14. juni 2021

Til Styrelsen for Patientsikkerhed

DSAM's høringssvar vedrørende udkast til vejledning om journalføring for almen praksis og speciallægepraksis

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) takker for at måtte deltage i høring. Nærværende udkast til vejledning er overordnet god, velgennemtænkt og læselig. Dog mener DSAM, at det er muligt at stramme sprogligt op, så omfanget kan nedbringes. Dette kan øge anvendeligheden og chancen for, at vejledningen bliver læst.

Der kommer tiltagende flere vejledninger og bekendtgørelser, som detailregulerer lægefaget. Samtidig vokser de bestående oftest betragteligt ved opdatering. Derfor bør fokus være på korte, læsbare, pragmatiske og elastiske vejledninger, der kan rumme en klinisk virkelighed og den usikkerhed, der altid er et grundvilkår for lægegerningen, når der skal udøves kliniske skøn og føres journal. Hverken vejledningen eller selve journalføringen bør stresse lægerne, men i stedet understøtte deres arbejde og prioriteringer.

DSAM anerkender, at grunden til, at nærværende vejledning er omfangsrig, er for at give plads til forklaringer og eksempler mhp. at gøre det juridiske stof tilgængeligt for juridisk lægmand. Dog er sproget i visse passager upræcist og med redundans.

Vi anbefaler, at vejledningen forkortes betydeligt, og målet må være at bringe vejledningen under 10-12 sider. DSAM tilbyder gerne sin assistance med en sproglig gennemskrivning, således at vejledningen bliver mere tilgængelig for almen praksis.

Desuden har DSAM enkelte konkrete kommentarer og forslag til ændringer:

<u>I afsnit 2.1 kan man læse</u>:

> *"2.1. Formålet med journalen*
> *Patientjournalen er primært et arbejdsredskab og en forudsætning for en sikker og kontinuerlig behandling. Journalen giver indsigt i og overblik over behandlingsforløbet, og den fungerer som et kommunikationsmiddel for det sundhedsfaglige personale, som er involveret i patientens behandling.*
>
> *Ud over det primære formål er journalen også et vigtigt informationsgrundlag for patienten, og den giver patienten mulighed for inddragelse i egen behandling.*

Journalen kan også have betydning for læring, kvalitetsudvikling, forskning og dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager m.v."

DSAM foreslår, at man i afsnittet tydeliggør, hvad der er det primære og hvad der er det sekundære formål med journalen, og foreslår derfor, at afsnittet omskrives:

2.1. Formålet med journalen
Patientjournalen er primært et arbejdsredskab i patientbehandlingen. Journalen giver indsigt i og overblik over behandlingsforløbet og fungerer som et kommunikationsmiddel for det sundhedsfaglige personale, som er involveret i patientens behandling.

Sekundært tjener journalen også som informationsgrundlag, når patienten i forbindelse med fælles beslutningstagning skal have indsigt i egen behandling, uden at det skal forstås sådan, at enhver patient skal kunne læse og forstå sin journal. Journalen kan sekundært også have betydning for læring, kvalitetsudvikling, forskning og dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager m.v.

<u>I afsnit 2.2 kan man læse</u>:

Behandlingsstedet bør dog opstille instrukser for hvilke oplysninger, der er nødvendige at journalføre.

DSAM vurderer, at mange klinikker ikke har behov for at opstille egne journalinstrukser udover nærværende vejledning. DSAM forslår derfor, at sidste sætning udgår, eller at ordet "bør" udskiftes med "kan". Særligt fordi problemstilling uddybes i afsnit 8.1 på side 14.

<u>I afsnit 3.2 om tidspunkt for journalføring kan man læse</u>:

I nogle tilfælde er det ikke er muligt at journalføre i forbindelse med patientkontakten. Det kan blandt andet skyldes andre akutte opgaver, tekniske begrænsninger m.v. Journalføringen kan i de tilfælde undtagelsesvist vente, men skal dog ske snarest muligt og inden arbejdstids ophør.

DSAM vil her gøre opmærksom på, at praktiserende læger efter arbejdstid i klinikken kører på sygebesøg og ofte først journalfører disse i klinikken på næstfølgende arbejdsdag. På samme måde har praktiserende læger deltaget i vaccinationer på plejehjem under COVID-19 og først journalført disse efter weekend og helligdag. DSAM foreslår derfor, at de sidste fire ord i afsnittet bortfalder, som i stedet kan lyde:

I nogle tilfælde er det ikke muligt at journalføre i forbindelse med patientkontakten. Det kan blandt andet skyldes andre akutte opgaver, tekniske begrænsninger m.v. journalføringen kan i de tilfælde undtagelsesvist vente, men skal dog ske snarest muligt.

<u>I afsnit 4.2 kan man om standardfraser og lignende læse</u>:

Standardtekster, -fraser m.v. kan i egnet omfang anvendes i journalen. Det skal dog altid sikres, at standardtekster eller -fraser er meningsfulde og tilpasset den konkrete patientbehandling, og at der ikke fremgår oplysninger, som ikke er relevante.

Standardfraser vil ofte være udformet som ideelle notater, der ikke helt afspejler det, som er foregået ved anamneseoptag, undersøgelse og information. Derudover bruges fraserne ofte som skærm

for at udgå kritik fra tilsynsførende myndigheder. Det gør, at der er en tilbøjelighed til, at standardfraser indeholder så rigeligt med informationer, at de ikke i hele deres udstrækning er sande. Derfor bør standardfraser, særligt i almen praksis, hvor meget få konsultationer og behandlinger kan fastlægges ved skabelon, undgås.

