

Journaldokumentasjon for alvorlig syke

Sammendrag

Bakgrunn. Grundig journaldokumentasjon er nødvendig for god kommunikasjon mellom helsepersonell og fungerer også som dokumentasjon vedrørende behandling og vurdering av pasienter. Vi ønsket å evaluere journaldokumentasjonen hos alvorlig syke pasienter i forhold til gjeldende lovverk.

Material og metode. Journaldokumentasjonen ble evaluert i forbindelse med gjennomgang av journalene til 119 pasienter som døde i St. Olavs Hospital etter utskrivning fra intensivavdelingen i perioden 1999 til mars 2002. Hvor hyppig det ble gjort journalnotater, behandlingsrestriksjoner og kvaliteten på dokumentasjonen ble registrert.

Resultater. Ved flere av avdelingene var dokumentasjonspraksisen ikke i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter. Fire journaler var tapt og 115 ble gjennomgått. Hos 84 % av pasientene var det restriksjoner på behandlingen, hvorav 58 % ikke var akseptabelt dokumentert. 18 pasienter hadde kun ett og sju pasienter ingen journalnotater, på tross av lange sykehusopphold.

Fortolkning. Journaldokumentasjonen var av varierende og ikke akseptabel kvalitet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Tommy Aronsen

Lars Martin Rekkedal

Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim

Anton Hole

Petter Aadahl

petter.aadahl@medisin.ntnu.no
St. Olavs Hospital
og
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

All medisinsk behandling skal dokumenteres i henhold til gjeldende lover og forskrifter (1–4). Årsaken til dette er ønsket om å sikre kvaliteten på pasientbehandlingen gjennom kontinuitet og kommunikasjon mellom helsearbeidere. Dessuten skal det være mulig å etterprøve kvaliteten på diagnostikk og behandling gjennom medisinsk forskning (3, 4).

Artikkelen baserer seg på en større studie, utført ved St. Olavs Hospital, om dødsårsaker og dokumentasjon av behandlingsrestriksjoner hos pasienter som døde i sykehuset etter utskrivning fra intensivavdelingen (5). Journaldokumentasjonen hos denne gruppen pasienter viste seg å være av variabel kvalitet. Vi ønsket derfor å evaluere dokumentasjonen etter gjeldende lover og forskrifter for oppretting, føring og lagring av pasientjournaler (1, 2).

Material og metode

Vi inkluderte pasienter som hadde vært innlagt i intensivavdelingen, utskrevet til annen avdeling, og som senere døde før utskrivning fra sykehuset. Pasienter innlagt ved neonatologisk avdeling og hjerteklinikken St. Elisabeth, som begge har egne intensivavsnitt, ble ikke tatt med. Pasientene ble hentet fra to populasjoner: En retrospektiv gruppe med pasienter fra 1999 og en prospektiv gruppe vi fulgte fra medio november 2000 til medio mars 2002.

I tillegg til å registrere liggetid og dødsårsaker ble pasientenes hovedjournal og eventuelle tilleggsjournaler innhentet, gjennomgått og evaluert etter gjeldende lover og forskrifter for oppretting, føring og lagring av pasientjournaler (1, 2). Det ble registrert antall døgn mellom nest siste og siste journalnotat samt mellom siste journalnotat og pasientens død. Registreringen ble brukt som

en parameter for å vurdere hyppigheten av journalnotater for hver pasient. Det ble sett bort fra inkomstjournal og intensivnotater, disse er underlagt egne retningslinjer ved St. Olavs Hospital. Parameteren ble vurdert i forhold til liggetid i intensivavdelingen, total liggetid i sykehus og liggetid mellom intensivoppholdet og pasientens død. I tillegg ble det registrert om pasienten hadde behandlingsrestriksjoner (ramme 1) og kvaliteten på dokumentasjonen av disse (ramme 2) (1, 6).

Resultater

I 1999 ble det innlagt 59 pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene til studien. 57 ble registrert og to ekskludert grunnet tapt journal. I den prospektive delen av studien oppfylte 60 pasienter inklusjonskriteriene. Av disse ble 58 registrert og to ekskludert grunnet tapt journal. Totalt ble journaldokumentasjonen evaluert hos 115 pasienter.

