor	Antal	Undersköterskor	Antal
Intagning	2	Omvårdnadsanamnes	4	Omvårdnadsanteckning	2
Anteckning	10	Omvårdnadsstatus	43		
Daganteckning	2	Status	1		
Epikris	5	Omvårdnadsanteckning	17		
Journalanteckning	1	Journalanteckning	1		
Sammanfattning vårdperiod	3	Dagvårdanteckning	1		
		Omvårdnadsplanering	1		
		Omvårdnadsepikris	4		
		Eftervårdsbehov	1		
Totalt	23		73		2

[8] genomlästes först samtliga journaler i sin helhet, med särskild uppmärksamhet på innehållet i ett patientsäkerhetsperspektiv. I en interaktiv process mellan tre av författarna (Charlotte Klinga, Johan Hansson och Magna Andreen Sachs) identifierades därefter grundläggande mönster i sättet att dokumentera. Avslutningsvis sammanställdes iakttagelserna i ett antal kategorier, vilka återspeglade det samlade materialet. Exempel på dessa iakttagelser illustreras genom citat i resultatavsnittet i kursiv stil.

RESULTAT

För varje journal beräknades antalet journalanteckningar skrivna under pågående studieperiod. Totalt extraherades 98 anteckningar, varav 73 var skrivna av sjuksköterskor, 23 av läkare och 2 av undersköterskor. Anteckningarna var gjorda i olika dokumentationsmallar (Tabell I).

Rutiner för dokumentation i journalen

Analysen av journalanteckningarna resulterade i ett omfattande

material av iakttagelser beträffande sättet att dokumentera i journalen. Dessa företeelser kunde grupperas i sex kategorier, vilka listas i Fakta 1 tillsammans med tänkbara risker förknippade med sättet att dokumentera.

Kopiering av text och ny information i kopierad text. Kopiering av journaltext som sedan infogades i annan journaltext förekom i samtliga granskade journaler. I en journal kopierades ursprungsanteckningen angående omvårdnadsstatus med termerna *kommunikation, andning, cirkulation/access, nutrition, illamående/kräkning, elimination, hud/vävnad, aktivitet, sömn* samt *smärta* sammanlagt 16 gånger, dvs i snitt 2–3 gånger per dygn.

Vid några tillfällen hade ny information lagts till utan särskild markering i texten. Ett exempel på nytillkommen information som var inlagd utan markering i den i övrigt kopierade texten är följande: »*Uppliver att patienten har rödfärgad urin. Var god se labvärden. Detta är nytillkommet på efternatten. Tidigare var urinen koncentrerad men ej rödfärgad. Jouren kontaktad. Var god se ssk-anteckning*«.

Osystematisk användning av mallar och termer. Placeringen av information i dokumentationsmallar och användningen av underrubriker var osystematisk, dvs samma slags information gick att finna i olika dokumentationsmallar. Dessutom förekom överlappning, dvs termer från andra mallar, som inte ursprungligen fanns i aktuell mall, hade lagts till denna mall.

Förkortningar och medicinskt fackspråk. I journalerna återfanns rikligt med förkortningar, vilka inte kan förväntas vara begripliga för alla berörda. Exempel på sådana är *pt, pat, ssk, beh, UT* och *AT*. Läkanteckningarna var ofta skrivna med ett medicinskt fackspråk som kan vara svårt att förstå för både patienter och personal. Exempel på detta är: »... *med hjälp av transrektalt ultraljud... visualiserar prostatan med KAD ... området utanför apex till blåsan... CTV med inkl. av vesikelbasen bilat... dosplan som täcker med fulldos CTV och PTV*...«.

Ospecifika noteringar om patientens tillstånd. En vanlig företeelse var specifika noteringar där det inte framgick om det var patientens egen utsago eller en bedömning gjord av personal och i så fall huruvida något bedömningsinstrument hade använts. Följande journaltexter är exempel på detta: »*Är insatt i sin sjukdom och beh, Välmående, Lite ont i huvudet, Helt klar och adekvat*«. Detsamma gäller anteckningar som »*Inga kommunikationssvårigheter*« och »*Är vid gott mod*«. Dessa sistnämnda noteringar återkom i tre kopierade anteckningar under två dygn.

