

## Dokumentasjonsplikten for helsepersonell

**Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt, det vil si plikt til å føre pasientjournal. Dokumentasjonsplikten skal ivareta flere hensyn, bl.a. pasientenes rettigheter.**

Kravene til dokumentasjon av undersøkelse og behandling utført av helsepersonell ble skjerpet fra 1.1. 2001 med ny helsepersonellov og ny pasientrettighetslov. *Dokumentasjonsplikt* er tittelen på et eget kapittel i helsepersonelloven (kapittel 8). Til utfylling og nærmere presisering av lovens bestemmelser er det gitt en egen forskrift om pasientjournal.

### Hensyn bak dokumentasjonsplikten

For å kunne tolke og anvende reglene riktig er det av betydning å kjenne til hensynene bak lovbestemmelsene. Bestemmelsene om dokumentasjonsplikt er utformet på grunnlag av tre hovedhensyn: personvern, forsvarlighet og etterprøvbarehet.

Opplysninger i en pasientjournal er av sensitiv karakter. Derfor må opplysningene vernes mot spredning til tredjeperson. For å sikre dette er det gitt bestemmelser om lagring og oppbevaring av journalopplysninger. I tillegg kommer bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven kapittel 5.

Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for leger og annet helsepersonell og skal bidra til forsvarlig behandling. Dette har betydning for hvilke opplysninger som skal føres i journal. Dersom journalen inneholder for få opplysninger eller blir for vidløftig, vil den ikke være egnet til å sikre forsvarlig pasientbehandling. Pasientjournalen skal gjøre det mulig å kunne avgjøre om pasienten har fått oppfylt sine rettigheter, for eksempel i forbindelse med en klagesak.

### Én pasientjournal

Selv om det ikke er uttrykkelig presisert i lovteksten, fremgår det klart av forarbeidene og av bruken av begrepet «pasientjournalen» at det bare skal være én journal ved den enkelte institusjon (eller tjenesteyter) (1). Dette innebærer at det ikke skal være én «legejournal» og én «sykepleierjournal» – det skal gjøres nedtegnelser i samme journal uansett innenfor hvilket ledd og på hvilket nivå pasienten behandles.

Det er gjort unntak fra denne hovedregelen i § 5 i journalforskriften. Det kan anvendes flere journaler der virksomhetens enheter «faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester», for eksempel psykiatrisk avdeling i forhold til somatiske avdelinger. Det kan også brukes hovedjour-

nal og tilleggsjournal hvor dette finnes «hensiktsmessig». Det siste unntaket kan synes overraskende med tanke på hvor klart lovens forarbeider forutsetter at det skal være én pasientjournal. I kommentaren til forskriftens § 5 er det likevel sagt at unntaksbestemmelsen gir adgang til oppretting av tilleggsjournal der journalen blir for voluminøs og ikke åpner for en deling i forhold til hvem som fører journal.

### Hvem skal føre opplysningene?

Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell, det vil si både de grupper som er autorisert og det personell i helsetjenesten som yter helsehjelp. Dette innebærer at alt helsepersonell har plikt til å dokumentere opplysninger i pasientjournalen.

Spørsmålet blir så hvordan dette kan gjennomføres uten at journalen blir full av dobbeltføringer. Loven har tatt høyde for dette ved at det ikke er en plikt til å føre opplysninger for personell som utfører oppgaver på grunnlag av instruksjon eller rettledning. Med dette menes at hvor for eksempel en hjelpepleier under legens instruksjon utfører oppgaver vedkommende ikke selv har kompetanse til, så er det legen som har dokumentasjonsplikten. I praksis vil det likevel kunne by på problemer å avgjøre hva som faller innenfor den enkeltes dokumentasjonsplikt. For eksempel vil forordning av medikament gi sykepleier og lege ansvar for dokumentasjon av ulike opplysninger. Legen må dokumentere vurderingene som ligger til grunn for forordningen, den aktuelle dose mv. Sykepleieren vil ha ansvaret for å dokumentere den kontinuerlige oppfølgingen av pasienten, symptomer osv.

