

Folketingets Retsudvalg
Christiansborg
1240 København K

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Gammeltoft 22
DK-1457 København K

Tlf. +45 33 13 25 12
Fax +45 33 13 07 17

www.ombudsmanden.dk
post@ombudsmanden.dk

Personlig henvendelse: 10-14
Telefonisk henvendelse:
Man-tors 9-16, fre 9-15

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis om lægers journalføringspligt

26 OKT. 2010

J.nr. 2008-2276-420/EL
Bedes oplyst ved henvendelse

Dok.nr. 63

I forbindelse med behandlingen af en konkret klagesag blev det oplyst at Patientklagenævnet i mange år har fulgt en praksis hvorefter sygehuslæger som udgangspunkt er fritaget for ansvar for deres egen journalføring hvis de benytter en lægesekretær. Jeg rejste en generel sag herom.

+ bilag

Jeg har nu afsluttet behandlingen af både den konkrete klagesag og den generelle sag. Da jeg betragter Patientklagenævnets praksis for at være i strid med lægernes lovbestemte journalføringspligt, og da praksis har eksisteret i mange år, har jeg besluttet hermed at underrette Folketingets Retsudvalg om sagen. Jeg henviser til ombudsmandslovens § 24 hvorefter jeg skal give meddelelse om en sag til Retsudvalget hvis jeg i forbindelse med undersøgelse af en sag konstaterer fejl eller forsømmelser af større betydning.

Jeg vedlægger en kopi af mine endelige redegørelser i sagen, dvs. både redegørelsen om Den generelle del om lægers journalføringspligt og en anonymiseret udgave af redegørelsen om Den konkrete klagesag.

Redegørelsen om den generelle del vil blive offentliggjort på min hjemmeside om to dage sammen med vedlagte nyhed. Jeg har også sendt mine endelige redegørelser til patienten, lægen, Patientklagenævnet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeren og Folketingets Sundhedsudvalg.

Med venlig hilsen


Hans Gammeltoft-Hansen



Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

ENDELIG

J.nr. 2008-2276-420



Sygehuslægers journalføringspligt

26 OKT. 2010

En klage fra en patient over en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har givet mig anledning til en undersøgelse af Patientklagenævnets generelle opfattelse af lægers journalføringspligt.

J.nr. 2008-2276-420/EL

Dok.nr. 57

I den konkrete klagesag var lægejournalen utvivlsomt mangelfuld. Alligevel blev sygehuslægen ikke holdt ansvarlig for lægejournalen, navnlig fordi lægens diktater til journalen blev indført af en lægesekretær. Patientklagenævnet har i mange år haft den praksis at læger på sygehuse som udgangspunkt ikke er ansvarlige for en mangelfuld lægejournal hvis journalen skrives af en lægesekretær. Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har været bekendt med og accepteret denne praksis.

Det er min opfattelse at Patientklagenævnets praksis er i strid med den lovbestemte journalføringspligt. Tidligere fremgik lægers journalføringspligt af læge-loven, i dag fremgår den af lov om autorisation af sundhedspersoner.

Jeg har holdt et møde med sundhedsmyndighederne om den beskrevne praksis. Myndighederne var indstillet på at indskærpe journalføringspligten over for sygehusene. Myndighederne oplyste desuden om initiativer der forventes at kunne forbedre kvaliteten af journalføringen.

Jeg mener det er kritisabelt at Patientklagenævnet i mange år har haft en praksis der er i strid med loven. Jeg har henstillet til nævnet snarest at ændre praksis sådan at loven overholdes uanset om lægen benytter en lægesekretær. Jeg har også henstillet til nævnet, i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, at informere lægerne og sygehusene om den ændrede praksis i forbindelse med en indskærpelse af lægers journalføringspligt. Endelig har jeg henstillet til Patientklagenævnet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen at opfordre sygehusene til at medvirke til at lægerne har optimale muligheder for at leve op til deres lovbestemte journalføringspligt.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Jeg har besluttet at underrette Folketingets Sundhedsudvalg og Folketingets Retsudvalg om sagen. Jeg har ved den beslutning også lagt vægt på at hvis den beskrevne praksis for sygehuslæger skal lovliggøres, kræver det en ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner, kapitel 6, om journalføringspligten.

1. Sygehuslægers retlige pligter i relation til journalføring

Den konkrete patients klagesag vedrørte behandling og journaltilførsler i en periode i 2005-2006. Det var på det tidspunkt lægeloven, lovens § 13 om lægers pligt til at føre journaler og en tilhørende bekendtgørelse, der var gældende.