Avsaknad av information. En av journalerna saknade dokumentation för ett helt dygn. I en annan journal fanns noterat att en dosplan (inför planerad strålbehandling) som hade

FAKTA 1. Risker med olika dokumentationsrutiner

Iaktagna dokumentationsrutiner grupperade i sex kategorier och risker förknippade med dessa rutiner.

Kategori: Kopiering av journaltext och tillägg av ny information i kopierad text

- Uppgifterna är inte egna
- Oklar ansvarsfördelning
- Omfattande textmassa
- Information missas
- Sämre överskådlighet
- Väsentliga uppgifter kommu- niceras inte vidare

Kategori: Osystematisk användning av dokumentationsmallar och underrubriker

- Otydlighet om vilken information som kan förväntas finnas i en specifik dokumentmall. Sökbarheten försämrats
- Oklart var viss typ av information kan hämtas
- Väsentlig/viktig information blir inte dokumenterad

Kategori: Förkortningar och medicinskt fackspråk

- Informationen kan misstolkas
- Patienter med icke-medicinsk bakgrund har svårt att förstå innehållet

- Felaktiga slutsatser dras från den givna informationen

Kategori: Ospecifika noteringar om patientens tillstånd

- Oanvändbar och osaklig information
- Lämnar utrymme för tolkning
- Patienten får inte adekvat vård och omsorg

Kategori: Avsaknad av väsentlig information

- Aktuell information förs inte vidare
- Det är inte möjligt att i efterhand söka information
- Patientens tillstånd och behov blir svårbedömda
- Patienten får inte den vård och omsorg han/hon är i behov av
- Uppföljning är inte möjlig

Kategori: Oklar tidsordning på anteckningarna

- Felbedömning och behandling på grund av inaktuell information
- Aktuell och väsentlig information kan missas

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

gjorts tre veckor tidigare inte var införd i journalen. En genomgående iakttagelse var att journalerna saknade information om aktuellt status. Vanligt förekommande var att tidigare anteckningar, tex noteringar om sömn och smärta, kopierades utan uppföljning eller tydliggjord ny bedömning. Exempel på detta är följande journalanteckningar under termen *smärta*, skrivna 5/12 och 6/12: »2/12 Nekar smärta«.

Oklar tidsordning på anteckningarna. En vanlig företeelse var att iakttagelser dokumenterades utan angivande av datum och klockslag eller uppföljning. Ett exempel är: »*Slem, lite blodtillblandat*«. Denna anteckning återkom under samtliga dagar under studieperioden. Ett annat exempel är: »*Sovit mycket bättre än tidigare nätter*«. Uppgifter om för vilket dygn denna notering varit aktuell saknades, liksom uppgifter om huruvida den var aktuell vid varje upprepning. Det förekom också att anteckningarna visserligen var daterade och tidsatta men inte införda i kronologisk ordning.

DISKUSSION

Studien har visat på allvarliga brister i dokumentationen i den elektroniska patientjournalen. Den vanligaste bristen var kopiering av text, ibland med insprängning av ny text i den gamla. Bristande systematik beträffande val av dokumentationsmallar och termer och ett otydligt språkbruk förekom också frekvent. På en del ställen innehöll texterna ospecifika noteringar och ibland saknades viktig information. Journaltexterna gav intrycket av en mängd hopfogade anteckningar utan tydliga samband. Syfte, mål och åtgärder framgick inte i dokumentationen av behandlingsinsatserna, vilket försvårade förståelsen av utförda åtgärder.

Rutinen att kopiera tidigare journaltext har utvecklats lokalt för att dokumentationen ska bli mindre tidskrävande. Textkopiering, ibland med tillägg av ny information, leder till att textmassan blir omfattande och oöverskådlig och att viktig information riskerar att missas. Det blir svårt att förstå i vilken följd olika vårdhändelser har inträffat och när olika vårdåtgärder har genomförts. Sökandet efter aktuell information i en stor textmassa torde dessutom bli tidsödande och därmed bidra till ineffektivitet i arbetet. Enligt patientdatalagen ansvarar den som skriver en text i journalen för »sina uppgifter i journalen«. Hur uppfattas ansvaret för en kopierad text?