I en helseinstitusjon skal det utpekes en journalansvarlig for den enkelte journal, jf. helsepersonelloven § 39. Vedkommende skal ha et overordnet ansvar for opplysningene i den enkelte journal. Dette innebærer bl.a. ansvar for å rydde og redigere, samt å ta beslutninger med hensyn til innsyn og sletting. Det er i utgangspunktet opp til arbeidsgiver å utpeke journalansvarlig for den enkelte pasientjournal. Ettersom journalansvarlig vil måtte ha innsyn i alle journalopplysningene, tilsier hensynet til taushetsplikten at den som har størst behov for opplysningene i pasientbehandlingen, har dette ansvaret (2).

### Hvilke opplysninger skal nedtegnes?

Plikten til dokumentasjon utløses for «nødvendige og relevante» opplysninger. Det er ikke et krav at opplysningene skal være «fullstendige og korrekte», slik det stod i

tidligere forskrift. Begrunnelsen for denne endringen var at det vil være umulig for helsepersonell til enhver tid å forsikre seg om at de opplysninger som ble nedtegnet, innfrir disse krav. Det ville også kunne føre til en svært omfangsrik journal. Helsepersonellet må likevel opptre forsvarlig i forbindelse med dokumentasjonen ved å bidra til at opplysningene er så korrekte som mulig – og at de ikke innebærer unødvendig integritets-krenkelse.

Vurderingen av hva som er relevant og nødvendig vil være knyttet til pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Den enkelte må foreta en konkret vurdering av hva som skal dokumenteres. I § 8 i journalforskriften er det gitt en oversikt over en rekke opplysninger journalen skal inneholde. Det skal bl.a. noteres om det er gitt råd og informasjon til pasienten, inkludert hovedinnholdet. Manglende dokumentasjon om dette vil kunne innebære at informasjonen ikke ansees som gitt. Dersom pasienten for eksempel har fått en behandlingsskade som følge av en kjent risiko, kan manglende informasjon om risikoen alene gi grunnlag for både tilsynsreaksjon og pasientskadeerstatning.

Ledelsen ved den enkelte virksomhet kan gi nærmere retningslinjer om innholdet i lovkravene relatert til enhetens virksomhet, i tillegg til de krav som fremgår av forskriften.

### Redigering, retting og sletting

Begrepet redigering av journal er ikke brukt i loven. I § 13 i journalforskriften er det bestemt at redigering kan skje av det enkelte helsepersonell frem til journalen er signert. Etter signering vil journalansvarlig i samråd med den som har gjort nedtegnelsene kunne redigere, bl.a. fjerne åpenbare dobbeltføringer.

Journalopplysninger skal rettes dersom de er feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige. Retting av journal skjer ved at journalen føres på nytt eller ved at datert rettelse tilføyes. Ved retting skal ikke de gamle opplysningene slettes.

Bestemmelsene om redigering og retting av pasientjournal er stort sett i samsvar med det som tidligere gjaldt etter legeloven. Men det har skjedd en viktig endring med hensyn til sletting. Mens det tidligere ikke var anledning til å slette journalopplysninger i det hele tatt, er det nå, i helsepersonelloven § 43, bestemt at helsepersonellet etter eget tiltak eller etter krav fra pasienten skal slette opplysninger dersom følgende vilkår er oppfylt: Når opplysningene enten er feilaktige eller

misvisende og i tillegg føles belastende for den de gjelder, eller når opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.

Hvis en pasient krever at opplysninger i en journal skal slettes, må legen gjøre en vurdering av om disse vilkårene er oppfylt. I tillegg er det et lovkrav at sletting skal være ubetenkelig ut fra allmenne hensyn. Dette tilleggskriteriet vil antakelig ha størst betydning i forhold til vilkåret om at opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Et eksempel kan være der pasientens ønske om sletting er begrunnet i frykt for at opplysningene skal ha negativ betydning for en pågående barnefordelings sak og de åpenbart ikke har betydning for videre helsehjelp.