Den 1. januar 2007 blev lægeloven og bekendtgørelsen ophævet. Reglerne om journaler blev videreført i lov om autorisation af sundhedspersoner og en tilhørende bekendtgørelse.

Nedenfor har jeg gengivet dele af bestemmelserne om journalføring i henholdsvis lægeloven og lov om autorisation af sundhedspersoner.

1.1. Reglerne om journalføring i lægeloven og tilhørende bekendtgørelse

Reglerne om lægers journalføring fandtes i perioden fra den 1. januar 1935 til den 1. januar 2007 i lægeloven (lov om udøvelse af lægegerning) og tilhørende bekendtgørelser. Loven blev senest bekendtgjort ved lovebekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001.

Lægeloven indeholdt kun én bestemmelse om journaler (ordnede optegnelser). Det var § 13 som havde følgende ordlyd:

”§ 13. Sundhedsministeren fastsætter efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen regler for, i hvilket omfang og på hvilken måde læger af hensyn til den dem påhvilende indberetnings- og oplysningspligt skal føre ordnede optegnelser over visse dele af deres virksomhed, såsom om behandling af smitsomme sygdomme, ulykkestilfælde og sygdomme, der kan antages at få varig indflydelse på patientens helbredstilstand.

Stk. 2. Sygehuse, klinikker og lignende er pligtige til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Der fastsættes af sundhedsministeren regler for, i hvilket omfang speciallæger skal føre sådanne optegnelser.

Stk. 3. De i stk. 1 og 2 omhandlede optegnelser skal af vedkommende læge, klinik eller sygehus opbevares i mindst 10 år.”

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

I medfør af lægelovens § 13 havde Sundhedsstyrelsen fastsat nærmere regler for lægers pligt til at føre journaler, senest i bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003.

Bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 indeholdt 19 paragraffer om lægers pligt til at føre journal. §§ 4-8 handlede om journalføringspligten og §§ 18-19 om ansvaret mv. Bestemmelserne havde følgende ordlyd:

"Journalføringspligt

§ 4. Pligten til at føre ordnede optegnelser (journaler) påhviler enhver læge, der som led i sin virksomhed foretager undersøgelse og behandling mv. af patienter.

Stk. 2. Det påhviler den læge, der benytter medhjælp ved udøvelsen af lægevirksomhed, at drage omsorg for, at undersøgelser og behandlinger mv., der på lægens ansvar udføres af medhjælpen, journalføres.

§ 5. Journalen skal føres på dansk.

§ 6. Der skal føres journaler i forbindelse med lægelig undersøgelse og behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger, samt på offentlige eller private institutioner, hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling af patienter.

Stk. 2. Telefoniske kontakter til patienter skal journalføres, hvis den rådgivning, der er ydet, er et led i vurderingen og/eller behandlingen af patientens tilstand.

Stk. 3. Lægen skal journalføre rådgivning indhentet fra en anden læge i forbindelse med vurderingen og/eller behandlingen af patienten.

§ 7. Lægehjælp ved ulykker skal efter omstændighederne ikke journalføres, hvis der er tale om foreløbig hjælp, f.eks. førstehjælp, hvor den involverede læge henviser til skadestue, vagtlæge eller egen læge, hvis der er behov herfor.

§ 8. Journaloplysninger skal indføres i journalen i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

Stk. 2. Journalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår (navn, dato og om nødvendigt klokkeslæt).

...

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Ansvar mv.

§ 18. Journalføringspligten påhviler den for undersøgelsen, behandlingen mv. ansvarlige læge.

Stk. 2. Den enkelte læge er ansvarlig for sine og en eventuel medhjælps optegnelser i journalen.

§ 19. Efter § 22, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning straffes den læge, der gør sig skyldig i overtrædelse af bekendtgørelsen med bøde.”

Til bekendtgørelsen var der en vejledning, vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers journalføring.

Det fremgik af vejledningens pkt. 3 at journalen har betydning for patientsikkerheden, både diagnostisk, behandlingsmæssigt og plejemæssigt. Det fremgik også af pkt. 3 at journalen er et vigtigt informationsgrundlag for patienten, og at journalen kan have betydning i forbindelse med tilsyn og kontrol af lægers faglige virksomhed og ved behandlingen af sager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Patientforsikringssystemet.

