

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Virkningsmekanismen ved behandling af lymfangiomer er delvis kendt. Stoffet forårsager en kraftig inflammatorisk reaktion lokalt med forbigående temperaturforhøjelse. Ved aspiration fra behandlede cyster har man set en kraftig øgning i cysteindholdet af tumornekrosefaktor (TNF), makrofager, neutrofile granulocytter og *natural killer cells*, som formodes at udgøre et vigtigt led i skrumpningen af cysterne [20]. Indtil nu har der ikke været rapporteret om langtidsbivirkninger ved anvendelse af stoffet. *Ogita* har patientobservationer i op til 87 mdr. uden recidiv eller følgevirkninger i form af arvævsdannelse, hudforandringer eller nerveskader [11]. I Japan anvendes behandling med OK-432 som førstevalgsbehandling og har siden 1995 været registreret til behandling af lymfangiom som en af indikationerne.

Sammenfattende synes den ny behandling at være et meget lovende alternativ eller supplement til operation af de makrocystiske lymfangiomer, mens de mikrocystiske lymfangiomer fortsat udgør et behandlingsmæssigt problem.

Korrespondance: Birgitte W. Charabi, Øre-, Næse- og Halskirurgisk Klinik, HovedOrtoCentret, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: Charabi@rh.dk

Antaget: 4. marts 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69:412-22.
- Bowman CA, Witte MH, Witte CL et al. Cystic hygroma reconsidered: Hamartoma or neoplasm? *Lymphology* 1984;17:15-22.
- Bronshtein M, Bar-hava I, Blumenfeld I et al. The difference between septated and nonseptated nuchal cystic hygroma in the early second trimester. *Obstet Gynecol* 1993;81:683-7.
- Emery PJ, Bailey CM, Evans JN. Cystic hygroma of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1984; 98:613-619.
- Welborn JL, Timm NS. Trisomy 21 and cystic hygromas in early gestational age fetuses. *Am J Perinatol* 1994;11:19-20.
- Ricciardelli EJ, Richardson MA. Cervicofacial cystic hygroma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:546-53.
- Kennedy TL. Cystic hygroma-lymphangioma: a rare and still unclear entity. *Laryngoscope* 1989;99:1-10.
- Roed-Petersen K, Pless J, Christensen HE. Hygroma cysticum colli. *Ugeskr Læger* 1976;138:1818-21.
- Ogita S, Tsuto T, Tokiwa K et al. Intracystic injection of OK-432: a new sclerosing therapy for cystic hygroma in children. *Br J Surg* 1987;74:690-1.
- Ogita S, Tsuto T, Tokiwa K et al. Treatment of cystic hygroma in children with special reference to OK-432 therapy. *Z Kinderchir* 1987;42:279-81.
- Ogita S, Tsuto T, Nakamura K et al. OK-432 therapy in 64 patients with lymphangioma. *J Pediatr Surg* 1994;29:784-5.
- Kubota E, Katano M, Kurokawa H et al. Tumorcidal effect of human PBMC following stimulation with OK-432 and its application for locoregional immunotherapy in head and neck cancer patients. *J Craniomaxillofacial Surg* 1993;21:30-7.
- Giguère CM, Bauman NM, Smith RJ. New treatment options for lymphangioma in infants and children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:1066-75.
- Schmidt B, Schimpl G, Hollwarth ME. OK-432 therapy of lymphangiomas in children. *Eur J Pediatr* 1996;155:649-52.
- Sung MW, Lee DW, Kim DY et al. Sclerotherapy with Picibanil (OK-432) for congenital lymphatic malformation in the head and neck. *Laryngoscope* 2001;111:1430-3.
- Brewis C, Pracy JP, Albert DM. Treatment of lymphangiomas of the head and neck in children by intralesional injection of OK-432 (Picibanil). *Clin Otolaryngol* 2000;25: 130-4.
- Laranne J, Keski-Nisula L, Rautio R et al. OK-432 (Picibanil) therapy for lymphangiomas in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:274-8.
- Claesson G, Kuylenstierna R. OK-432 therapy for lymphatic malformation in 32 patients (28 children). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;65:1-6.
- Charabi B, Bretlau P, Bille M et al. Cystic hygroma of the head and neck – a long-term follow-up of 44 cases. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000;543:248-50.
- Ogita S, Tsuto T, Nakamura K et al. OK-432 therapy for lymphangioma in children: Why and how does it work? *J Pediatr Surg* 1996;31:477-80.