Brister i journalföring har rapporterats tidigare

Det kan ifrågasättas huruvida journaler med dessa brister i dokumentationen kan leva upp till det övergripande syftet med att föra patientjournal, som enligt patientdatalagen (2008:355) är »att bidra till en god och säker vård av patienten och att vara en informationskälla för patienten och för uppföljning och utveckling av verksamheten«. Bristerna i den studerade dokumentationen bedömdes snarare medföra risker i vården och utgöra ett hot mot patientsäkerheten.

Bristerna väcker även frågan om dokumentationens ändamålsenlighet avseende möjligheten för patienter att förstå innehållet. I Sverige pågår sedan 2012 ett successivt införande av nätjournaler, dvs patienter får möjligheten att logga in på sin journal hemifrån. Detta ställer ännu högre krav på tydlig dokumentation.

Kopiering av journaltext har beskrivits av andra författare liksom riskerna med detta förfaringsätt och effekterna på journaltextens läsbarhet [5]. I en svensk studie gällande journaldokumentationsrutiner vid vård i livets slutskede fann författarna vid jämförelse med inrapportering till Svenska palliativregistret en betydande underdokumentation, dvs vidtagna åtgärder hade inte dokumenterats i journalen, vilket innebär uppenbara risker i vårdarbetet och utesluter möjligheter till uppföljning och utvärdering [9].

Likaså fann en annan svensk studie att väsentlig information om patientens vård och behandling saknades i journalen när strokepatienter överfördes från akutsjukvård till primärvård, dvs journalen fungerade inte som ett tillförlitligt kommunikationsmedel i vårdens övergång [10].

Användarvänlig – men är den användbar?

Fyndet i studien väcker frågan om ändamålsenlighet, och vi har redan ifrågasatt huruvida journaler med sådana brister i dokumentationen som dessa kan leva upp till det övergripande syftet med att föra patientjournal. Det förefaller som om den elektroniska patientjournalen visserligen är användarvänlig – eftersom anteckningarna var många och ofta omfattande – men det kan ifrågasättas om den är användbar för sitt syfte, dvs att stödja användarna att nå sina mål [11]. Uppenbara förtjänster med den elektroniska patientjournalen riskerar att gå förlorade.

Självklart måste man skilja mellan brister i systemet och brister i användningsrutiner [11] – i den här studien har vi inte utvärderat systemet som sådant, men våra resultat ger anledning att ifrågasätta sättet att dokumentera. Enligt Han et al [12] omfattar användning av den elektroniska patientjournalen tre arbetsuppgifter:

- dokumentera
- ta del av och förstå vad andra dokumenterat
- navigera i systemet.

Författarna menar att många organisationer har prioriterat att dokumentera men i mindre omfattning uppmärksammat förståelse av hur systemen används. Fortsatt forskning bör fokusera på hur dokumentation uppfattas: Vilket är ändamålet? Vilket är syftet med att dokumentera? Varför gör vi detta?

Den osystematiska användningen av den elektroniska patientjournalens mallar och termer gör att texten fragmenteras och den narrativa beskrivningen – nödvändig för att få en helhetsbild – riskerar att gå förlorad [12]. Sättet att dokumentera i den elektroniska patientjournalen och att använda den för kommunikation och beslutsfattande behöver omprövas. En sådan »omstart« måste ske mot bakgrund av det lagstadgade syftet med patientjournalen och behovet av effektiv kommunikation i vården. Inom det nordamerikanska sjukvårdssystemet Veterans Health Administration har en sådan process nyligen påbörjats [13].

Uppenbara risker för patientsäkerheten

Återföringen till kliniken av resultatet av studien har katalyserat ett förändringsarbete som innebär bla att rutinen att kopiera och infoga text har upphört. Vidare har en sk aktivitetsplan införts som en del av den elektroniska patientjournalen. Aktivitetsplanen innebär att sjuksköterskor och undersköterskor strukturerar informationen om planerade vårdåtgärder, dvs upprättar en lista och signerar åtgärderna när de är genomförda utan att, som tidigare, kommentera det i löpande text. Detta har bidragit till ökad tydlighet och mindre textmassa.