I vejledningens pkt. 4, som vedrørte bekendtgørelsens §§ 4-7, var det bl.a. anført at lægen på baggrund af journalen skal kunne redegøre for hvad der er foretaget af behandling. Det fremgår også at journaler skal være dækkende for hvad der er sket i forbindelse med undersøgelsen og behandlingen af patienten. I pkt. 5 om journalens indhold er det bl.a. anført at det er lægens ansvar at relevante oplysninger er tilgængelige, og at kilden kan identificeres.

Vejledningens pkt. 10 handler om ansvar for journalføringen og henviser til bekendtgørelsens § 8 og § 18. Vejledningens pkt. 10 er formuleret således:

”Det skal med navn fremgå, hvem der er ansvarlig for journalnotatet. Dato og om nødvendigt klokkeslættet for notatet skal anføres.

I almen praksis og i andre mindre enheder vil det være tilstrækkeligt at anvende initialer, når navnet særskilt og entydigt kan identificeres også på et senere tidspunkt.

Ved brug af elektronisk journal kan man anvende digital signatur eller anden form for godkendelse.

Sygeplejeoptegnelser er ikke som sådan omfattet af journalføringspligten, men relevante oplysninger i sygeplejeoptegnelserne vedrørende undersøgelse, behandling, medicinering m.v. skal fremgå af journalen ved overførelse til denne, eller ved at sygeplejeoptegnelserne vedlægges journalen.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Der er intet i lovgivningen, der forhindrer, at det på den enkelte institution eller i den enkelte praksis besluttet, at også andre personalegrupper, der selvstændigt er involveret i patientbehandlingen, kan gøre optegnelser i journalen.

Der er således mulighed for, at læger, sygeplejersker og andre personalegrupper benytter en fælles journal til deres optegnelser.”

1.2. Reglerne om journalføring i lov om autorisation af sundhedspersoner og tilhørende bekendtgørelse

Lov om udøvelse af lægegerning (og andre individuelle autorisationslove) blev ophævet den 1. januar 2007 og erstattet af (en fælles) lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (senest bekendtgjort ved lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17. december 2008).

Kapitel 6 i lov om autorisation af sundhedspersoner handler om patientjournaler. Det fremgår af forarbejderne til lovens kapitel 6 at bestemmelserne i det store og hele svarer til de hidtil gældende bestemmelser på de forskellige autorisationsområder, dog således at man har fastsat regler der forenkler overdragelse af journalerne ved en praksisoverdragelse mv. Bestemmelserne i kapitel 6 i autorisationsloven har følgende ordlyd:

”Kapitel 6
Patientjournaler

Journalføring

§ 21. Læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere og kontaktlinseoptikere skal føre patientjournaler over deres virksomhed. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler herom.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, at andre end de i stk. 1 nævnte grupper af autoriserede sundhedspersoner skal føre patientjournaler, herunder om omfanget af journalføringspligten m.v.

Journalens indhold

§ 22. Patientjournalen skal føres, når der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling m.v. af patienter. Der skal føres en journal for hver patient.

Stk. 2. Patientjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Oplysningerne skal journalføres så snart som muligt efter patientkontakten. Det skal fremgå, hvem der har indført oplysningerne i patientjournalen, og tidspunktet herfor.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om patientjournalens indhold og andre pligter vedrørende journalføring.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Journalføringsmedier

§ 23. Patientjournalen kan føres manuelt eller elektronisk.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om sikkerheden i forbindelse med adgangen til og brugen af patientjournaler og kan herunder opstille krav om, at udenforstående ikke får adgang eller tilgang til journalen.

Rettelse af journaler

§ 24. Oplysninger i patientjournaler må ikke slettes eller gøres ulæselige.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om rettelser i patientjournalen.

Opbevaring og overdragelse af journaler

§ 25. Patientjournalen skal opbevares i mindst 10 år efter den seneste optegnelse i journalen, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Patientjournaler af betydning for en klage-, tilsyns- eller erstatningssag skal opbevares, så længe vedkommende sag verserer.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om, hvem opbevaringspligten påhviler, og kan fastsætte en kortere opbevaringsperiode for nogle grupper af autoriserede sundhedspersoner og for dele af journalen.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fastsætte regler om overdragelse og opbevaring af patientjournaler i forbindelse med, at en anden autoriseret sundhedsperson overtager behandlingen af en patient, eller en autoriseret sundhedsperson ophører med eller overdrager sin virksomhed. Sundhedsstyrelsen kan herunder fastsætte regler, der fraviger de almindelige bestemmelser om indhentelse af patienters samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger."

