

Pasientdokumentasjon

■ Et grunnleggende krav til alt helsepersonell er at de må yte forsvarlig helsehjelp. En forutsetning for dette er at personellet har oversikt over hvilke tiltak som tidligere er iverksatt og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort. Dette forutsetter at det er ført journal.

I dette nummeret av Tilsynsinfo har vi valgt å sette hovedfokus på helsepersonells plikt til å dokumentere sin virksomhet, dvs. journalføringsplikten. Bakgrunnen for dette er at Helsetilsynet gjennom sin virksomhet registrerer at journalføringen ofte er mangelfull. I 2005 har mangelfull journalføring, alene eller sammen med andre kritikkverdige forhold, dannet grunnlag for reaksjonen advarsel i 18 saker.

Journalføringen har imidlertid vært gjenstand for vurdering og veiledning i et betydelig større antall saker.

Med dette nummer av Tilsynsinfo ønsker vi å bidra til økt kunnskap, og dermed også bevissthet, omkring behovet for god pasientdokumentasjon.

I dette nummer kan du lese om følgende:

- Dokumentasjonsplikten – regelverk
- Enkelt saker som gjelder dokumentasjonsplikten
- "Varslerproblematikk" – spørsmål om offentliggjøring av varsler

TEMA

JOURNALFØRING

Dokumentasjonsplikten – regelverk mv.

Pasientjournalen er pasientens "medisinske biografi" og er en sentral kilde til kunnskap om pasienten, ved siden av pasientens egne utsagn. Pasientjournalen skal først og fremst være et hjelpemiddel i den løpende behandling og pleie av pasienten, og således et viktig virkemiddel for kvalitetssikring av behandlingen. Pasientjournalen skal dessuten gjøre det mulig i ettertid å rekonstruere den samlede innsats som er blitt pasienten til del i løpet av et behandlingsforløp, og dermed være en indikator på kvaliteten på det arbeid som utføres.

Journalopplysningene er viktige for å sikre pasienter forsvarlig behandling ved å gi oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort. Journalen skal videre tjene som kommunikasjon mellom helsepersonell, for eksempel der flere behandlere kommer inn i behandlingen på ulike tidspunkter. Pasientjournalen er også et viktig verktøy som del av internkontroll og kvalitetssikring av virksomheten, og som grunnlagsmateriale i forbindelse med det tilsyn tilsynsmyndigheten skal føre med helsevesenet.

Plikten til å føre journal er hjemlet i helsepersonelloven § 39, og innebærer at helsepersonell som yter helsehjelp fortløpende skal dokumentere sin pasientrettede virksomhet. For at journalføringsplikten skal inntre er det en forutsetning at helsepersonellet har en selvstendig behandlerrolle i forhold til pasienten. Helsepersonell som kun har en støttende eller underordnet funksjon i forhold til annet helsepersonell, har ikke en selvstendig journalføringsplikt.

Virksomheter som yter helsehjelp har plikt til å opprette journalsystemer. Systemene må organiseres slik at journalsystemene er forsvarlige og gjør det mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov.

Som følge av journalføringsplikten håndterer helsetjenesten svært sensitiv og skriftlig nedtegnet informasjon om mesteparten av landets 4,6 millioner innbyggere. Håndteringen av en slik mengde informasjon reiser en rekke spørsmål og problemstillinger, noe gjennomgangen nedenfor gir eksempler på.

Journalens innhold

Hva journalen skal inneholde er hjemlet i helsepersonelloven § 40 og utdypet i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000. Hovedkravet er at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Dette er nødvendig for at den helsehjelp som ytes over tid skal være forsvarlig. Relevanskra- vet skal også bidra til at informasjonsmengden ikke blir større enn nødvendig, noe som er viktig bl.a. av hensyn til lagringskapasitet, gjenfinnbarhet osv.

Basert på et stort antall enkeltsaker behandlet i Helsetilsynet er det dessverre grunn til å slå fast at journalføringen rent innholdsmessig ofte er mangelfull. Ofte inneholder journaler ikke tilstrekkelig informasjon om sykehistorie, observasjoner og funn, noe som gjør at det er vanskelig i ettertid å se hva som ligger til grunn for de behandlingsbeslutninger som er tatt. Videre ser vi ofte at det ikke er nedtegnet informasjon om den videre plan for oppfølging av pasienter. Dette ser vi særlig i saker som gjelder behandling av pasienter med rusmisbruksproblemer. Innenfor psykisk helsevern ser vi ofte at journalføringen svikter i forhold til pasienter som trenger langtidsbehandling.