Studien baserar sig på granskning av 10 journaler. Antalet kan synas lågt, men själva analysen baseras på 98 anteckningar, där de beskrivna företeelserna är frekvent förekommande. Vi har därmed anledning att tro att våra iakttagelser ger en god bild av verkligheten. Utvärderingen av dokumentationsrutinerna har gjorts enbart utifrån det lagstadgade kravet att

»Etablerade dokumentationsrutiner behöver omprövas mot bakgrund av syftet med patientjournalen och vikten av säker kommunikation i vården.«

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

journalen ska bidra till en god och säker vård och att den även ska vara en informationskälla för patienten. Övriga syften med journalen enligt patientdatalagen (informationskälla för tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning) har inte prövats på materialet.

Slutsats: Sättet att dokumentera i den elektroniska patientjournalen innebär uppenbara risker för patientsäkerheten. Företeelser som kopiering av annans text, ibland med tillägg av egen text, och osystematiskt val av dokumentationsmallar innebär stora risker när journalen används som informationskälla och kommunikationsmedel. Etablerade dokumentationsrutiner behöver omprövas mot bakgrund av syftet med patientjournalen och vikten av säker kommunikation i vården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Wallin CJ, Thor J. SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen*. 2008;105:1922-5.
- Socialstyrelsen. Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring. <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/handbocker/handbokinformationshanteringochjournalforing>
- Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008;77:291-304.
- Saleem JJ, Flanagan ME, Russ AL, et al. You and me and the computer makes three: variations in exam room use of the electronic health record. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21(e1):e147-51.
- Weir CR, Hammond KW, Embi PJ, et al. An exploration of the impact of computerized patient documentation and clinical collaboration. *Int J Med Inform*. 2011;80:62-71.
- Cancerfonden. Slutrapport. Komunicera mera – utbildning i effektiv kommunikation och samarbete för bättre patientsäkerhet. Ett vårdutvecklingsprojekt hos Cancerfonden 2008–2009. <http://www.cancerfonden.se/sv/forskning/Publikationer/Slutrappor-ter/>
- Kartläggning av rutiner för journalföring vid onkologkliniken Karolinska universitetssjukhuset: ett underlag för utvecklingsinsatser. Rapport. Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME). 23 maj 2012. http://ki.se/sites/default/files/riskanaly-s_journalgranskning_120806.pdf
- Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 2009.
- Gholiha A, Fransson G, Fürst CJ, et al. Stora luckor i journalen vid vård i livets slutskede. Journaluppgifter saknas för data inrapporterade till Palliativregistret. *Läkartidningen*. 2011;108:918-21.
- Hassler E, Krakau I. Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke. *Läkartidningen*. 2005;102:2226-9.
- Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013. Slutrapport från projektet eHälsosystemens användbarhet. 2013. http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Storande.eller.stodjande_ehalsosystem.rapport.pdf
- Han H, Lopp L. Writing and reading in the electronic health record: an entirely new world. *Med Educ Online*. 2013;18:1-7.
- Saleem JJ, Flanagan ME, Wilck NR, et al. The next-generation electronic health record: perspectives of key leaders from the US Department of Veterans Affairs. *J Am Med Inform Assoc*. 2013;20(e1):e175-7.

SUMMARY

Effective communication is a prerequisite for safe care. Today, electronic health records (EHR) are routinely used as a medium for communication. The objective of this study was to evaluate documentation routines to explore how these might support patient safety. Over ninety notes from 10 EHR's made by nurses, physicians and assistant nurses were collected and thematically analyzed. One common observation was that text was often copied, sometimes with new information inserted. Headings were frequently chosen arbitrarily, and medical terms and abbreviations were abundant. Unsubstantiated statements were seen and sometimes important information was missing. The practice of copying text contributes to lengthy records and risk of information overload. Missing information and the use of medical language or abbreviations can be misunderstood by the target users of the EHR and possibly lead to patient safety risks. Our collective findings raise questions about whether records with these shortcomings support the provision of safe care. If not – for whom and what purpose are the records produced? We conclude that the documentation routines in EHR's are in need of clarity of purpose and a general redesign if they are to better support communication in health care and to improve patient safety.