I bemærkningerne til §§ 21 og 22 var der bl.a. anført (lovforslag 111, Folketingsåret 2005/1):

"Kapitel 6

Bestemmelserne i kapitel 6 omhandler patientjournaler.

Til § 21

Reglerne om journalføring findes i dag i de fleste autorisationslove.

Sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler om lægers, tandlægers, kiropraktorers, sygeplejerskers, jordemødres, fysioterapeuters, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers journalføring.

Sagsbehandlingen i klage- og indberetningssager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og i Sundhedsstyrelsen viser, at journalerne undertiden er mangelfulde og ikke indeholder de oplysninger, som er nødvendi-

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

ge for, at journalen kan fungere som det nødvendige arbejdsredskab i forbindelse med patientbehandlingen.

Patientjournalen skal dokumentere den behandling og pleje, som patienten har modtaget.

Patientjournalen tjener flere formål, idet den både dokumenterer den udførte behandling og pleje, sikrer kontinuitet i behandlingen og plejen, informerer patienten og sikrer udveksling af relevant information mellem fagpersoner, der er involveret i behandlingen og plejen af patienten.

Bestemmelsen i § 21 om autoriserede sundhedspersoners journalføringspligt gælder generelt for de særligt nævnte grupper af sundhedspersoner, det vil sige læger, tandlæger, jordemødre, kliniske tandteknikere, kiropraktorer, optikere, kontaktlinseoptikere, kliniske diætister samt tandplejere. Der er for de nævnte grupper vedkommende tale om virksomhed af en sådan selvstændig karakter, typisk ved arbejde i egen praksis, at det af hensyn til den bedst mulige patientsikkerhed er nødvendigt, at der føres journaler i forbindelse med virksomheden.

Øvrige grupper af autoriserede sundhedspersoner, det vil sige sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fodterapeuter, radiografer, bioanalytikere og bandagister, har ikke nogen særskilt journalføringspligt i medfør af lovgivningen, men Sundhedsstyrelsen har på det sygeplejemæssige område og for fysioterapeuters virksomhed udarbejdet vejledninger om journalføring. Også for andre autoriserede sundhedspersoner vil der kunne være behov for, at Sundhedsstyrelsen udarbejder vejledninger om journalføring.

...

Til § 22

De i forslaget § 21 nævnte autoriserede sundhedspersoner har pligt til at journalføre og dermed dokumentere deres virksomhed, således at patientjournalen kan fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten. Formålet er at skabe det bedst mulige grundlag for den diagnostiske proces og iværksættelsen af den adækvate behandling. **De pågældende sundhedspersoner har således ansvar både for patientbehandlingen og for journalføringen heraf [min fremhævnin].**

Ved en journal forstås ordnede (systematiske) optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, de planlagte og udførte undersøgelser og behandlinger og observationer af patienten, herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Omfattet af journalen er lægeerklæringer og røntgenbilleder og beskrivelser samt resultatet af undersøgelses- og behandlingsforløb, i det omfang de har betydning for diagnose, behandling, observation m.v. Biologiske præparater er ikke som sådan en del af patientjournalen.

Sundhedspersonerne skal efterfølgende på baggrund af journalens oplysninger kunne redegøre for, hvad der er foretaget, dvs. planlagt behandling og pleje, udførelsen heraf, resultaterne og efterfølgende evaluering, når der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling af patienter.

Patientjournalen er et arbejdsredskab. Der skal føres journaler i forbindelse med behandling af patienter inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed. Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient, m.v.

Journalen skal indeholde korrekte og relevante oplysninger om patienten og den konkrete patientkontakt. Journalen skal også indeholde de oplysninger, som er nødvendige for at foretage anmeldelser og opfylde oplysningspligt fastsat i lovgivningen eller i medfør af lovgivningen."

Bekendtgørelsen fra 2003 om lægers pligt til at føre journaler er ophævet, men reglerne er i det væsentligste videreført i bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorers mfl. patientjournaler. § 18 fra 2003-bekendtgørelsen er dog ikke medtaget i den nye bekendtgørelse. Vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers journalføring er ophævet. En del af vejledningens indhold er i stedet indført i den nye bekendtgørelse.

