

»Journalen ger intryck av efterkonstruktion«

Ansvarsnämnden varnar en internmedicinare för brister i journalföringen. Nämnden konstaterar i sin utredning bland annat att »den ingivna journalen ger dessutom ett intryck av efterkonstruktion«. (HSAN 757/02)

II En 60-årig kvinna besökte den 24 augusti 2000 en klinik för provtagning i samband med hälsokontroll. Den 8 september blev hon undersökt av internmedicinaren. Enligt journalen uppgav kvinnan att hon tidigare hade fått diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt besvärades av andfåddhet och orkeslöshet. Enligt journalen undersökte läkaren henne på nytt den 26 april och den 18 juni 2001.

Kvinnan anmälde internmedicinaren och berättade att han den 8 september bedömde att hon hade var i lungorna och skrev ut bland annat penicillin.

Sedan sökte hon hos samme doktor den 24 oktober, 28 november, 18 december 2000 samt 8 mars 2001. Inget av dessa besök journalfördes, hävdade kvinnan. Hon fick olika mediciner, bland annat penicillin.

Den 26 april blev hon undersökt av honom och fick en spruta mot allergi samt recept på Seretide Diskus. Den 18 juni besökte hon internmedicinaren för sista gången. Hon hade infektion i kroppen och fick recept på penicillin, kortison-tabletter och sprutor, EpiPen 0,3 mg mot andnöd.

Insjuknade i akut andnöd

Den 26 juni insjuknade hon i akut andnöd och tvingades söka sjukhus. Den 10 juli 2001 ordnade en lungläkare remiss till en sjukgymnast. Denna skrev ut nebulisatorer, och hon blev genast bra i sin lungsjukdom, berättade kvinnan.

Ansvarsnämnden läste kvinnans journal och hämtade in yttrande av internmedicinaren. Han bestred att han handlat fel, hänvisade till journalen och uppgav att patientens besvär varit komplexa. Efter det sista besöket hos honom kunde besvären ha accentuerats, vilket kunde vara orsaken till att hon behövt nebulisatorer, ansåg läkaren.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att journalanteckningarna vid besöken den 26

april och den 18 juni 2001 innehåller synnerligen kortfattade beskrivningar av patientens besvär. Uppgift om fynd vid eventuell undersökning av lungorna saknas.

Allt talar, menar Ansvarsnämnden, för att kvinnan besökte läkaren även den 24 oktober, 28 november och 18 december 2000 samt den 8 mars 2001. Uppenbarligen har läkaren förskrivit EpiPen vid besöket den 18 juni 2001. Den ingivna journalen ger dessutom ett intryck av efterkonstruktion. Läkaren har brutit mot föreskrifterna i Patientjournalagen om journalföring.

Vid besöket den 26 april fick kvinnan enligt journalen injektion av Depomedrone för att underlätta andningen. Vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom är dock sådan medicinering inte motiverad, bedömer Ansvarsnämnden.

EpiPen, som ordinerades den 18 juni 2001, är inte heller indicerad vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom och därtill förenad med risker.

Läkaren har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter, slår Ansvarsnämnden fast och tilldelar honom en varning. •

Patientsäkerheten äventyras av undermålig vårddokumentation

Vårddokumentationens kvalitet motsvarar inte de krav som man måste ställa på patientjournalerna då det gäller patientsäkerhet, medicinsk ändamålsenlighet och legalitet.

II Den salvan avlossades i en rapport som i fjol avslöjade stora brister i dokumenten om patienter på sjukhus i Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Bakom rapporten, som inriktades på stroke, hjärtsvikt och höftfrakturer, står fullmäktiges revisorer i de båda regionerna. Särskilt allvarliga är bristerna vid hjärtsvikt och stroke, där i genomsnitt hälften av uppgifterna saknas.

Rapporten har presenterats för sjukhusdirektörerna på de berörda sjukhusen och de så kallade sektorsråden.

Nu är det dags att gå vidare med fördjupade studier och arbete, berättar Sven Arvidsson, revisionsdirektör i Västra Götalandsregionen.

– Vi ska arbeta på betydligt bredare front än tidigare, för poängen är hur man ska jobba med vårddokumentation. I vår

region skulle man kunna gå in i vilken verksamhet som helst och börja analysera vårddokumentationen utifrån en gyllene standard.

Han är övertygad om att en gyllene standard skulle ge bättre vårddokumentation och höja vårdkvaliteten.

Men, anser han, det skulle också spara pengar i sjukvården, »för jag tror att vi lägger ner mycket tid på att dokumentera sådant som inte behövs«.

Det är alltså inte så att det bara fattas uppgifter, utan dokumentationen är skev, menar han och tillägger:

– Idag dokumenterar vi också ofta på ett systematiskt sätt, vilket gör att man inte får över information. Det är bristande hushållning.

Rapporten pekar på allvarliga brister

Bristerna i rapporten gäller inte bara innehållet utan även strukturen på vårddokumentationen, något som minskar användbarheten.

Bristerna är ofta allvarliga. Enskilda uppgifter om patienten och dennes vård saknas eller är ofullständiga.

Den intellektuella bearbetningen (bedömningar, prognoser, sammanfattningar osv) saknas eller är ofullständiga.

Vårddokumentationen är klinikorienterad. Det gör att den är bristfällig som informationskälla och beslutsstöd för vårdgivare i den gränsöverskridande vård som de flesta av dagens patienter möter.

Mallar saknas

Hanteringen och uppdelningen av omvårdnadsjournal och läkarjournal är oklara. Viktig information når inte fram till och hanteras av rätt yrkeskategori.

Det finns stora svårigheter att inom utsatt tid förse en annan vårdgivare med relevant dokumentation.

Journalerna är genomgående dåligt strukturerade, vilket hindrar en god tillgänglighet och effektiv kommunikation av innehållet.

Prospektivt verkande mallar för handläggning av journaldokumentation visar sig förbättra kvaliteten väsentligt. Mallar och checklistor saknas dock i stor utsträckning. •