Dokumentation af information og samtykke i patientjournaler – på sygehus og i almen praksis

Projektkoordinator Elin Kallestrup,
cand.scient.pol. Kent Kristensen,
alment praktiserende læge Poul Erik Heldgaard &
professor Jan Mainz

Aarhus Universitet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse

Resumé

Introduktion: Af lov om patienters retsstilling af 1. juli 1998 fremgår det, at patienten skal give informeret samtykke til behandling. Af bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 fremgår det, at informationens indhold og patientens tilkendegivelse skal journalføres. Formålet med undersøgelsen var at belyse journalføring af information og samtykke samt årsager til udeladt journalføring.

Materiale og metoder: I alt 150 journalnotater fra tre sygehusafdelinger og syv lægepraksis blev vurderet i en ekstern, tværfaglig

auditgruppe. Der blev udarbejdet fire eksplicite standarder for journalføring jf. lovens krav: der skal journalføres information vedr. sygdom, behandling, bivirkninger og indhentet samtykke. En spørgeskemaundersøgelse skulle afdække årsagerne til udeladt journalføring.

Resultater: Tre ud af 150 notater opfyldte samtlige krav til journalføring af informeret samtykke. I almen praksis indeholdt 13% af notaterne mindst en af de fire ovennævnte standarder, det samme gjorde 12% på medicinsk afdeling, 49% på organisk afdeling og 85% på gynækologisk afdeling. Enogfyrre læger (84%) besvarede spørgeskemaet. Besvarelserne viste, at nogle læger manglede kendskab til loven eller af andre årsager udviste manglende kompliance.

Diskussion: Den varierende journalføring kunne tyde på, at der er forskellige kulturer inden for afdelingerne mht. journalføring af information og samtykke. Yderligere undersøgelser til belysning

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

af lægernes motiver og handlemåde anbefales. Den udførte journalaudit indikerede, at det med den nuværende journalstruktur er vanskeligt at anvende og vurdere dokumentation af information og samtykke. Et fortrykt og diagnoseafhængigt afkrydsningsskema kunne afhjælpe dette.

Der har igennem de senere år været betydelig fokus på patienters ret til selvbestemmelse i mødet med sundhedsvæsenet. Reglerne om information og samtykke til behandling er i dag reguleret i patientretsstillingsloven [1]. Den behandlende læge har, jf. patientretsstillingslovens § 7, stk. 4, ansvar for at informere patienten om helbredstilstand, behandlingsmuligheder og risiko for komplikationer og bivirkninger. I modsætning til tidligere er der i lovgivningen ikke hjemmel til, at lægen selv afgør, om en patient kan tåle at blive informeret [2].

Det skal af journalen fremgå, hvilken information der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet, jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998[3]. Overordnet kan man sige, at når patientretsstillingsloven stiller indholdsmæssige krav til informationen, er de samme krav dermed stillet til journalføringen.

Journalen skal foruden at dokumentere undersøgelses- og behandlingsforløbet også fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel med det formål at sikre det bedst mulige grundlag for den diagnostiske proces og iværksættelse af den adækvate behandling, jf. vejledning nr. 236 [4] (ændret den 13. oktober 2003 [5]). Det syntes derfor at være væsentligt at belyse, i hvor høj grad information og samtykke ved iværksættelse af behandling blev journalført. Undersøgelsen skulle udelukkende afdække journalføringen, idet det blev forudsat, at patienten var informeret.

Undersøgelsens formål

Formålet med tværsnitstudiet var at beskrive dokumentationen i patientjournaler af information og samtykke til en given behandling. Resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse skulle belyse årsagerne til udeladt journalføring.