2. Myndighedernes udtalelser om sygehuslægers journalføringspligt

Efter at have gennemgået den konkrete sag bad jeg i brev af 10. februar 2009 myndighederne om supplerende udtalelser om sygehuslægers journalføringspligt generelt. Det skyldtes at jeg ikke mente at Patientklagenævnets retsopfattelse i den konkrete sag svarede til lægens pligter ifølge loven. Jeg henviste til at den lovbestemte journalføringspligt for særlige fagkyndige persongrupper – som f.eks. læger – efter min umiddelbare opfattelse måtte betyde at lægen var direkte (personligt) ansvarlig for journalføringspligten. Selve ansvaret for journalføringspligten kunne efter min opfattelse ikke delegeres. Jeg anførte også at det måtte betyde at lægen nødvendigvis måtte kontrollere at sekretæren havde ført journalen korrekt på lægens vegne (se nærmere om min modifikation af kontrolpligten i hvert enkelt tilfælde, pkt. 4, side 13 ff).

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i nævnets udtalelse af 15. september 2009 bl.a. anført:

"Det er Patientklagenævnets opfattelse, at en læge kan delegere selve den tekniske journalskrivning til en sekretær. Denne delegation adskiller sig principielt ikke fra den delegation, som der sker, når en læge delegerer udførelsen af undersøgelse og behandling til andre faggrupper, herunder også andre faggrupper, end dem som omfattes af nævnets kompetence. Ved vurderingen af, om en læges manglende kontrol af medhjælpens arbejde skal give anledning til en sanktion (kritik), vil nævnet lægge vægt på, hvad der i den konkrete situation må anses for at være i overensstemmelse med normen almindelig anerkendt faglig standard.

Patientklagenævnet kan oplyse, at det efter langvarig og fast praksis i almindelighed ikke kan anses for at være under normen for almindelig anerkendt faglig standard eller i strid med dagældende eller nugældende lovgivning, at en læge ikke kontrollerer, at den skrevne journal er i overensstemmelse med det, som lægen har anvist. Lægen kan således efter nævnets opfattelse i almindelighed gå ud fra, at en faguddannet sekretær indfører lægens diktat eller lignende korrekt i den skrevne journal, og at sekretæren gør lægen opmærksom på eventuelle problemer i forbindelse med renskrivningen. Patientklagenævnet finder derfor i almindelighed ikke grundlag for kritik af en læges journalføring, hvis en sekretær undlader at gøre lægen opmærksom på problemer ved renskrivningen. Det skal imidlertid understreges, at der er tale om en konkret vurdering i det enkelte tilfælde. Hvis der f.eks. i det konkrete tilfælde foreligger omstændigheder, der svækker formodningen for, at sekretæren varetager sine opgaver fagligt korrekt, herunder gør lægen opmærksom på eventuelle problemer i forbindelse med renskrivningen, vil nævnet således kritisere, at lægen ikke har kontrolleret, at journalen er skrevet korrekt. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvis lægen ved, at der erfaringsmæssigt er problemer med at forstå diktaterne.

Den anførte retsopfattelse har været lagt til grund i et betydeligt antal afgørelser og er samstemmende med udtalelser fra sagkyndige konsulenter."

Sundhedsstyrelsen har i sin udtalelse af 18. marts 2010 tilsvarende bl.a. anført:

"Det er lægens pligt og ansvar at føre journal. Hos den praktiserende læge eller hos en praktiserende speciallæge, vil lægen ofte umiddelbart se det skrevne og kontrollere at det er korrekt, hvilket styrelsen også vil forvente.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

For 20 år siden var det praksis at læger signerede deres journalnotater. Det er ikke praksis i dag og Sundhedsstyrelsen stiller ikke krav om at lægen signerer sine journalnotater. Sundhedsstyrelsen er også bekendt med, at det ikke er sædvanlig praksis, at læger på en sygehusafdeling kontrollerer de journalnotater som lægesekretæren skriver. Sundhedsstyrelsen finder det ikke realistisk at stille krav om at alle sygehusjournalnotater bliver kontrolleret af de læger som er ansvarlige for dem.

Det vil altid være den enkelte læge som er ansvarlig for indholdet af journalnotatet. Dog vil der være situationer, hvor den enkelte læge, som er ansvarlig for at opfylde sin journalføringspligt i overensstemmelse med de krav, der er opstillet i bekendtgørelse nr. 1371 af 12. december 2006, ikke selvstændigt kan sætte rammerne for hvorledes den tekniske bistand fungerer. Således vil det ofte være den ledende overlæge, som er ansvarlig for sekretærernes arbejdstilrettelæggelse. Sundhedsstyrelsen har set eksempler på at det ledelsesmæssige ansvar for lægernes tekniske bistand ikke lå på den enkelte afdeling, men centralt i hospitalsadministrationen. På en sygehusafdeling kan den enkelte læge forvente, at den ledende overlæge eller ansvarlige i ledelsen, sikrer at den tekniske bistand fungerer, da instruktionsbeføjelserne er tillagt en anden end lægen selv. Sundhedsstyrelsen finder derfor at det er den ledende overlæges ansvar at sikre at den tekniske bistand (fx sekretærer) fungerer og opstille retningslinjer herfor.

Ud over ovenstående, vil der kunne opstå situationer på sygehuse, hvor dikterede bånd ikke er blevet skrevet eller journaler bortkommer, hvor det ikke vil være den enkelte læge der med rimelighed kan kritiseres for dette. Derimod finder Sundhedsstyrelsen at det er den enkelte læges ansvar at kontrollere, at der ikke bliver lagt et tomt bånd til diktat. Ligeledes er det den enkelte læges ansvar at sikre, at der bliver fulgt op på ordinerede prøver eller prøvesvar.

Med hensyn til ombudsmandens anmodning om oplysning om, hvordan man vil sikre, at reglerne om journalføringspligt forstås og praktiseres korrekt, skal Sundhedsstyrelsen oplyse følgende:

Det er styrelsens opfattelse, at bl.a. sygehuse skal sørge for at oprette patientjournalssystemer, der er organiseret på en måde, der gør det muligt at efterleve lovgivningens krav til sundhedspersonens journalføring. Det er et ledelsesmæssigt ansvar.

For at øge patientsikkerheden i patientbehandlingen skal de enkelte sygehusafdelinger og lignende enheder inden for sundhedsvæsenets også udforme klare instrukser for bl.a. ansvarsfordelingen for arbejdets udfø-

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

relse, herunder vedrørende journalføringspligten og den tekniske hjælp i forbindelse hermed. Det vil typisk være den ledende overlæges ansvar.

Sundhedsstyrelsen vil – i forbindelse med en forestående (indeværende år) revision af bekendtgørelse nr. 1373/2006 om en række autoriserede sundhedspersoners patientjournaler – tydeliggøre det ledelsesmæssige ansvar i forbindelse med anvendelse af teknisk bistand til journalføring.

Herudover vil styrelsen med sin kommende vejledning om opfølgning på prøvesvar gøre ansvar for journalføring og opfølgning på disse klart.”

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anfører i brev af 5. maj 2010 at ministeriet kan tilslutte sig Sundhedsstyrelsens opfattelse. Dernæst anføres det:

”Ministeriet er således enig i, at den enkelte er ansvarlig for indholdet af hver enkelt optegnelse i patientjournalen, herunder at sikre sig, at der ikke bliver lagt et tomt bånd til diktat. Ministeriet er endvidere enig i, at det er den ledende overlæge, som – i de hyppigt forekommende tilfælde, hvor den enkelte læge ikke selvstændigt kan sætte rammerne for den tekniske bistand, herunder forestå sekretærernes arbejdstilrettelæggelse – i kraft af sin instruktionsbeføjelse er ansvarlig for at sikre, at den tekniske bistand fungerer.”

3. Møde med sundhedsmyndighederne

Den 10. september 2010 havde jeg indbudt repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til en drøftelse af den generelle problemstilling.

Jeg tilkendegav på dette møde at Patientklagenævnets generelle praksis om lægens manglende ansvar for fejl i journalføringen efter min opfattelse var retligt problematisk. Ifølge autorisationsloven er journalføringen lægens ansvar, og loven fritager ikke lægen for ansvar hvis han benytter sekretær eller tekniske hjælpemidler. Loven differentierer heller ikke ansvaret afhængigt af om lægen er ansat på et sygehus, eller vedkommende er praktiserende læge eller speciallæge. Indtil loven eventuelt bliver ændret, må praksis tilpasses loven.