Dersom pasienten får avslag på sin anmodning om retting eller sletting, plikter legen, i henhold til §§ 42 og 43 i helsepersonelloven, å opplyse om vedkommendes rett til å påklage avgjørelsen til fylkeslegen.

– Lars Duvaland, Legeforeningen

[lars.duvaland@legeforeningen.no](mailto:lars.duvaland@legeforeningen.no)

#### Litteratur

1. Ot.prp. nr. 13 (1998–99). Om lov om helsepersonell mv.

2. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven. Kommentartutgave. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.

## Katastrofepsykologi

Dyregrov A

### Katastrofepsykologi

2. utg. 329 s, tab. Bergen: Fagbokforlaget, 2002. Pris NOK 298  
ISBN 82-7674-819-8

Dr.philos. Atle Dyregrov har mer enn 20 års erfaring som psykolog fra arbeid med kriser og katastrofer, og har siden 1988 ledet Senter for krisepsykologi i Bergen. Han har meget bred erfaring fra store katastrofer i inn- og utland.



Han har nå utgitt 2. utgave av *Katastrofepsykologi*, ni år etter den første. Denne utgaven er betydelig utvidet og endret, og gir en bred oversikt over fagfeltet. Boken består av åtte kapitler, referanser, appendikser og stikk-

ordliste. I kapitlene om organisering av psykososialt støttearbeid, umiddelbart psykososialt støtterarbeid og langtidsoppfølging er professor dr.med. Mads Gilbert og direktør, psykolog Renate Grønvold Bugge medforfattere. Boken har fortjenestefullt med et kapittel om barns katastrofereaksjoner og ett om hjelp til barn i katastrofer. I appendikset er det oversikt over flere handlingslister som benyttes i Sverige og eksempler på informasjonsbrev etter en ulykke (Sleipner), og om barn og sorg.

Forfatteren skriver engasjert og engasjerende. Det gis mange anbefalinger om organisering av det psykososiale hjelpearbeidet, forslag til praktiske prosedyrer, og oppmerksomhet om noen fallgruver som kan dukke opp.

Det blir også tydelig at den økende tendensen til at pressens pågåenhet for å komme helt opp i ulykkesfeltene, er en stor belastning for både de rammede og hjelperne, og det er godt at dette problematiseres.

Forfatteren skriver at vi gradvis har begynt å utvide hjelpen til å strekke seg lenger enn de første ukene etter katastrofen. Dette er et viktig poeng. Selv etter de største katastrofer vil de fleste klare seg ganske bra, men andelen som får betydelige senskader er betydelig. Intervensjonen overfor disse bør fokuseres tidlig med etablering av tilstrekkelig oppfølging. Ikke minst med hensyn til oppfølgingen er det et betydelig forbedringspotensial. Forfatteren anbefaler at et første debriefingsmøtet arrangeres i løpet av den første uken etter hendelsen, med et opp-

følgingsmøte rundt en måned senere, hvor de som trenger det kan sikres individuell hjelp, f.eks. ved å benytte spørreskjemaer (s. 85). Dette virker på undertegnede som altfor lang tid for dem som har vært alvorlig traumatisert. Når slike pasienter blir innlagt i medisinske og kirurgiske akuttavdelinger, vil vi i hvert fall anbefale mye tettere psykologisk intervensjon.

Boken tar ikke opp spørsmål om taushetsplikt, som er aktuelt i mange sammenhenger hvor denne kan komme i konflikt med involvertes behov for informasjon. Økonomiske aspekter ved etablering og organisering av psykososiale hjelpetiltak er heller ikke tatt med. En omfattende intervensjon krever betydelige ressurser, og det kan være uklarheter med hensyn til hvem som kan rekvirere hjelp, og hvem som skal betale regningen.

Boken anbefales for fagpersoner som driver med psykososial kriseintervensjon eller som er aktive hjelpere i det praktiske hjelpe- og oppryddingsarbeid, og for andre som er interessert i krisepsykologi.

Øivind Ekeberg

Akuttmedisinsk avdeling  
Ullevål universitetssykehus