Materiale

Patienter

Journaldata blev indsamlet i perioden fra den 1. januar 2000 til den 15. november 2002 fra tre sygehusafdelinger på et større centralsygehus (477 sengepladser) og syv lægepraksis. Behandlingskategorien på medicinsk afdeling var patienter i antikoagulans (AK)-behandling ved dyb venetrombose (DVT) eller atrieflimren. På gynækologisk og organkirurgisk afdeling var kategorien laparoskopi, og i almen praksis var kategorien medikamentel behandling af hypertyreose. Kategorierne blev valgt på grund af de veldefinerede behandlinger med dokumenterede bivirkninger og komplikationer.

Patienter i alderen 15-80 år blev inkluderet konsekutivt begyndende med de nyeste journalnotater. Eksklusionskriterierne var demens, psykisk sygdom, øjeblikkeligt behandlingsbehov, og at patienten ikke talte og forstod dansk. I alt blev der inkluderet 60 medicinske, 40 gynækologiske og 35 organkirurgiske patienter samt 15 patienter i almen praksis (Tabel 1).

Læger

Lægerne blev identificeret vha. initialer i forbindelse med ordination eller operation. For at sikre en vis rutine blev lægerne inkluderet, hvis de havde iværksat mindst tre behandlinger, med undtagelse af praktiserende læger, som blev inkluderet med en iværksat behandling. Der blev højst inkluderet fem journalnotater pr. læge. Der blev inkluderet 15 læger på medicinsk afdeling, otte på både gynækologisk og organkirurgisk afdeling samt 15 praktiserende læger.

Metode

Journaludtræk

På sygehusafdelingerne benyttede man sig af elektroniske patientregistreringssystemer. Patienterne blev udtrukket vha. diagnosekoder for atrieflimren og DVT samt operationskode for laparoskopi. I almen praksis blev patienterne udtrukket vha. *anatomical therapeutic chemical* (ATC)-koder for antityroide midler samt lægemiddel- og sygdomsbetegnelser. Alle journalnotater var anonymiserede.

Tabel 1. Fordelingen af patientfrafald, antal.

Afdeling	Patientgrundlag	Ekskluderet pga. alder	Læge med mindre end tre notater ^a	Læge med mere end fem notater ^b	Andre eksklusionsårsager ud over alder	Anti-koagulans-behandlet eller laparoskopi inden for to år ^c	Inkluderet
Medicinsk	739	368	31	18	27	235	60
Gynækologisk	116	5	20	43	8	-	40
Kirurgisk	113	20	20	22	16	-	35

a) Journalnotater tilhørende læge, hvor der blev udtrukket mindre end tre forskellige patienter.

b) Journalnotater, hvor der i forvejen var inkluderet fem patienter tilhørende denne læge.

c) Eksklusionsårsag: antikoagulansbehandling (AK-behandlet) eller laparoskopi med samme indikation de sidste to år forud for undersøgelsesperioden.

Almen praksis er ikke vist, da oplysningerne ikke var tilgængelige.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Indikatorområde	Standard
Journalføring af information om sygdom ^a eller indikation for indgreb ^b	Journalnotatet skal oplyse om informationens indhold
Journalføring af information om den pågældende behandling ^a eller det pågældende indgreb ^b	Journalnotatet skal oplyse om informationens indhold
Journalføring af information om relevante bivirkninger ^a eller komplikationer ^b	Journalnotatet skal oplyse om informationens indhold
Journalføring af indhentet samtykke til behandling ^a eller indgreb ^b	Journalnotatet skal oplyse om patientens tilkendegivelse

a) Gældende for almen praksis og medicinsk afdeling.
b) Gældende for gynækologisk og organkirurgisk afdeling.

Figur 1. Indikatorområder og standarder ved journalaudit.

Journalaudit

Journalnotaterne blev vurderet vha. tværfaglig, ekstern journalaudit [6, 7]. Auditgruppen bestod af en læge, der ligeledes var læge i kvalitetsudvikling, en praktiserende læge, en juridisk vejleder og en stud.scient.san. Auditmetoden blev valgt for at få forskellige vurderinger af materialet med henblik på at opnå konsensus.

