

Rapport 2020:4

Patienters synpunkter gällande patientjournal och sekretess

Patientnämnden i Jämtlands län



Innehåll

SAMMANFATTNING	2
BAKGRUND	3
METOD	4
RESULTAT	4
Upplevelser av felaktig eller utebliven information i journalen	5
Dokumentation upplevs kränkande eller värderande	6
Bruten sekretess och förväxlingar av patient.....	8
Svårigheter att beställa journalen	9
Att få besked via journalen på nätet	10
Patienters förbättringsförslag	10
SLUTSATSER	11
REFERENSER	12
TIDIGARE RAPPORTER FRÅN PATIENTNÄMNDEN.....	13

Rapporten är skriven av Ulrika Eriksson och Lillemor Olsson,
Patientnämndens förvaltning, Region Jämtland Härjedalen, Box 654, 831 27
Östersund.

E-post: patientnamnden@regionjh.se

För information, kontakta:
Patientnämndens ordförande: kia.carlsson@regionjh.se
Förvaltningschef: ulrika.eriksson@regionjh.se
Utredare: lillemor.olsson@regionjh.se

Sammanfattning

Under 2019 ökade antalet inkomna patientsynpunkter till Patientnämnden gällande patientjournal, dokumentation och sekretess markant. Med anledning det genomfördes en analys av 109 ärenden som berörde detta.

Resultatet visade att det i journalanteckningar finns information som patienter anser är felaktig, att anteckningar inte stämmer överens med patienters upplevelser av vårdbesöket, samt att det finns gamla och/eller felaktiga diagnoskoder i patientjournalen. Det framgår att väsentlig information om exempelvis vårdbesök, hälsotillstånd, planerad vård och behandling saknas i journalen, och att vården inte dokumenterat patientens beskrivningar av symtom. Felaktig eller utebliven dokumentation leder till negativa konsekvenser. I resultatet framkom att uppgifter i journalen upplevs kränkande, värderande eller irrelevant, exempelvis att patienters psykiatriska diagnoser eller erfarenhet av psykisk ohälsa "förföljer" dem och lyfts fram i journalen över lång tid och oavsett av vilken anledning de söker vård. I resultatet framkom även synpunkter på bruten sekretess och förväxlingar av patienter, samt att det är svårt att beställa och ta del av sin journal. Det förekom även berättelser där patienter tagit emot negativa besked via journalen på nätet innan vårdgivaren hunnit informera patienten.

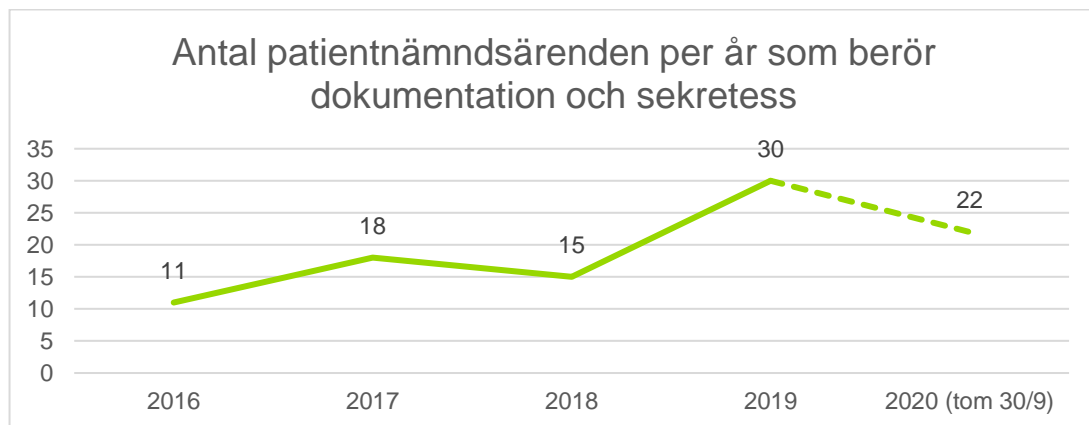
En korrekt patientjournal är en avgörande faktor för patientsäkerheten. Vad som ska dokumenteras i journalen styrs av lagstiftning och nationella och regionala riktlinjer och rutiner. Den ökning av antalet patientnämndsärenden avseende felaktigheter och kränkande, ovidkommande uppgifter i patientjournalen beror troligtvis inte på en försämring av dokumentationens kvalitet utan att journalen blivit mer lättillgänglig i och med införandet av journal på nätet. Möjligheten att själv granska sin journal leder till kvalitetssäkring och ökad patientsäkerhet. Andra sätt att undvika missförstånd i dokumentationen kan vara utvecklingen mot ett personcentrerat arbetssätt och kontinuitet i vårdkontakter. Det är även av betydelse att vården har kunskap, en positiv inställning och beredskap för att ta emot synpunkter från patienter och att eventuella korrigeringar sker snabbt.