Vi fant åtte journalarkiver i sykehuset – ett hovedarkiv og sju arkiver som var direkte knyttet til hver sin avdeling. Flere av disse var vanskelig tilgjengelig etter kontortid. Alle journalarkivene fungerte uavhengig av hverandre. Dersom en pasient hadde flere journaler, fremgikk det ikke av disse at vedkommende hadde andre journaler og hva slags opplysninger de inneholdt. Vi måtte selv finne ut om tilleggsjournaler eksisterte og hvor de var. Søkingen skjedde etter antakelser vi fikk etter å ha gjennomgått hovedjournalen. Ofte måtte vi gå rundt til de ulike arkivene og spørre om de hadde en journal tilhørende vår pasient. I flere tilfeller inneholdt tilleggsjournalene viktige opplysninger som ikke var beskrevet i hovedjournalen,



Fakta

- Lov om helsepersonell og forskrift om pasientjournal stiller klare krav til oppretting, føring og lagring av pasientjournal
- Journaldokumentasjonen er ofte ikke i samsvar med gjeldende lover og forskrifter
- Restriksjoner i behandlingen skal dokumenteres og begrunnes i journalen
- Mer enn halvparten av behandlingsrestriksjonene blir ikke akseptabelt dokumentert

! Ramme 1

Inndeling av behandlingsrestriksjoner

- *R minus*
Pasienten skal ikke resusciteres ved hjertestans, men skal for øvrig ha full behandling og pleie
- *Ikke intensivmedisinsk behandling (inkludert respiratorbehandling)*
Pasienten skal ikke tilbys intensiv-/respiratorbehandling eller resusciteres ved hjertestans. For øvrig skal pasienten ha full behandling og pleie
- *Ikke kirurgisk behandling*
Pasienten skal ikke opereres, men for øvrig ha full medisinsk behandling og pleie. Pasienten skal ikke resusciteres ved hjertestans eller ha intensivmedisinsk behandling
- *Ikke opptrapping av medisinsk behandling*
Pasienten skal ikke ha opptrapping av medisinsk behandling. Allerede iverksatt medisinsk behandling skal opprettholdes. Pasienten skal ikke resusciteres ved hjertestans, ha kirurgisk eller intensivmedisinsk behandling
- *Palliativ behandling*
Pasienten skal kun ha palliativ behandling og pleie

for eksempel operasjonsbeskrivelser, kreftdiagnoser, sykdomsforløp og behandlingsplan.

Dikterte journalnotater forelå både elektronisk og i papirformat. 40 pasienter (35 %) hadde flere håndskrevne journalnotater, og i flere tilfeller var håndskriften verken forståelig eller lesbar. Journalnotatene var i 23 tilfeller (20 %) verken datert eller signert, og i tre tilfeller var de ført med blyant. Journalnotater og behandlingsvedtak var også skrevet på baksiden av gamle rekvisisjoner, prøvesvar og EKG-ark. Den håndskrevne informasjonen var ikke nevnt i elektronisk journal. Det var tilfeller hvor feilmedisineringer og svikt i behandlingsrutiner ikke var beskrevet før i epikrisen.

Det kunne være vanskelig å følge pasientens sykehistorie på grunn av få journalnotater og lang tid mellom notatene. Sju pasienter (6 %) (median liggetid ni døgn) hadde ingen og 18 pasienter (16 %) (median liggetid sju døgn) hadde kun ett journalnotat under den aktuelle innleggelsen. 53 % hadde mer enn tre døgn mellom nest siste og siste journalnotat. Lengste registrerte tid var 49 døgn. 43 % hadde mer enn to døgn mellom siste journalnotat og død. Her var lengste registrerte tid 43 døgn.

Journalorganiseringen var i 33 av tilfellene

(29 %) av en slik kvalitet at det var vanskelig å følge sykdomsforløp, utredning og behandlingsplan. I noen av tilfellene beskrev epikrisen eller sykepleierrapporten sykdomsforløpet og behandlingsvedtakene godt. I fem tilfeller måtte vi oppsøke behandlende lege for å få oversikt over sykdomsforløpet.

84 % av pasientene hadde behandlingsrestriksjoner, og av disse var det hos 58 % ikke-akseptabel dokumentasjon. Pasientene med ett journalnotat (18 pasienter) hadde 15 behandlingsrestriksjoner. Hos ti av pasientene (67 %) var dokumentasjonen av ikke-akseptabel kvalitet. Nedenfor vises det tre eksempler på hvor journaldokumentasjonen var mangelfull.

Pasient 1. Kvinne, 89 år. Hun lå 137 døgn i sykehus, og 84 døgn etter utskrivning fra intensivavdelingen. I løpet av sykehusoppholdet ble journalnotatene dårligere og sjeldnere. Siste journalnotat ble gjort 43 døgn før pasientens død, og før dette var det ikke gjort noe journalnotat på 49 døgn. I denne perioden ble pasienten operert. 74 døgn før kvinnen døde ble det besluttet at hun ikke skulle tilbys intensivmedisinsk behandling. På tross av at hun ble bedre, ble denne beslutningen ikke revurdert. 34 dager før hun døde ble det anført «R minus» på kurvene uten annen journaldokumentasjon.