Den behandlende læge skal, jf. patientretsstillingslovens § 7, stk. 4, informere patienten om helbredsstatus, behandlingsmuligheder og risiko for komplikationer og bivirkninger. Med udgangspunkt i disse krav blev der opstillet fire indikatorer (Figur 1). Journalføring af information om: 1) den pågældende sygdom eller indikation for det pågældende indgreb, 2) den pågældende behandling eller det pågældende indgreb, 3) relevante bivirkninger eller komplikationer, 4) indhentet samtykke. Hvis alle fire standarder var opfyldt, var kravene til et korrekt journalført informeret samtykke honoreret. Det var ligeledes et krav, at det af notatet direkte fremgik, at informationen var givet til patienten.

Datamaterialet udgjordes af journaler for 150 hele, afsluttede patientforløb og ved henvisning til f.eks. tidligere undersøgelser, blev disse ligeledes gennemgået.

Der blev skelnet mellem »tilfredsstillende« og »mindre tilfredsstillende« journalføring. For at opnå scoren »tilfredsstillende« skulle notatet indeholde konkrete oplysninger om informationens indhold jf. lovens krav. Ved scoren »mindre tilfredsstillende« var punktet blot nævnt (f.eks. »pt. informeret om risici«). Scoren »ikke tilfredsstillende« blev tildelt, hvis der ikke forekom journalføring af information eller samtykke.

Spørgeskemaundersøgelse

De pågældende læger fik umiddelbart efter journaludtræk tilsendt et spørgeskema med det formål at få belyst årsager til eventuel udeladt journalføring. Således blev lægerne - ved benægtende svar på to indledende spørgsmål (»Bliver det journalført, når De har informeret patienten?« og »Bliver det

journalført, når De har indhentet samtykke?«) - anmodet om at besvare det åbne spørgsmål: »Hvorfor ikke?«. Lægerne blev instrueret i at besvare spørgsmålet i forhold til den pågældende patientkategori og -behandling og ud fra deres adfærd inden for undersøgelsesperioden.

Statistik

Grupper blev sammenlignet vha. Kruskal-Wallis one-way ANOVA, SPSS 11.0. Grupperne blev sammenlignet parvis vha. Mann-Whitney U-test, SPSS 11.0. Signifikansniveauet var 5%, tosidig test. Signifikansniveauet (α) ved Mann-Whitney U-test blev justeret i forhold til antal sammenligninger ($\alpha = 1-x$, hvor $x^6 = 0,95 \rightarrow \alpha = 0,0085$). Proportioner og konfidensintervaller (95% CI) blev udregnet vha. NCSS/PASS 2000 (Exact).

Spørgeskema

Analysen af besvarelsene var baseret på en pragmatisk blandingprocedure af *grounded theory* og Georgis analyse, som fremstillet af Malterud [8]. Data blev organiseret og sorteret efter en tematisk og kodestyret gruppering af meningsbærende citater. De fundne temaer blev tolket og sammenfattet.

Resultater**Journalaudit**

I Tabel 2 vises resultatet af journalaudit. Indikatorområdet »Journalføring af information om relevante bivirkninger eller komplikationer« havde den statistisk signifikant laveste forekomst af »tilfredsstillende« journalføring (6%, 95% CI: 3-11) ($p < 0,001$). Indikatorområdet »Journalføring af information om sygdom eller indikation for indgreb« (21%, 95% CI: 15-29) adskilte sig ikke statistisk signifikant fra indikatorområderne »Journalføring af information om den aktuelle behandling eller indgreb« (29%, 95% CI: 22-37) ($p = 0,14$) og »Journalføring af indhentet samtykke« (30%, 95% CI: 23-38) ($p = 0,11$). Der var ikke statistisk signifikant forskel på resultaterne, hvis scoren »mindre tilfredsstillende« blev inkluderet. Gynækologisk afdeling havde en statistisk signifikant højere forekomst af journalføring end de tre andre grupper ($p < 0,0085$) undtagen ved indikatorområdet »Journalføring af information om relevante bivirkninger eller komplikationer«. Der var ikke statistisk signifikant forskel på medicinsk afdeling og almen praksis.