Bakgrund

Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående avseende hälso- och sjukvård och tandvård i Region Jämtland Härjedalen samt hälso- och sjukvård som bedrivs av länets kommuner. Patientnämnden har ett lagstadgat uppdrag att bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter. Fördjupade analyser ska göras utifrån speciella problemområden och analyserna ska föras vidare och tillvaratas av hälso- och sjukvårdsorganisationen (SFS 2017:372).

I januari 2018 infördes E-tjänsten Journalen i Region Jämtland Härjedalen, vilket innebär att medborgare kan ta del av sin journal digitalt. Tjänsten nås genom att logga in med e-legitimation på 1177 Vårdguidens e-tjänster. Vilken information patienter kan se beror på var de fått vård, men det finns en nationell överenskommelse med en målsättning om att det i slutet av 2020 ska gå att ta del av all information som dokumenteras i regionfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Medborgarnas tillgång till egen journal via nätet bidrar till stärkt egenmakt, delaktighet och känsla av kontroll. Det ökar dessutom vårdkvaliteten och kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården (Inera, 2020).

Under 2019 ökade antalet inkomna synpunkter gällande patientjournal, dokumentation och sekretess markant (se figur nedan). En trolig förklaring till detta är införandet av journal på nätet och att patienter lättare har tillgång till att läsa sin journal.



Med anledning av ökningen av ärenden avseende patientjournal och sekretess gav Patientnämnden sin förvaltning i uppdrag att i en analys redogöra för dessa ärenden. Det övergripande syftet med rapporten är att den ska utgöra ett bidrag till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården i Jämtlands län.

Metod

De ärenden som inkommer till patientnämnden registreras i ärende- och dokumenthanteringssystemet Vårdsynpunkter (VSP). De ärenden som inkluderades i urvalet var de som registrerats under huvudproblemet *dokumentation och sekretess* och som inkommit under perioden 2018-01-01-2020-09-30. För att få ett så heltäckande urval som möjligt genomfördes dessutom fritextsökning på *journal* (n=19) samt sökning på fokusområde *dokumentation och sekretess* (n=23). Vid en genomgång av dessa ärenden exkluderades dubletter, d.v.s. ärenden som återkom flera gånger, samt de ärenden som inte var relevanta för frågeställningen. Det slutliga urvalet bestod av 109 ärenden.

Den första delen av resultatpresentationen utgörs av beskrivande statistik för urvalet, därefter följer resultatet av en kvalitativ analys, som presenteras under olika kategorier utifrån ärendenas innebörd. Den kvalitativa resultatredovisningen presenterar dels problemområden som framträtt tydligt och är många till antalet, dels ärenden som är angelägna eller särskilt anmärkningsvärda, men som inte nödvändigtvis är många till antalet. Detta innebär att resultatsammanställningen inte representerar samtliga ärenden i urvalet. I resultatet presenteras citat från ärendehanteringssystemet eller från inkomna skrivelser från patienter eller vårdverksamheter.

Resultat

Urvalet består av 109 ärenden, varav 68 st (62%) berör kvinnor och 41 st. (38%) berör män, i åldrarna 1–92 år (medel: 48 år). I urvalet noteras att 22 av ärendena registrerades under 2018, 54 av ärendena registrerades under 2019, och mellan första januari och sista september 2020 registrerades 33 ärenden. Tabellen nedan visar urvalets fördelning per verksamhetsområde.

Verksamhetsområde	Antal
Akut	7
Barn och unga vuxna	2
Diagnostik och teknik	3
Hjärta Neurologi Rehabilitering	6
Hud, Infektion, Medicin	10
Kirurgi	4
Kommun	1
Kvinna	4
Ortopedi	4
Primärvård	32
Privat vård	12
Psykiatri	18
Ögon Öron	3
Övrigt	3

Upplevelser av felaktig eller utebliven information i journalen

Vad säger lagen om patientjournalens innehåll?

Patientdatalag 2008:355, 3 kap:

6 § En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. Lag (2014:827).