Det er ingen enkel forklaring på hvorfor journalføringen mange ganger svikter. En hovedforklaring er trolig manglende bevissthet i deler av helsetjenesten om behovet for god dokumentasjon, og kanskje også manglende kunnskap om de krav som regelverket stiller til de som fører journal.

Det er grunn til å påpeke at mangelfull informasjon om pasientbehandlingen også kan være uttrykk for at selve behandlingen ikke har vært forsvarlig, eller i hvert fall ikke god nok.

Alle som fører journal bør som et minstekrav være kjent med innholdet i journal forskriften. Alt regelverk på helseområdet kan lett finnes ved å søke på Helsetilsynets hjemmeside www.helsetilsynet.no.

Konsekvenser av mangelfull journalføring

Den alvorligste konsekvens av mangelfull journalføring er selvsagt at pasienter ikke blir gitt forsvarlig behandling.

Helsepersonell må også være klar over at mangelfull journalføring vil kunne påvirke utfallet av en tilsynssak i klart negativ retning for aktuelle personell. I tillegg har rettspraksis vist at manglende dokumentasjon kan føre til erstatningsansvar. Det er uttalt at den som plikter å føre journal kan få bevisbyrden mot seg dersom det via pasientjournalen ikke er mulig å dokumentere hva slags behandling som er gitt.

Taushetsplikt

Taushetsplikten er ikke bare en plikt til å tie, men også en plikt til å verne opplysninger mot uvedkommende innsyn. Det er derfor viktig at dokumentasjonssystemer bygges opp på en måte som muliggjør at helsepersonell kan forvalte taushetsplikten på forsvarlig måte.

For mer informasjon om taushetsplikten vises det til Tilsynsinfo nr. 3/2005.

Pasienters rett til innsyn i egen pasientjournal

Pasienter har som den klare hovedregel innsyn i egen journal. Dette følger av pasientrettighetsloven § 5-1.

Dersom et helsepersonell nekter å gi innsyn i en journal, kan denne beslutningen påkla-

ges til Helsetilsynet i fylket, og i siste instans bringes inn for rettsapparatet.

Retting og sletting av journalopplysninger

Et grunnleggende krav til pasientjournalen er som nevnt ovenfor at den skal gi en riktig og komplett beskrivelse av en behandlingsrelasjon. Dette gjelder selv om pasienten noen ganger er uenig i hva som står i journalen.

I noen tilfeller vil det likevel være riktig og nødvendig å foreta endringer i en pasientjournal. For eksempel kan det tenkes at opplysninger i journalen er feilaktige og mangelfulle, eller oppfattes som utilbørlige. I henhold til helsepersonelloven § 42 kan den som har ført journalen da rette journalen. Retting skal skje ved at journa-

len føres på nytt, eller ved at en datert rettelsetilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

I henhold til helsepersonelloven § 43 er det også adgang til å slette journalopplysninger. Vilkårene for å slette er strengere enn for å rette. Opplysninger som kreves slettet må være feilaktige eller misvisende, og må i tillegg føles belastende for den det gjelder. I tillegg må sletting anses ubetenkelig ut fra allmenne hensyn.

Helsetilsynet er fra tid til annen i befatning med saker som gjelder krav om sletting av journalopplysninger. De fleste av disse sakene gjelder pasienter som har fått en psykiatrisk diagnose, og som ikke kan akseptere dette. Nedenfor redegjøres det for en sak hvor denne type problematikk er drøftet.