I almen praksis har vi i årevis set tiltagende problemer med, at epikriser bliver bygget op af blokke af standardtekster, hvilket gør dem delvist ulæselige og i nogen tilfælde ukorrekte. Det ønsker vi ikke skal ske i egne journaler.

DSAM foreslår derfor, at afsnittet skrives om:

> **Standardtekster og -fraser bør som hovedregel ikke anvendes i almen praksis, men kan undtagelsesvis og i begrænset omfang finde anvendelse i journalen. Det skal dog altid sikres, at standardtekster og -fraser er meningsfulde og tilpasses den konkrete patientbehandling, så der ikke fremgår oplysninger udover dem, som er korrekte og relevante.**

<u>Afsnit 5.5 om information og samtykke til behandling</u>:

At der skal informeres om virkning og bivirkning samt samtykke til indgreb er åbenlyst, men helt unødvendigt at gentage, da det fremgår af bekendtgørelse og vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv[1]. Afsnittet bør derfor udgå.

Hvis journalen fyldes med standardfraser om, at patienten er informeret om, indforstået med og samtykker til diverse planer, behandlinger og så videre, så kan hovedparten af journalen i lange passager komme til af bestå af disse remser. Det vil være til stor skade for læsbarhed og derfor også for patientsikkerheden.

I almen praksis modtager vi eksempelvis epikriser og skadessedler fra det sekundære sundhedsvæsen, hvor disse fraseringer længe har fundet anvendelse. Læsbarhed og anvendelighed af disse meddelelser mellem fagfolk er, som følge af det store omfang af fraserne generel defensiv medicin og forsøg på at leve op til myndighedskrav, blevet stærkt forringet gennem de senere år.

Yderligere kan patienterne ofte ikke genkende alt det, de ifølge det journalførte har "forstået og samtykket til", og det ses også, når det er læger, der er patienter. Det er ikke til gavn for nogen.

<u>I afsnit 6 om rettelser kan man læse</u>:

> *Der må kun foretages rettelser eller tilføjelser til journalen på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Slåfejl og skrivefejl må rettes i forbindelse med selve journalføringen.*

I almen praksis, hvor arbejdshastigheden er høj, og hvor der ses mange patienter, er der stor risiko for slåfejl, skrivefejl, udeladelser, upræcise sætninger m.m., og det er vigtigt, at der sikres et kort tidsvindue til at rette disse. Dette særligt fordi der i almen praksis yderst sjældent er sekretærhjælp til journalføring.

Der kan også være dage, hvor arbejdstempo nødvendiggør, at notater føres som stikord og først renskrives ved dagens ende, og der kan også være journalnotater skrevet af uddannelseslæger, som efter den daglige supervision skal rettes til. Derudover vil der ved konsultation i praksis kun være tale

[1] https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1998/161

om behandling hos en læge og ikke løbende behandling ved flere læger i løbet af dagen.

DSAM foreslår derfor, at afsnittet ændres til:

> **Der må kun foretages rettelser eller tilføjelser til journalen på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Slåfejl, skrivefejl mm. må dog rettes i forbindelse med selve journalføringen eller umiddelbar efter, men at disse rettelser kun kan ske på samme arbejdsdag, og notatet herefter låses.**

Uden et kort vindue til rettelse kan for mange notater i almen i praksis let blive uforståelige. Desuden kan arbejdsgangen i praksis obstrueres. Ingen af delene er til gavn for patientsikkerheden.

<u>Om rettelse kan man i udkast yderligere læse</u>:

> *Hvis det efterfølgende konstateres, at en oplysning er ukorrekt, må der kun ske rettelser ved at lave en korrigerende tilføjelse. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelsen/tilføjelsen er foretaget.*
>
> *I en elektronisk patientjournal skal den oprindelige version af oplysninger, der er ændret ved at rette, tilføje, skærme, blokere eller lignende, fortsat være tilgængelige. Elektroniske journaler bør være indrettet således, at det ikke er muligt at redigere eller overskrive oplysninger i journalen.*

DSAM foreslår, at dette afsnit skrives om:

> **Hvis det derefter konstateres, at en oplysning er ukorrekt, må der kun ske rettelser ved at lave en korrigerende tilføjelse. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelsen/tilføjelsen er foretaget.**
>
> **I en elektronisk patientjournal skal den oprindelige version af oplysninger, der er ændret ved at rette, tilføje, skærme, blokere eller lignende, fortsat være tilgængelig.**
>
> **Elektroniske journaler bør være indrettet i overensstemmelse med ovenstående.**

DSAM ønsker i denne forbindelse at rette opmærksomhed på, at når fejl rettes ved tilføjelse, så det får betydning for brugen af AI/beslutningsstøtte, kan det være vanskeligt maskinelt at skelne mellem hvad der er rettelse og hvad der er fejl.

En forkert diagnose, der vedrører en patient, vil altid resultere i forkerte behandlingsforslag, hvis den fejlagtige diagnose er udgangspunktet for beslutningsstøtten/AI, og uden reel korrektion kan en patient således systematisk modtage forkert behandling ved brug af algoritmebaseret beslutningsstøtte baseret på fejl, som ikke rettes.

Derfor vil der snarligt blive behov for at gentænke måden vi forholder os til fejl, og metoden hvormed vi retter disse i patientjournaler.

<u>Afsnit 7 om videregivelse, indhentelse, aktindsigt m.v.</u>:

Dette afsnit bør udgå, da informationer allerede fremgår af vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Hvis afsnittet består, bør det indføres, at journalføring af videregivelse af oplysninger, når denne sker elektronisk, bør ske via automatisk logning i den elektroniske patientjournal, og at denne logning dokumenteres, så den er tilstrækkelig som journalføring.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM