

Mangelfull journalføring gir dårlig pasientbehandling

I tilsynssakene Statens helse-tilsyn behandler, ser vi ofte at journalføringen er mangelfull. Av totalt 432 saker Statens helsetilsyn avsluttet i 2016, ble det konkludert med brudd på journalføringsplikten og kravet til journalers innhold i ca. 80 saker. Dette er bekymringsfullt, da pasientjournalen bidrar til å danne grunnlaget for å gi forsvarlig helsehjelp. Mangelfull journalføring er en fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

LOVGRUNNLAGET

Pasientjournalen har flere funksjoner

Pasientjournalen fungerer som et arbeidsverktøy for den som yter helsehjelp. Pasienten eier sin egen journal og den gir pasienten mulighet til å få innsyn i behandlingen som er gitt. Journalen er sentral når pasienter bytter behandler eller ved samarbeid med andre i helse- og omsorgstjenesten, og skal gi annet helsepersonell en oversikt over helsehjelpen som er gitt. Slik sikres kontinuitet og forsvarlig pasientbehandling.

Pasientjournalen er en sentral informasjonskilde når Statens helsetilsyn skal vurdere om en pasient har fått forsvarlig behandling. Det som er dokumentert i pasientjournalen, er derfor av stor betydning for rettssikkerheten til både pasienten og for helsepersonellet som yter helsehjelp.

Hvilke opplysninger skal journalføres?

Hvilke opplysninger som skal journalføres må helsepersonellet vurdere

konkret. For en sykepleier som arbeider på et sykehjem, vil relevante og nødvendige opplysninger typisk kunne være pasientens allmenntilstand, hvilke legemidler som er gitt og eventuelle nye observasjoner.

Av en fastlege vil man forvente at kontaktårsak, kliniske funn, diagnostiske vurderinger og behandling er journalført.

En pasientjournal skal ha en struktur og et innhold som gjør informasjonen tilgjengelig for pasienten og for annet helsepersonell. Ikke alle opplysninger som fremkommer i kontakt med pasienten skal journalføres, da unødig informasjon kan gjøre journalen uoversiktlig og lite egnet som et arbeidsverktøy.

Sentrale opplysninger mangler

Journalføring skal være en innarbeidet rutine i yrkesutøvelsen til et hvert helsepersonell. Likevel finner Statens helsetilsyn til dels store mangler i sakene vi behandler. Et eksempel der vi regelmessig finner mangelfulle journaler, er i saker som gjelder legers uforsvarlige rekvirering av vanedannende legemidler. Ofte består journal-



Pasienten eier sin egen journal og den gir pasienten mulighet til å få innsyn i behandlingen som er gitt.”

notater kun av navn, styrke og mengde av forskrevet legemiddel. Det mangler typisk nedtegnelse av sykehistorien, informasjon om kliniske funn, diagnostiske og terapeutiske overveielser og behandlings- og nedtrappingsplaner.

Et annet eksempel er tilsynssaker mot fysioterapeuter. Journalnotatene inneholder ofte lite eller ingen informasjon om hvilke undersøkelser som er utført, funn som er gjort og hvilke

vurderinger som ligger til grunn for valg av behandlingsmetode. Vi ser ofte at notatene er stikkordspregede, med utstrakt bruk av forkortelser som er vanskelig å forstå for andre.

Lovgrunnlaget

I følge helsepersonelloven § 39 har alle som yter helsehjelp plikt til å skrive pasientjournal. Helsepersonelloven § 40 fastsetter kravene til journalens innhold. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt.

Hva som kan være nødvendige og relevante opplysninger, er konkretisert i journalforskriften § 8. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.