ENKELT- AVGJØRELSER

Enkeltavgjørelser om journalføring

Ved systemrevisjon på et distriktpspsykiatrisk senter ble det avdekket omfattende mangler ved journalføringen for en av de ansatte psykiaterne. Blant annet var det bare opprettet journal på 14 av 35 pasienter. Psykiateren forklarte dette ved at hun førte journalnotater for hånd da hun mente at det ikke var riktig å skrive journal på PC samtidig som hun snakket med pasientene. På grunn av høy arbeidsbelastning, hadde ikke psykiateren tid til å prioritere å legge de håndskrevne notatene inn i data-systemet. Arbeidsgiveren hadde gjentatte ganger over lengre tid påpekt problemene ved at det ikke fantes journal på pasientene i det felles journalsystemet, uten at psykiateren endret praksis. Psykiateren hevdet at arbeidsgiveren var ansvarlig for å etablere en arbeidssituasjon som gjorde det mulig å være å jour med journalene.

Psykiateren ble gitt en advarsel for brudd på journalføringsplikten. I avgjørelsen ble det påpekt at for at et elektronisk journalsystem skal virke etter hensikten og være et pålitelig verktøy i helsetjenesten, er det nødvendig at alle bruker det og følger de retningslinjer som er gitt av arbeidsgiver. Dette gjelder spesielt når man arbeider i et fellesskap med stor sannsynlighet for at man må behandle hverandres pasienter. Det er av avgjørende betydning for at kollegene skal kunne følge opp pasientene på

en forsvarlig måte at relevante opplysninger er dokumentert i journalen. Når annet helsepersonell går inn i det elektroniske journalsystemet, skal de kunne være trygge på at den informasjon som ligger der om en pasient er pålitelig og fullstendig, og at pasienter som ikke er registrert i systemet faktisk ikke har vært til behandling. Dette er (blant annet) bakgrunnen for kravet i journalforskriften om nedtegnelse uten ugrunnet opphold.

Det ble vist til at det er helsepersonellens eget ansvar å sørge for at egen journalføring er i henhold til lovens krav. Ved at psykiateren bevisst valgte å nedprioritere journalføringen til fordel for pasientbehandling, mente Helsetilsynet at hun viste en grov mangel på forståelse for journalføringens betydning for pasientsikkerheten. Slik manglende journalføring vil kunne føre til misforståelser og feilbehandlinger, og er derfor egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning.

I en annen sak hadde en privatpraktiserende psykolog kun ført to journalnotater fra til sammen 76 samtaler over en periode på to år. Helsetilsynet fant at dette var et alvorlig brudd på journalføringsplikten. Psykologen ble gitt en advarsel.

I flere saker som opprinnelig gjelder spørsmål om forsvarlig rekvirering av A- og B-preparater, har Helsetilsynet også

vurdert journalføringen. I mange av sakene er vanedannende legemidler rekvirert i lang tid uten at de faglige vurderinger som ligger til grunn for rekvireringen er dokumentert, og uten at indikasjon, behandlingsplan/nedtrappingsplan eller evaluering av behandlingseffekten er dokumentert. I flere saker er heller ikke doseringen av legemidlene/hvor mye medisiner pasientene fikk, dokumentert i journalen. I noen av sakene, hvor legens redegjørelse og annen dokumentasjon i saken tyder på at slike vurderinger er foretatt, men ikke journalført, har Helsetilsynet kommet til at dette representerer brudd på bestemmelsene om krav til journalens innhold. I andre saker, hvor det er holdepunkter for at slike vurderinger ikke er foretatt, har Helsetilsynet uttalt at dette er et moment i forsvarlighetsvurderingen, og ikke et ledd i vurderingen av om journalføringsplikten er overholdt. Bakgrunnen for dette er at man ikke kan dokumentere tiltak og vurderinger som ikke er gjort.

Enkeltavgjørelse om sletting av journal

En pasient ved en psykiatrisk poliklinikk fikk diagnosen paranoid personlighetsforstyrrelse. Diagnosen ble journalført, og det ble i journalen gitt en generell beskrivelse om at behandlingssmessig er ”mulighetene sparsomme”.

Pasienten var ikke enig i diagnosen, og ønsket denne slettet fra pasientjournalen. Verken poliklinikken eller Helsetilsynet i fylket fant at det var grunnlag for sletting.

I ettertid har en annen behandlende lege og to sakkyndige konkludert med at vilkårene for å stille diagnosen paranoid personlighetsforstyrrelse ikke er til stede. På grunnlag av dette gikk pasienten til sak mot staten for å få slettet diagnosen, som var stilt etter en kort samtale med første behandler.

Forut for rettsforhandlingene konkluderte Statens helsetilsyn med at vilkårene for sletting var til stede, og ga anvisning på hva i journalen som skal slettes. Det ble konkludert med at opplysningene i journalen var feilaktige, og at opplysningene åpenbart måtte anses som belastende for pasienten.

Offentliggjøring av melder

Helsepersonell har plikt til å melde fra til tilsynsmyndighetene om forhold som kan medføre fare for pasienter. Det er ikke uvanlig at melder ønsker å være anonym. Helsetilsynet oppfordrer helsepersonell til å ta forholdet opp internt først. Av hensyn til videre opplysning av meldingen er det i utgangspunktet vanskelig for Helsetilsynet å holde melder anonym overfor arbeidsgiver. Noe annet er om melderens identitet bør fremkomme i media.

Siden Helsetilsynet er et forvaltningsorgan, gjelder offentlighetslovens regler om offentliggjøring for de dokumenter vi mottar og utferdiger. Utgangspunktet i offentlighetsloven er at alle dokumenter i forvaltningen er offentlige med mindre det finnes unntak i lov. Et slikt unntak er at dokumentet inneholder taushetsbelagte opplysninger om noens personlig forhold. Et annet unntak er dokumenter som inneholder opplysninger om lovovertrødelse. Dette er ikke ment å være en redegjørelse for regelverket om offentlighet generelt, men vi ønsker å vise til en uttalelse fra Helse – og omsorgsdepartementet som vi mener kan være interessant for ansatte i helsetjenesten. Uttalelsen gjelder spørsmålet om å unnta melderens navn fra offentlighet.

Saken gjaldt en begjæring om innsyn fra VG i en bekymringsmelding fra en sykepleier. Bekymringsmeldingen inneholdt opplysninger om flere brudd på helselovgivningen, og Helsetilsynet unntok derfor dokumentet fra offentlighet etter bestemmelsen i offentlighetsloven om ”Anmeldelse, rapport og annet dokument om lovovertrødelse”. VG klagde på avslaget om innsyn og viste til at den aktuelle bestemmelse er en ”kan-bestemmelse”. Det ble også stilt spørsmål ved hvorfor avsenders navn var slettet fra vår postliste. Helsetilsynet opprettholdt avslaget og sendte saken til Helse- og omsorgsdepartementet for endelig avgjørelse. Helsetilsynet argumenterte for at vi i vurderingen av om mer-offentlighet skulle praktiseres hadde lagt vekt på at offentlighet ville være en belastning for sykepleieren som meldte saken. Det ble vist til den pågående debatten om varsler-rollen og den belastning det ofte er å ta opp forhold ved arbeidsplassen. Dette var også bakgrunnen for at varslers navn var slettet fra postlisten.

Helse- og omsorgsdepartementet uttalte at Helsetilsynet er avhengig av at personer melder fra om forhold som de observerer i helsetjenesten og som de mener kan være lovbrudd. Man må derfor kunne melde ifra om mulige lovbrudd til tilsynsmyndigheten, og være trygg på at man ikke som følge av dette blir hengt ut eller på annen måte får ubehageligheter. Offentliggjøring av hvem som har gitt tips om denne typen lovbrudd, vil kunne føre til at andre som

er i tilsvarende situasjon ikke våger å melde fra. Dette vil etter departementets oppfatning kunne få meget uheldige konsekvenser for kvaliteten på og tilliten til helsetjenesten i Norge. Departementet mente derfor at det var et reelt og saklig behov for å unnta de opplysningene i dokumentet som kunne spores tilbake til den personen som hadde meldt fra.

TILSYNSINFO utgis av Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. **21 52 99 00**, faks **21 52 99 99**, e-post: postmottak@helsetilsynet.no • Publikasjonen redigeres av fagsjef Gorm Are Grammeltvedt.

TILSYNSINFO publiseres kun elektronisk på www.helsetilsynet.no, se menyen Publikasjoner, uttalelser, brev\Tilsynsinfo. Abonner på **TILSYNSINFO** samme sted: Velg «Abonner på Tilsynsinfo» i høyre spalte, registrer som ny bruker, eller logg inn og velg Tilsynsinfo. Man vil da få tilsendt e-post med opplysning om nye utgaver av **TILSYNSINFO**.