Journalnotaterne fik tildelt en samlet score som udtryk for, hvor mange indikatorområder, der var journalført »tilfredsstillende«. Tre notater ud af 150 (2%, 95% CI: 0-6) opfyldte alle fire betingelser for et journalført informeret samtykke (eksempel: »Man forklarede hende, hvad laparoskopi går ud på, og hvorfor vi vil foretage det, mistanke om endometriose - fortæller lidt om risici i form af blødninger og infektion og den risiko, der er for laparotomi. Accepterer indgrebet.«). Hvis scorerne »mindre tilfredsstillende« og »tilfredsstillende« blev sidestillet, opfyldte ti ud af 150 betingelserne (7%, 95% CI: 3-12). Der var ikke statistisk signifikant forskel på de to opgørelser ($p = 0,09$).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Data fra journalaudit, relative andele. Tal i parentes er 95% konfidensintervaller. Tal i kursiv er absolutte tal.

Indikatorområde	Score	Almen praksis (n = 15)	Medicinsk afdeling (n = 60)	Gynækologisk afdeling (n = 40)	Organkirurgisk afdeling (n = 35)
Journalføring af information om sygdom ^a eller indikation for indgreb ^b	Ikke tilfredsstillende	0,87 (0,60-0,98) 13	0,85 (0,73-0,93) 51	0,38 (0,23-0,54) 15	0,71 (0,54-0,85) 25
	Mindre tilfredsstillende		0,08 (0,03-0,18) 5	0,18 (0,07-0,33) 7	0,06 (0,01-0,19) 2
	Tilfredsstillende	0,13 (0,02-0,40) 2	0,07 (0,02-0,17) 4	0,45 (0,29-0,62) 18	0,23 (0,10-0,40) 8
Journalføring af information om den pågældende behandling ^a eller det pågældende indgreb ^b	Ikke tilfredsstillende	0,93 (0,68-1,00) 14	0,90 (0,79-0,96) 54	0,28 (0,15-0,44) 11	0,54 (0,37-0,71) 19
	Mindre tilfredsstillende	0,07 (0,00-0,32) 1	0,02 (0,00-0,09) 1	0,03 (0,00-0,13) 1	0,14 (0,05-0,30) 5
	Tilfredsstillende		0,08 (0,03-0,18) 5	0,70 (0,53-0,83) 28	0,31 (0,17-0,49) 11
Journalføring af information om relevante bivirkninger ^a eller komplikationer ^b	Ikke tilfredsstillende	0,93 (0,68-1,00) 14	1,00 (0,94-1,00) 60	0,80 (0,64-0,91) 32	0,80 (0,63-0,92) 28
	Mindre tilfredsstillende	0,07 (0,00-0,32) 1		0,13 (0,04-0,27) 5	0,03 (0,00-0,15) 1
	Tilfredsstillende			0,08 (0,02-0,20) 3	0,17 (0,07-0,34) 6
Journalføring af indhentet samtykke til behandling ^a eller indgreb ^b	Ikke tilfredsstillende	1,00 (0,78-1,00) 15	0,93 (0,84-0,98) 56	0,25 (0,13-0,41) 10	0,66 (0,48-0,81) 23
	Mindre tilfredsstillende		0,02 (0,00-0,09) 1		
	Tilfredsstillende		0,05 (0,01-0,14) 3	0,75 (0,59-0,87) 30	0,34 (0,19-0,52) 12

a) Gældende for almen praksis og medicinsk afdeling.

b) Gældende for gynækologisk og organkirurgisk afdeling.

Spørgeskemaundersøgelse

I alt 41 (84%) spørgeskemaer kom retur. Ved kodningen blev der identificeret fem datanære temaer, deriblandt at lægerne fandt journalføring unødvendig og tidsrøvende (Figur 2). Der blev identificeret tre hovedtemaer ved den overordnede kodning, bl.a. et øjensynligt manglende kendskab og manglende kompliance til loven. Resultaterne er baseret på 57 svar fordelt på 35 læger.

