

Fastlegers journalføring – skriver du gode nok notater?

■ MARTE KVITNUM TANGEN

Spesialist i allmennmedisin og fastlege, Tynset legekontor

Jeg har vært fastlege i 15 år og har i de fire siste årene vært fast medlem av Statens helsepersonellnemnd. Antall saker behandlet i nemnda øker betydelig for hvert år. Mange saker omhandler fastlegers virksomhet. I denne artikkelen vil jeg – som fastlege – dele betraktninger vedrørende fastlegers journalføringspraksis.

Gjennom arbeidet i Statens helsepersonellnemnd har jeg fått lese utallige sider med journaler fra fastleger. I de sakene som gjelder medisinsk-faglige vurderinger er det er gjennomgående svært korte notater, ofte uten noen form for refleksjon eller vurdering. Jeg har ikke innsyn i tilsynsmyndighetenes generelle behandling av disse sakene. Jeg antar at det sjeldnere konkluderes med en konkret reaksjon i de sakene hvor det er utfyllende notater og god journalføring. I nemnda behandler vi kun klager på reaksjoner gitt av tilsynsmyndighetene.

I norsk allmennmedisin er det tradisjon for at kun *positive* funn skal dokumenteres. Jeg har lest gamle håndskrevne journaler som er svært ordknappe. I min studietid lærte vi fortsatt at det kun i sykehusjournalene var viktig med en systematisk gjennomgang av alle undersøkelser og funn. Vi fikk et inntrykk av at dette ikke var fullt så viktig – eller riktig – i allmennmedisin. Jeg ser at unge leger og dagens studenter har et bedre forhold til dokumentasjonsbehovet, sammenlignet med det jeg hadde som forsker i allmennpraksis.

Helsepersonelloven § 40:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Helsepersonelloven § 39:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Det er mange eksempler på saker hvor tilsynsmyndighetene konkluderer med advarsel eller strengere reaksjoner i hovedsak ut fra manglende journalføring. Helse-tilsynet kan gjennomføre en tilfeldig gjennomgang av journalføringen ved å gå gjennom et uttrekk av journaler i en fastlegepraksis. Alle disse sakene har utgangspunkt i klage eller annen tilsynsgjennomgang.

Mangelfull journalføring – hva er det?

Noen ganger kan jeg som lege forstå hva som er blitt utført ut over det som er journalført; det kan være mulig å se at det er foretatt en vurdering ut fra sammenhengen. Dette journalfører vi for dårlig. Jeg har iblant forsøkt å argumentere med at legen må bli hørt på hva hun forklarer i tillegg til det som er journalført. Dette er vanskelig argumentasjon – og en diskusjon jeg stort sett taper. Disse sakene ender ofte med en formulering som «svært mangelfull journalføring», i tillegg til brudd på annen paragraf i helsepersonelloven.

Eksempler på formuleringer i nemndvedtak er:

«uten at annen behandling var vurdert eller gjennomført. Valg av terapi var heller ikke begrunnet i pasientens journal, og hennes journalføring var mangelfull.»

Enkelte ganger er legens journalføring helt klart brudd på journalføringsforskriften. Et konkret eksempel omhandler en legevaktslege som rykket ut på akuttoppdrag. Journalen besto av én setning. Nemnda konkluderte enstemmig i denne saken:

Pasienten er her gitt diagnosen «N99 Hjer-nelammelse». Journalnotatet er svært kortfattet, og inneholder ikke opplysninger om pasientens tidligere sykehistorie eller andre opplysninger som viser begrunnelse for klagerens vurdering av pasientens tilstand og valg av behandling. Slike opplysninger skulle etter nemndas syn vært tatt inn i journalen i et tilfelle som det foreliggende, hvor klageren, til tross for tidligere mistanke om alvorlig sykdom, etter en konkret vurdering kom til en annen konklusjon og valgte å avbryte planlagt transport av pasienten med luftambulans. Når de avgjørende opplysningene til grunn for klagerens vurdering og den nærmere begrunnelsen for klagerens avvikende diagnose, ikke ble journalført, er nemnda kommet til at klagerens journalføring ved dette tilfelle ikke var i samsvar med kravene til journalføring i helsepersonelloven §§ 39 og 40. Nemnda viser for øvrig også til at det av merknadene til helsepersonelloven § 40 fremgår at journalopplysninger skal bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med kravet til forsvarlig virksomhet.

For jurister og lekfolk er det svært lite rom for tolkning av annet enn det som er gjen-gitt diktert i journalen. Ikke skrevet = ikke utført. Vi trenger en rask praksisendring for vår egen del. Det kommer ingen andre inn for å «redde» oss eller takke oss for effektivt utført arbeid ved å presse inn mange pasienter hver dag. God journalføring og dokumentasjon krever ressurser og er nok et argument i forhold til redusert listepasientantall. I henhold til normaltariffen kan det *ikke* kreves takst for tid til journalføring



Journalen er et viktig arbeidsdokument for legen og en viktig dokumentasjon for den enkelte pasient. Kvaliteten på journalen skal være så god at andre kolleger kan overta din jobb! ILLUSTRASJONSFOTO

etter at pasienten har forlatt kontoret. Vi må derfor ta oss tid til god journalføring, mens pasienten sitter inne på kontoret. Jeg ser at dette vil medføre manglende muligheter til prioritering av hastetilstander. Det finnes allikevel ingen forståelse for omstendigheter som kan medføre manglende journalføring, om du først har fått en tilsynssak. Vi kan ikke kamuflere betydningen av dette ved å utsette oss selv for daglig risiko. Det er svært personlig belastende for de leger som får en tilsynssak.

Min personlige mening er at vi burde kunne dokumentere i etterkant samme dag, der det er mest hensiktsmessig, og selvsagt få betalt for dette. For meg vil det alltid være viktigst å se pasienten – og ikke pc'en – inn i øynene. Vi kjenner alle pasienter som nærmest umuliggjør en god journalføring mens de er inne på kontoret.

Journalutsagn som «pasienten har det bra», «har ingen smerter» eller «stabil vekt, god matlyst» kan synes helt unødvendige i vår allmennt medisinske journal. Dette kan være opplysninger som er nød-

vendige og relevante. Journalen er et viktig arbeidsdokument for oss og en viktig dokumentasjon for pasienten. Den skal sikre at andre kan overta vår jobb. Plutselig uforutsett fravær kan skje. Pasienten kan ønske å bytte fastlege.

«Sperr notater»!

Alle fastleger må lære seg funksjonen *sperr notater* som er tilgjengelige i våre elektroniske journalsystemer. Bruk funksjonen aktivt der du som fastlege kvier deg for å dokumentere noe som du ikke ønsker hjelpepersonell eller andre skal ha innsyn i. Skriv ikke bare «samtale» i notatet. Uansett hvor sensitive opplysninger det dreier seg om, må det journalføres noe om samtalen samt videre plan eller fremdrift. *Notatene kan sperres slik at kun du som fastlege kan se dem, eller slik at kun leger kan se dem.*

Jeg arbeider selv på et lite sted, og mange ganger får jeg opplysninger som jeg vurderer som fortrolig. Andre ansatte på konto-

VEDR. FUNKSJONEN «SPERR NOTATER»

WINMED 2: Under fanen «journaler» velges elementet «sperr dette notatet – to valg; kun synlig for meg eller synlig kun for alle leger».

INFODOC PLENARIO: Først lagres notatet. Gå tilbake til notatet og venstreklikk alternativet «sperr notatet slik at kun synlig for meg eller kun synlig for alle leger» (blålysfunksjon).

SYSTEM X: Her kalles sperring av notat for «tilgangskontroll». Legen kan sperre notatet slik at det blir synlig kun for ham/henne eller for én GRUPPE. Gruppen kan defineres selv, f.eks kun leger eller et utvalg av leger. Det er også mulig å utestenge en bruker fra en spesifikk journal.

WINMED 3: Det er mulig å sperre notater både ved å føre parallelljournal og ved å egendefinere grupper som skal ha tilgang til journalen. En brukergruppe kan inneholde en eller flere brukere. Det kan settes adgangskontroll for brukerne.

FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL (for-2000-12-21-1385)**§ 7. Krav til journalføring**

Pasientjournalen skal fortrinnsvis skrives på norsk. Dansk og svensk kan benyttes i den utstrekning det er forsvarlig. I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk.

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

Nedtegnelsene skal dateres og signeres.

§ 8. Krav til journalens innhold

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

...

d) når og hvordan helsehjelpen er gitt, f.eks. i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskrivning.

e) bakgrunn for helsehjelpen, opplysninger om

pasientens sykehistorie og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning.

f) foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.

...

h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker gjeldende retningslinjer.

ret behøver ikke å ha adgang til alt. Jeg er blitt mer bevisst på dette og velger funksjonen «sperr notat» fremfor ikke å skrive noe. Eksempler er: journal om egne ansatte på kontoret og deres familiemedlemmer, spesielle hendelser i nærmiljøet som blir mye omtalt og nødvendigvis ikke omhandler rent medisinske problemstillinger (slipper å vurdere i etterkant om «sladderlekkasjer» kommer fra journalen) samt konsultasjoner som omhandler svært sensitive opplysninger. Fiktiv journalføring må unngås.

Alt oppslag i journaler loggføres og kan enkelt hentes frem. Pasienten har også rett til å se hvem som har sett i journalen til hvilket tidspunkt. Gjør dette kjent på kontoret for medarbeiderne.

Råd til kolleger

Takstrefusjonsgjennomgang av HELFO er også en grunn til god dokumentasjon. Tolkningen deres av journalen er helt tydelig. Dersom det kreves takst for noe som ikke er dokumentert i journalen er det en uriktig takstbruk.

Mine egne journalnotater er på ingen måte optimale. Lange og krevende konsultasjoner medfører ofte tidsnød – og kanskje journalføres disse vurderingene noe mer lemfeldig? Viktigheten av god dokumentasjon vil selvsagt variere – men ofte har vi selv en god intuisjon for hvilke konsultasjoner som fordrer grundig dokumentasjon.

Arbeidet i nemnda har gjort meg oppmerksom på nettopp dette, og jeg forsøker å forbedre meg. Mine råd til deg som fastlegekollega er velmente, ikke belærende: Ta deg av og til tid til oppsummerende refleksjoner i journalen. Vær nøye med vurderinger omkring forskrivning av B-preparater samt vurderinger omkring varslingsplikt (fører kort, barnevern, psykiatri, pasientskader) og ved vanskelige medisinske problemstillinger. Skriv ned betraktninger og vurderinger. Synliggjør gjerne hvilke alternativer som er vurdert.

■ MARTEKT@FJELLNETT.NO

STATENS HELSEPERSONELLEMND (SHPN)

SHPN er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell over vedtak om administrative reaksjoner truffet av Statens helsetilsyn. Nemnda behandler også klager om avslag på lisens eller autorisasjon truffet av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og vedtak om spesialistgodkjenning truffet av Helsedirektoratet.

Nemnda består av tre jurister, tre personer med helsefaglig bakgrunn (i 2014: en sykepleier, en psykolog og en lege) og en legerrepresentant. Nemndas leder er jurist.

Saker behandlet av helsepersonellnemnda er offentlige i anonymisert form. Det kan søkes i et utvalg av vedtak på SHPNs hjemmeside. Noen saker er lagt ut på LOVDATA.

Antall saker behandlet av nemnda er økende. I 2012 behandlet nemnda 156 saker, mens det i 2013 kom inn over 250 saker. Nemnda behandlet 201 saker i 2013. Omgjøringsprosenten er 10–15. De fleste sakene fra Helsetilsynet vedrørende tilbakekalling av autorisasjon eller advarsel omhandler leger. Den som klager har anledning til å møte i nemnda ved behandling av saken.



ILLUSTRASJON: COLUMBRIX

Til våre abonnenter

I forbindelse med hver utsendelse av *Utposten* får jeg mange av utgavene i retur med beskjed fra Posten om at adressaten er ukjent, eller at det er utilstrekkelig adresse.

Hovedgrunnen er at Posten har byttet postnummer veldig mange steder i landet.

Jeg blir derfor veldig glad hvis dere som har fått nytt postnummer, sender meg en e-post om dette så jeg får rettet det opp i arkivet.

Så er det en annen utfordring og det er at vår bank har nå sluttet å sende ut innbetalingsbilag til oss i posten. Disse skal kunne hentes på nettet ut fra kontoutskriften.

Men alle bilagene kommer dessverre ikke med på bankens nettsted/arkiv. Det betyr at jeg kan «miste» noen betalte abonnementsinnbetalinger. Dette er ikke så bra, for da får jeg heller ikke registrert betalingen, og sender da unødvendig purring til dere.

Jeg jobber med dette, og håper at jeg i samarbeid med banken vil få til en kvalitetssikret løsning. I mellomtiden håper jeg at dere er litt tålmodige med meg.

Vennlig hilsen

Tove Rutle
redaksjonssekretær

E-POST: rmrtove@online.no