7 § Utöver vad som föreskrivs i 5 och 6 §§ får en patientjournal innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal.

8 § Om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen.

9 § Uppgifter som ska antecknas enligt 6-8 §§ ska föras in i journalen så snart som möjligt. (SFS 2008:355).

I flera ärenden framkommer det att det i journalanteckningar finns information som patienterna anser är felaktig, och att anteckningar inte stämmer överens med patienters upplevelser av vårdbesöket. I några fall har patienter framfört synpunkter på att det finns gamla och/eller felaktiga diagnoskoder i patientjournalen. Det kan exempelvis vara att patienter har utretts för något som sedan avfärdats och då har inte diagnoskoder tagits bort. I något ärende beskriver patienten att journalen baseras på närståendes beskrivningar av patienten.

PATIENTEN HADE BRUTIT FOTEN OCH BLEV GIPSAD. NÄR HEN I EFTERHAND LÄST SIN JOURNAL HAR AMBULANSPERSONALEN SOM TILLKALLADES SKRIVIT ATT DET ÄR VÄNSTER FOT SOM ÄR SKADAD VILKET INTE STÄMMER DÅ DET VAR HÖGER FOT

PATIENTEN UPPGER ATT LÄKEMEDLET HAFT GOD EFFEKT MEN I JOURNALEN STÅR: "OÖNSKAD EFFEKT"

HAR SYNPUNKTER PÅ ATT DET FINNS FELAKTIGA DIAGNOSKODER I JOURNALEN. ENLIGT PATIENTEN HAR HEN UTRETTS FÖR DE DIAGNOSKODER SOM FINNS JOURNALFÖRDA. DIAGNOSKODERNA HAR EJ TAGITS BORT TROTS ATT DIAGNOSERNA AVFÄRDATS. PATIENTEN UPPLEVER DETTA KRÄNKANDE.

Bland synpunkterna framgår att väsentlig information om exempelvis vårdbesök, hälsotillstånd, planerad vård och behandling saknas i journalen. Det beskrivs även att vården inte dokumenterat patientens beskrivningar av symtom och upplevelser av ohälsa.

ÖNSKADE TA DEL AV JOURNALANTECKNING GÄLLANDE EN TIDIGARE OPERATION. I KONTAKT MED VERKSAMHETEN FÅR PATIENTEN BESKEDET ATT DET INTE FINNS NÅGON DOKUMENTATION FRÅN OPERATIONSTILFÄLLET.

PATIENT UPPSÖKTE AKUTEN, EN MÅNAD SENARE FINNS FORTFARANDE INGEN JOURNALANTECKNING FRÅN BESÖKET. NÅR ANDRA VÅRDGIVARE VELAT VETA VILKA MEDICINER OCH VILKEN HJÄLP PATIENTEN FICK PÅ AKUTEN FÅR HEN SJÄLV BERÄTTA DET HEN MINNS

I SAMBAND MED PROVTAGNING DOMNADE ARMEN OCH DET GJORDE VÄLDIGT ONT. DRABBADES AV HEMATOM I ARMVECKET. INGET AV DETTA FINNS ENLIGT PATIENTEN DOKUMENTERAT I JOURNALEN.

PATIENT UPPGER ATT HEN VID FLERA TILFÄLLEN PÅTALAT BESVÄR MED VÄNSTERFOTEN, OCH SAKNAR DOKUMENTATION OM DETTA I SIN JOURNAL.

Felaktig eller utebliven journaldokumentation/diagnoskod leder till negativa konsekvenser för patienter, såsom skador eller försämrat hälsotillstånd, felaktig ordination av läkemedel, svårigheter i övergången mellan sluten- och öppenvård, problem i samband med försäkringsfrågor/utredningar, oro om att få felaktig vård och behandling samt en känsla av att inte blivit tagen på allvar eller lyssnad till.

Dokumentation upplevs kränkande eller värderande

Vad säger lagen om integritet och respekt?

Patientlag 2014:821, 10 kap.

1 § *Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras (SFS 2014:821).*

Patientsäkerhetslag 2010:659, 6 kap.

1 § *Patienten ska visas omtanke och respekt (SFS 2010:659).*

Flera ärenden handlar om synpunkter på att uppgifter i journalen upplevs kränkande, insinuerade och osaklig och att vårdpersonal lägger egna värderingar i journalanteckningen.