Diskussion

Ifølge auditgruppens vurdering honorerede tre af 150 journalnotater samtlige krav i forbindelse med journalføring af informeret samtykke. Med en hyppighed på 6% af alle notater havde indikatorområdet »Journalføring af information om relevante bivirkninger eller komplikationer« den laveste forekomst, og indikatorområderne »Journalføring af information om behandling eller indgreb« og »Journalføring af indhentet samtykke« havde med en hyppighed på 30% den højeste forekomst.

Ved vurdering af notaterne var der risiko for misklassifikation af journalføringen, men sammensætningen af auditgruppen vurderes at have medvirket til en sufficient vurdering. En for kritisk vurdering kunne i værste fald have underestimeret journalføringen, men ved inklusion af scoren »mindre tilfredsstillende« sås der ingen statistisk signifikant forskel. Forekomsten af journalført informeret samtykke kan være overestimeret, idet det ikke blev vurderet, om den til grundliggende information var korrekt og sufficient, men blot at punktet var journalført. Vurderingen var ligeledes forskellig fra f.eks. Patientklagenævnets (PKN) vurdering, hvor både

læge og patient ville have været inddraget – men hvor PKN ofte skal tage stilling til, om informationen er afgivet, var vores formål udelukkende at vurdere journalføringen.

Generaliserbarheden i forhold til dels andre indgreb end laparoskopi, og dels invasive indgreb på medicinsk afdeling og i almen praksis kan være begrænset. På trods af de relativt få inkluderede journalnotater fra almen praksis vurderes resultatet af undersøgelsen at være klinisk relevant, idet de inkluderede læger antagelig ikke journalførte anderledes end andre praktiserende læger.

To personer ud over investigator blev inddraget i vurderingen af spørgeskemabesvarelsene. Der blev ikke fundet publikationer omhandlede årsager til udeladt journalføring, og resultatet kunne således ikke valideres empirisk.

Konklusion

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen indikerede, at lægerne enten manglede kendskab til loven eller af andre årsager ikke journalførte. Dette kunne tyde på, at implementeringen af patientretsstillingsloven og dermed skærpsen af informationspligt og journalføring har været mangelfuld. Med i billedet hører også, at der ikke har været tradition for skematisk journalføring, og at journalen af mange læger stadig ses som et personligt arbejdsredskab. Det kan anbefales at gennemføre en undersøgelse af lægernes motiver og handlemåder, hvor de identificerede temaer fra nærværende undersøgelse kunne være til inspiration ved eksempelvis fokusgruppinterview. En observationsundersøgelse, hvori man også inddrager patienterne, kunne belyse omfang og kvalitet af information samt sammenholde det med det journalførte.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Temaer ved datanær kodning

1. Unødvendig journalføring (23)

Nogle læger beskriver information af patienter som værende så implicit, at journalføring er unødvendig – det hører med til almindelig praksis. Modsat nævner flere, at de journalfører i de situationer, hvor patienten frabeder sig behandling.

Citater: »Ikke noget formål, det er underforstået, at det er gjort. Det skal gøres«.

»Jeg informerer altid om ovenstående, har derfor ikke behov for at notere det i journalen«.

2. Ikke formål med journalen (13)

Nogle læger mener ikke, at journalføring af information og samtykke vedrører formålet med journalen. De journalfører kun mest nødvendige oplysninger og bruger journalen overvejende til at underbygge indikation for behandling. Andre anfører, at det ikke er rutine, eller at det blot normalt ikke noteres i journalen.

Citater: »Journalen er ikke fristilsobjekt«.

»Man journalfører ikke om samtykke ved hver nyordination«.

3. Tidsspørgsmål (7)

Flere læger gør opmærksom på resurseforbruget. Omfanget af journalføringen bestemmes af tidsfaktoren i konsultationen, og lægen vil hellere bruge tiden på patienten end på skrivearbejdet bagefter.

Citater: »En almindelig konsultation varer ca. ti minutter, hvis man skal bruge det meste af tiden til at skrive, kan det slet ikke lade sig gøre«.

»Sekretærene har nok at lave i forvejen«.

4. Modvillighed (7)

Tre af lægerne anser journalføring af information og samtykke for at være defensiv medicin og unødigt tidsforbrugende, og de er følgelig uvillige til at efterkomme kravene.