Pasient 2. Mann, 68 år. Han lå ti døgn i sykehuset, hvorav to døgn i intensivavdelingen. Journalen inneholdt ingen notater, og pasientopplysningene måtte suppleres med intervju av behandlende leger. Ingen av disse hadde et klart bilde av sykehistorien. På kurven var det markert «R minus» med uforståelig signatur, og dette var ikke datert. Denne beslutningen var ikke dokumentert og ble gjort i en intermediearavdeling natt til søndag av vakthavende assistentlege (som normalt tilhørte en annen avdeling) etter forespørsel fra en sykepleier.

Pasient 3. Mann, 76 år. Han lå 30 døgn i sykehuset, hvorav de to første i intensivavdelingen. Journalføringen begynte bra, med regelmessige og gode notater. Senere i forløpet ble journalføringen sjeldnere og dårligere. Journalnotatene var håndskrevne og til dels uleselige. En del av journalnotatene var skrevet opp ned, andre i tekstbokser i hjørnene på arket. Arkene var ofte kopier av tidligere journalnotater. Notatene stod etter hvert i mindre grad i kronologisk rekkefølge. Dette gjaldt både rekkefølgen på arkene notatene var skrevet på og rekkefølgen på notatene.

Diskusjon

Vi har gjennomgått journalene til alvorlig syke pasienter, hvor man må forvente høye krav til journaldokumentasjon. Som ledd i kvalitetssikring innen helsevesenet er det fremsatt krav om etablering av internkontrollsystemer og dokumentasjon gjennom

! Ramme 2

Kvalitet på dokumentasjonen av behandlingsrestriksjoner

- *Akseptabel dokumentasjon*
Det var å regne som akseptabel dokumentasjon dersom dokumentasjonen i legejournalen var i tråd med forskrift om pasientjournal (1) og Statens helsestilsyns anbefalinger (6). Det vil si at alle behandlingsrestriksjonene var dokumentert og signert, med begrunnelse, i pasientens legejournal for det aktuelle oppholdet. Vi så bort fra informasjonsplikten til pasient og pårørende
- *Dårlig dokumentasjon*
Det var å regne som dårlig dokumentasjon dersom ikke alle av pasientens registrerte behandlingsrestriksjoner var journaldokumentert i legejournalen. All håndskrevet dokumentasjon ble registrert som dårlig dokumentasjon
- *Ingen dokumentasjon*
Det var å regne som ingen dokumentasjon dersom ingen av pasientens behandlingsrestriksjoner var dokumentert i legejournalen. Det vil si at ingen dokumentasjon utenom legejournal (sykepleierjournal, fysioterapjournal o.l.) var gyldig dokumentasjon. Det samme gjelder dokumentasjon i epikrise eller enkel anføring på pasientens kurve

handlingsplanen Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (7). Dette omfatter både generelle dokumentasjonsrutiner og spesifikke rutiner for behandlingsrestriksjoner. Forskriften forutsatte at slike systemer skulle være opprettet ved alle landets sykehus i år 2000 (7, 8). 1.1. 2001 ble det i tillegg iverksatt en ny forskrift for å innskjerpe dokumentasjonsrutinene (1). Forskriften er hjemlet i lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 (2), og beskriver detaljert hvordan en journal skal føres, oppbevares og brukes. Etter de lover og forskrifter som regulerer oppretting, føring og lagring av pasientjournaler (1, 2), fant vi flere brudd og systematiske feil ved pasientjournalene i vårt materiale. Utdrag av de lover og forskrifter som ikke ble overholdt, er oppsummert i tabell 1.

Forskrift om pasientjournal, § 5, som omhandler oppretting og organisering av journal, ble brutt på flere punkter. For det første eksisterte det hos flere pasienter mer enn én hovedjournal og én tilleggsjournal. For det andre fremgikk det verken av hovedjournalen eller av tilleggsjournalene at det fantes andre journaler og hva de inneholdt. For det tredje ble journalene ført delvis elektronisk og delvis i papirformat, uten at det fremgikk hva slags pasientopplysninger som lå hvor.

Krav til journalføring reguleres blant annet gjennom § 7 i forskriften. Denne ble brutt på flere punkter. For det første ble journalen ofte ikke ført fortløpende. Dette er en systematisk feil som går igjen ved flere avdelinger. For det andre var ikke alle journalnotater datert og signert. Dette gjelder håndskrevne notater og anføringer på pasientens kurve.

Helsepersonelloven § 39 stiller krav om at helsepersonell som yter helsehjelp, skal nedtegne relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen som er blitt gitt i pasientens journal. Nesten ingen avdelinger overholdt dette kravet, f.eks. hadde 22 % av pasientene ett eller inget journalnotat.

Helsepersonelloven § 40 forutsetter at journalen skal være lett forståelig for annet kvalifisert helsepersonell. Det at legejournalen i flere tilfeller var vanskelig/umulig å forstå, innebærer at dette lovkravet heller ikke er overholdt.

Vi fant tilfeller hvor journalnotatene var skrevet med blyant. Dette kan gjøre det lett å korrigere notatet på en ureglementert måte senere. Man kan ikke utelukke på lov om helsepersonell § 42 og forskrift om pasientjournal § 13 dermed ikke er overholdt.

Totalt ble 115 journaler gjennomgått. I tillegg var det fire journaler som skulle ha vært med, men som ikke var å oppdrive. Dette tilsvarer et tap på 3,4 %. Det at disse journalene er forsvunnet fra arkivene og ikke er destruert, er brudd på § 14.

Etter at den nye loven om pasientrettigheter (9) trådte i kraft 1.1. 2001, sendte Statens helsetilsyn ut et rundskriv for å presisere begrepet og bruken «R minus» (6). Her kom man med en del anbefalinger om journalføring av forhåndsvurdering av det å unnlate å gi hjerte-lunge-redning. Helsetilsynet understreket at iverksetting av restriksjoner i behandlingen er et ledd i videre planlegging og oppfølging av pasienten. Av den grunn skal slike vedtak dokumenteres i pasientens journal. Statens helsetilsyn ønsket også at man eksplisitt skal beskrive hva hver behandlingsrestriksjon innbefatter (ramme 1). Dette for å signalisere overfor leger og annet personell som blir tilkalt utenfor «vanlig arbeidstid» og som ikke kjenner pasienten, hvilke vurderinger det faste behandlingspersonellet har gjort (10). «R minus» som isolert anførsel skal derfor kun brukes som supplement til journalnotat. Det skal i tillegg journalføres at det er gitt informasjon til pasient og pårørende om beslutningen. I vårt materiale hadde 84 % av pasientene behandlingsrestriksjoner. Da en tredel av disse ikke var dokumentert og en firedel dårlig dokumentert, brytes forskrift om pasientjournal § 8 systematisk.

Man kan tenke seg mange årsaker til mangelfull journalføring; Økonomi og praktiske forhold i avdelingen; tidspress blant legene, arbeidsgivers holdning til journalsystemet, mangel på sekretærer og datamaskiner, ukultur i avdelingen m.m. Vi kan ikke ut fra

Tabell 1 Utdrag fra lov om helsepersonell av 2. juli 1999 og forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000, som regulerer oppretting, føring og lagring av pasientjournaler

Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) av 2. juli 1999. Kapittel 8

§ 39. Plikt til å føre journal

«Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient...»

§ 40. Krav til journalens innhold m.m.

«...Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen...»

§ 42. Retting av journal

«... Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.»

Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000

§ 5. Oppretting og organisering av journal

«Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten...»

«... Der det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.»

Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.»

§ 7. Krav til journalføringen

«...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»: ...

e) «Bakgrunnen 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»...

§ 13. Redigering, retting og sletting

«Etter at en journalnedtegnelse er signert, kan den bare endres etter reglene om retting og sletting i helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44. Den journalansvarlige i helseinstitusjon kan likevel redigere journalen for så vidt gjelder journalnedtegnelser som er signert. Slik redigering skal skje i samråd med det helsepersonell som har gjort nedtegnelsene med mindre det er åpenbart unødvendig eller ikke praktisk mulig...»

§ 14. Krav til oppbevaring og oppbevaringstid

«Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får adgang til dem.

Journalene skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem. Hvis ikke journalopplysningene deretter skal bevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes....»

vår studie si noe om årsaken til den mangelfulle journalføringen.

Hvorvidt den beskrevne dokumentasjonspraksisen påvirker pasientens overlevelse, er ikke mulig å diskutere på bakgrunn av de funn vi har gjort. Skal det undersøkes, er det behov for et større pasientgrunnlag og en annen forskningsmetode (11, 12).

Litteratur

1. Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000.
2. Lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr. 64, kapittel 8: Dokumentasjonsplikt.
3. Ot.prp. nr. 13 (1998–99). Om plikt til dokumentasjon.
4. Duvaland L. Dokumentasjonsplikten for helsepersonell. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2139–40.
5. Aronsen T, Rekkedal LM. Pasienter som dør på sykehuset postintensivt – dødsårsaker og journalrutiner. Hovedoppgave. Trondheim: Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2002.

6. Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lungeredning og journalføring av disse. Rundskriv IK-1/2002 2000/4190. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.
7. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK-2482. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995.
8. Aabakken L. Hjerte-lunge-redning – skal, skal ikke? Et spørsmål om jus, etikk og kvalitetssikring. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4205.
9. Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999.
10. «R minus» eller «HLR minus». Tilsynsmelding 2000 kapittel 8. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
11. Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T, Rosenthal GE. Increased risk of death in patients with do-not-resuscitate orders. Med Care 1999; 37: 727–37.
12. Sulmasy DP, Dwyer M, Marx E. Do the ward notes reflect quality of end-of-life care? J Med Ethics 1996; 22: 344–8.