HAR LÄST SIN JOURNAL PÅ NÄTET ATT VÅRDEN MISSTÄNKTT ATT PATIENTEN HAFT EN BURK TABLETTER I SIN JACKFICKA. PATIENTEN HAR ALLTID EN BURK TUGGUMMI PÅ SIG OCH ANSER ATT VÅRDEN BORDE HA FRÅGAT HEN. PATIENTEN UPPLEVER ATT ANTECKNINGARNA ÄR KRÄNKANDE OCH KAN VARA TILL NACKDEL FÖR HEN I FRAMTIDEN

PATIENTEN HAR LÄST I JOURNALEN ATT "JAG ÄR GRÅTMILD, SVÅR ATT FÅ KONTAKT MED OCH ATT MINA BESVÄR KAN BERO PÅ DEPRESSION. JAG KÄNNER MIG KRÄNKTT AV ATT BLI BESKRIVEN PÅ DET VISET OCH JAG ÖNSKAR ATT DESSA NERVÅRDERANDE ANTECKNINGAR TAS BORT FRÅN MIN JOURNAL"

PATIENTEN HAR VARIT UTSATT FÖR VÅLD. I JOURNAL STÅR: "SVÅRT ATT VÅRDERA SANNINGSHALTEN I PATIENTENS BERÄTTELSE"

I JOURNALEN STÅR ATT "PATIENTEN SER ÄLDRE UT ÄN SIN BIOLOGISKA ÅLDER" PATIENTEN ANSER ATT DETTA ÄR VÅRDPERSONALENS EGEN VÅRDERING OCH INTE ETT PROFESSIONELLT SÄTT ATT BESKRIVA EN PATIENTS YTTRE PÅ. PATIENTEN FÖRESLÅR ATT VÅRDPERSONAL SKA ANVÄNDA SIG AV RÄTT MEDICINSKA TERMER OCH INTE GODTYCKLIGA FORMULERINGAR.

I flera ärenden framkommer synpunkter som handlar om att det finns ovidkommande information i journalen. Det beskrivs hur patienters psykiatriska diagnoser eller erfarenhet av psykisk ohälsa "förföljer" dem och lyfts fram i journalen över lång tid och oavsett av vilken anledning de söker vård.

UNDRAR VARFÖR DET ÄR SÅ VIKTIGT ATT ALLTID LYFTA FRAM HENS PSYKIATRISKA ANAMNES. ANSER ATT DET KAN MISSGYNNA OCH VARA TILL NACKDEL, SÄRSKILT NÄR DE BESVÄR HEN SÖKER FÖR ÄR SOMATISKA. GER EXEMPEL PÅ SKRIVNING I JOURNALEN: "PSYKISKT SJUK PATIENT MED NJURBÄCKENINFLAMMATION".

VAR PÅ LÄKARBESÖK PÅ MOTTAGNING PGA MAGSJUKDOM. SER EFTER DETTA EN ANTECKNING OM ATT HEN FÖR NÄRMARE 20 ÅR SEDAN VÅRDADES EN PERIOD INOM PSYKIATRIN.

I JOURNALEN STÅR ATT PATIENTEN KASTAT PÅ LUREN. DET HAR PATIENTEN INTE GJORT, OCH ANSER ATT ÄVEN OM SÅ SKULLE HA VARIT SÅ ÄR DET EN IRRELEVANT ANTECKNING. ANSER ATT EN JOURNAL SKA INNEHÅLLA AKTUELLT HÄLSOSTATUS.

När det gäller den här typen av ärenden har patienter ofta önskemål om att journalanteckningen tas bort eller korrigeras. Nedan ses de riktlinjer som finns avseende detta, och som tjänstepersonerna vid Patientnämndens förvaltning ofta informerar patienter och närstående om:

Vad säger lagen om oriktiga eller felaktiga uppgifter?

Patientdatalagen 2008:355, 3 kap

8 §: Om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen (SFS 2008:355)

Vidare skriver **Inspektionen för vård och Omsorg** på sin hemsida (IVO, 2020):

Om du anser att uppgifter i din patientjournal är felaktiga kan du kontakta vårdgivaren och begära rättelse. En rättelse betyder att vården gör en markering i den del av journalen som är felaktig, t.ex. genom att stryka över texten och skriva en kompletterande kommentar. En överstrykning innebär att texten fortfarande är synlig. Vården får inte permanent radera uppgifter i en journal. Om du inte kommer överens med vårdgivaren om rättelse kan du begära en notering i journalen, om att du som patient anser att det finns oriktiga eller missvisande uppgifter i din journal. Vårdgivaren får inte neka dig en sådan notering enligt 3 kap 8 § patientdatalagen.