Citater: »Spild af tid. Overflødig defensiv medicin«.

»Træt af bureaukratiet, som trækker ekstra arbejde ned over hovedet på lægerne uden at tildele ekstra resurser. Så hellere tage 'næserne', når de kommer«.

5. Situationsafhængigt (7)

Dette tema blev udelukkende identificeret i journalnotater fra gynækologisk og organkirurgisk afdeling. Fem læger erkender, at der kan opstå svigt i journalføringen i tilfælde, hvor arbejdsgangen er forskellig fra rutinen.

Citater: »Tit når jeg snakker med patienten lige inden hun skal bedøves. Hvis jeg snakker med patienten på sengeafdeling husker jeg oftest at skrive det i journalen«.

»Hvis jeg opererer en patient, som jeg ikke har set i ambulatoriet eller præoperativt«.

Temaer ved overordnet kodning

1. Manglende kendskab til loven

En mulig fortolkning af de to første temaer – »Unødvendig journalføring« og »Ikke formål med journalen« – kunne være, at lægerne ikke er bekendt med de nærmere bestemmelser vedrørende journalføring af information og samtykke.

2. Manglende kompliance

Temaerne »Tidsspørgsmål« og »Modvillighed« kunne tolkes således, at lægerne sandsynligvis har kendskab til loven om journalføring, men at de på trods af dette er uvillige til at efterkomme kravene – benævnt manglende compliance.

3. Mangelfulde procedurer

Temaet »Situationsafhængigt« kunne indikere, at der er behov for at sikre journalføringen i de situationer, der falder uden for almindelig rutine. Patientforløbet bør være tilrettelagt, således at informationen kan afgives.

Undersøgelsens resultater indikerede, at den nuværende journalstruktur med fri tekst ofte bevirker en utilstrækkelig og ikke entydig journalføring. En anden årsag til utilstrækkelig journalføring kunne være, at lægerne ikke informerer suffi- cient, hvilket undersøgelsen ikke berørte – men i lyset af resultaterne ville det være interessant at belyse dette. I begge tilfælde kunne en del af løsningen eventuelt være at benytte strukturerede afkrydsningsskemaer, hvor informationskravene til dels er fortrykte og diagnoseafhængige. En »huske- liste« som denne kunne være en hjælp til lægen og således medvirke til suffi- cient information af patienten. Skemaet ville også være anvendeligt ved både tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor sikker viden om den givne information er medvirkende til større sikkerhed og kontinuitet i patient- forløbet. Skemaet kunne inkorporeres i Sundhedsstyrelsens Grundmodel for den Elektroniske Patientjournal [9]. Lig- nende skemaer anvendes på US Department of Veterans Affairs.

Den udførte journalaudit indikerede ligeledes, at medmindre oplysningerne journalføres mere struktureret, vil det blive en svær opgave at registrere dokumentationen af information og samtykke i forbindelse med fremtidige kvalitetsudviklings- projekter. Som det også fremgår af Den Nationale IT-strategi for Sundhedsvæsenet [10], har journalernes struktureringsgrad stor betydning for bl.a. implementeringen og udbyttet af Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet [11].

Korrespondance: *Elin Kallestrup*, Haugårdsvej 41, DK-8830 Tjele.
E-mail: elin@kallestrup.net

Antaget: 29. september 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.
2. Kristensen K. Patienters retsstilling. 1. ed. København: Jurist- og Økonomfor- bundets Forlag, 2000.
3. Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
4. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 236 af 19. december 1996 om lægers journalføring.
5. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers jour- nalføring.
6. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitets- begreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundheds- sektoren, 2003.
7. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T et al, eds. Kvalitetsudvikling i sundheds- væsenet. København: Munksgaard, 2001.
8. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 1 ed. Aurskog: Tano Aschehoug, 1996.
9. Sundhedsstyrelsen. Grundstruktur for Elektronisk Patientjournal, version 2.0. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
11. Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, version 1.2. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

Figur 2. Resultater af datanær og overordnet kodning af spørgeskemabesvarel- serne. Resultaterne er baseret på 57 svar fordelt på 35 læger. Tallene i parentes angiver hyppigheden af temaet.