Om du vill att hela eller delar av en patientjournal ska raderas ska du ansöka om journalförstöring. Det är endast patienten eller någon som omnämns i en patientjournal som kan ansöka om att hela eller delar av journalen ska förstöras. En ansökan om journalförstöring skickas till IVO.

Bruten sekretess och förväxlingar av patient

Vad säger lagen om tystnadsplikt och sekretess?

Patientdatalag 2008:355, 4 kap

1 § 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 (SFS 2008:355)

Patientsäkerhetslag 2010:659, 6 kap

12 § Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga

förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. (SFS, 2010:659)

Bland de inkomna ärendena finns patientberättelser som handlar om bruten tystnadsplikt, att förväxlingar av patienter skett samt att journaler skickats till fel patient. I ett ärende beskriver patienten att hen via tredje led fått veta att vårdpersonal som hanterat provtagning i samband med Covid-19 informerat en utomstående att patienten var Covid-19-positiv. Ett annat exempel är vårdpersonal som läser "över axeln" på den som är inne i journalen, vilket beskrivs som en kränkning mot integriteten och sekretessen.

TRÄFFADE EN VÄN SOM HADE INFORMATION OM PATIENTENS VÅRDBESÖK SOM HEN OMÖJLIGTVIS SKULLE KUNNA KÄNNA TILL. DET FRAMKOM UNDER SAMTALET ATT VÅRDPERSONAL INFORMERAT VÄNNEN OM DETTA

BEGÄR UT SIN JOURNAL. NÄR HEN FÅR DEN FINNS ÄVEN EN ANNAN PATIENTS JOURNAL BLAND PAPPEREN

PATIENTEN FICK MEDDELANDE VIA FACEBOOK ATT DEN PERSONEN FÅTT JOURNALHANDLINGAR TILLHÖRANDE HEN.

HAR UPPTÄCKT ATT DET FINNS ETT RÖNTGENSVAR I JOURNALEN SOM INTE TILLHÖR PATIENTEN.

I JOURNALEN STÅR ATT PATIENTEN SÖKT VÅRD PGA. HANDLEDSPROBLEMATIK. DETTA STÄMMER INTE. PAT HAR ALDRIG HAFT PROBLEM MED HANDLEDER, DÄREMOT PATIENTENS SYSKON. DET FRAMKOM ATT FÖRVÄXLING SKETT MELLAN DE BÅDA.

Svårigheter att beställa journalen

Vad säger lagen om rätten att ta del av journalhandlingar?

Patientdatalag 2010:659, 8 kap

2 § En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten eller av en närstående till patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för att läsas eller skrivas av på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 kap. 12 § eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ärenden visar att det kan vara svårt och "struligt" att begära ut sin journal, och att vårdpersonal "ger otydliga besked och inte verkar veta vad som gäller". Det framgår att rekvisering av journalen tar lång tid och patienter måste kontakta vårdgivaren upprepade gånger innan journal skickas. I enstaka ärenden har det framkommit att vården nekar patienten journalkopior och att vederbörande måste betala för dem. Ett ärende handlar om en patient som upplevt sig ifrågasatt och bedömts som försämrad i sitt mående när hen begärt ut sin journal.

KONTAKTADE HÄLSOCENTRALEN UPPREPADE GÅNGER FÖR ATT BEGÄRA UT JOURNALEN, MEN FICK DEN INTE. BLEV TILLSAGD ATT PERSONALEN INTE HADE TID ATT TA UT JOURNALKOPIOR OCH ATT DET KOSTAR PENGAR.

Att få besked via journalen på nätet

I ett fåtal ärenden framgår att patienter och närstående fått olika besked via journalen på nätet utan att det först kommunicerats via vårdpersonal. Ett ärende handlar om en patient som läser i journalen att det finns en cancermisstanke, och att hen googlat de ord och begrepp hen inte förstod. Patienten beskriver att hen inte fått information kring misstanken. Ett annat ärende handlar om en närstående (med fullmakt) som läst i patientens journal att ingen hjärtlungräddning ska utföras på patienten. Närstående har inte informerats om beslutet.

Patienters förbättringsförslag

I några ärenden har patienter utifrån sina synpunkter lämnat förslag till förbättringar, och nedan följer några exempel på det:

PATIENT SOM I SAMBAND MED BESÖK PÅ PRIVAT VÅRDINRÄTTNING NOTERAT ATT DE INTE HAR TILLGÅNG TILL PATIENTUPPGIFTER RÖRANDE FRIKORT FÖR ÖPPENVÅRD, IBLAND HAR MAN SOM PATIENT INTE HUNNIT FÅ FRIKORTET ELLER GLÖMT DET HEMMA. HAN GER ETT FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG ATT DESSA UPPGIFTER LÄGGS IN I "MINA SIDOR" PÅ 1177.

PATIENTEN FÖRESLÅR ATT VÅRDPERSONAL SKA ANVÄNDA SIG AV RÄTT MEDICINSKA TERMER OCH INTE GODTYCKLIGA FORMULERINGAR.

FÖRESLÅR ATT DET SKA FRAMGÅ I JOURNALEN PÅ NÄTET, ATT RÖNTGENBILDER ÄR GRANSKADE, AV VEM, NÄR OCH RESULTATET. ANSER ATT PATIENTEN SJÄLV DÅ KAN BEVAKA OCH KOMMER INGET UTLÅTANDE KAN PATIENTEN KONTAKTA VÅRDEN FÖR ATT SÄKERSTÄLLA ATT INGET MISSATS.

Slutsatser

En korrekt patientjournal är en avgörande faktor för patientsäkerheten. Vad som ska dokumenteras i journalen styrs av lagstiftning och nationella och regionala riktlinjer och rutiner. Den ökning av antalet patientnämndsärenden avseende felaktigheter och kränkande, ovidkommande uppgifter i patientjournalen beror troligtvis inte på en försämring av dokumentationens kvalitet utan att journalen blivit mer lättillgänglig i och med införandet av journal på nätet. Möjligheten att själv granska sin journal leder till kvalitetssäkring och ökad patientsäkerhet. Andra sätt att undvika missförstånd i dokumentationen kan vara utvecklingen mot ett personcentrerat arbetssätt och kontinuitet i vårdkontakter. Det är även av betydelse att vården har kunskap, en positiv inställning och beredskap för att ta emot synpunkter från patienter och att eventuella korrigeringar sker snabbt.

Vårdanalys (2017) har undersökt befolkningens inställning till användning av digitala uppgifter om vård och hälsa i förhållande till risker ur ett integritetsperspektiv. Fokus har legat på elektroniska patientjournaler, en samlad läkemedelslista och hälsorelaterade register. Det framkom att en majoritet av befolkningen accepterar och vill att digitala uppgifter om den egna vården och hälsan ska användas så att de kommer till nytta, bland annat för säkrare vård och forskning. Samtidigt är det viktigt att uppgifterna hanteras säkert och skyddas från obehöriga. Även ett antal andra aspekter är viktiga för att människor ska vilja låta använda sina digitala hälsouppgifter: att uppgifterna är korrekta, att den enskilde kan påverka hur uppgifterna används samt att det är möjligt att få veta vilka uppgifter som finns, hur de används och av vem (Vårdanalys, 2017).

Referenser

Inera (2020). *Journalen*. Hämtad från www.inera.se 2020-10-29

IVO (2020). *Vad ska jag göra om det finns fel uppgifter i min journal?* Hämtad från www.ivo.se 2020-10-28

SFS (2008:355). Patientdatalag

SFS (2010:659). Patientsäkerhetslag

SFS (2014:821). Patientlag

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

Vårdanalys (2017). *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*. Stockholm, Vårdanalys

Tidigare rapporter från Patientnämnden

- Patienters och anhörigas synpunkter gällande information i vården (2017:1)
- Vårdens tillgänglighet och organisation: patienters och anhörigas synpunkter (2017:2)
- När barnet är patient: Närståendes synpunkter på vården (2018:1)
- Patienters synpunkter på cancervård (2018:2)
- Patienters och närståendes synpunkter på psykiatrisk vård (2018:3)
- Patienters synpunkter gällande läkemedel (2018:4)
- Synpunkter på vården gällande personer över 80 år (2019:1)
- Patienters och närståendes synpunkter på sjukresor (2019:2)
- Patienters upplevelser av missade och fördröjda diagnoser (2019:3)
- Patienters och närståendes synpunkter på primärvård (2019:4)
- Långvarig smärta: patienters synpunkter på vården (2020:1)
- Graviditet, förlossning och eftervård: kvinnors synpunkter på vården (2020:2)
- Patienters och närståendes synpunkter på vården ur ett patientlagsperspektiv (2020:3)