Repræsentanterne fra sundhedsmyndighederne tilkendegav at de kunne se problemet, men samtidig ville det også være meget tungt hvis man skulle gennemføre et system hvor sygehuslægen skulle kontrollere og signere hver enkelt journal.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Jeg tilkendegav forståelse herfor. Jeg anførte også at det vigtige – i relation til at kunne gøre lægen ansvarlig – må være at sikre at lægen løbende har mulighed for kontrol, sådan at man kan holde lægen ansvarlig for det der rent faktisk fremgår af journalen, uanset om lægen i hvert enkelt tilfælde har valgt at kontrollere sekretærens arbejde eller ej.

Repræsentanterne fra sundhedsmyndighederne fremførte flere forhold der fremover forventes at føre til bedre journalføring:

- Fra den 1. januar 2011 bliver der indført et nyt klagesystem hvor der bl.a. bliver oprettet et Patientombud. Patienterne kan bl.a. klage til Patientombuddet over et forløb, dvs. også journalføringen. Patientombuddet får mulighed for at rette en myndighedskritik mod et sygehus, og det er så op til sygehuset om de vil kritisere enkelte ansatte.
- Man er ved at indføre et generelt akkrediteringssystem for sygehuse, og nogle sygehuse er allerede startet på processen. Projektet skal være afsluttet i 2012. For at blive akkrediteret skal sygehuset opfylde visse kvalitetsmål, også i journalføringen. Sygehuset skal bl.a. have udfærdiget retningslinjer for hvem der må føre journalen, hvor hurtigt ændringer skal tilføjes, og hvem der har adgang til at foretage rettelser. Det er et akkrediteringsnævn som tager stilling til om sygehuset skal akkrediteres.
- Den elektroniske patientjournal, som er indført pr. 1. januar 2010, giver patienterne mulighed for selv at kontrollere deres sygehusjournaler.
- På visse sygehuse har man anskaffet diktafoner med et talegenkendelsesprogram sådan at lægen kan få vist den tekst der indføres i journalen, på et display samtidigt med at han eller hun dikterer.

Jeg tilkendegav at der, så vidt jeg forstod, var tale om processer som kan være med til at sikre at journalføringen bliver bedre, men at journalføringen er en retlig forpligtelse, og at myndighederne derfor også ved retlige midler må sikre at denne forpligtelse opfyldes.

Jeg foreslog derfor at det ud over de forhold som sundhedsmyndighederne havde fremhævet, også skal præciseres at hospitalerne skal organisere sig sådan at lægen skal have mulighed for at gøre sig bekendt med journaltilførslerne. Som en mulig praktisk fremgangsmåde nævnte jeg at lægesekretæren straks skal sende en e-mail med en kopi af det skrevne journalnotat til den ansvarlige læge. Det vil samtidig betyde at Patientklagenævnet (senere Disciplinærnævnet) får grundlag for at holde lægen ansvarlig for en mangelfuld journal, også uanset om lægen konkret har valgt at kontrollere hvad lægesekretæren har indført i journalen.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Repræsentanterne for sundhedsmyndighederne tilkendegav at lægerne allerede i dag har fri adgang til at gøre sig bekendt med hvad der er tilført journalen. Man var helt indstillet på at innskærpe journalføringspligten i forhold til sygehusene. Man anerkendte at den skitserede ordning med afsendelse af e-mails med kopier af de skrevne journalnotater fra enhver lægesekretær til de ansvarlige sygehuslæger i forlængelse af hver eneste af disse daglige patientkontakter juridisk og teknisk set var en løsningsmulighed, men stillede sig umiddelbart tvivlende over for hensigtsmæssigheden af at pålægge sygehusene en ny administrativ rutine af et sådant omfang.

4. Ombudsmandens vurdering af myndighedernes praksis

4.1. Sygehuslægers ansvar for journalføringspligten

Lægernes ansvar for journalføringspligten fremgik direkte af den tidligere bekendtgørelses (bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003) § 18, stk. 2, der uddybede lægelovens § 13 om lægers journalføring. Det anførtes således i bekendtgørelsens § 18, stk. 2, at "[d]en enkelte læge er ansvarlig for sine og en eventuel medhjælps optegnelser i journalen".

I dag er lægelovens § 13 og bekendtgørelsen ophævet og erstattet af lov om autorisation af sundhedspersoner med tilhørende bekendtgørelse. Bestemmelserne om journalføringspligt fremgår nu mere detaljeret af selve loven – autorisationslovens kapitel 6. Der er ikke nogen bestemmelse der direkte handler om lægens ansvar, men det fremgår af lovens forarbejder at der i det væsentligste er tale om en videreførelse af journalføringsreglerne inden for de forskellige faggrupper. Det fremgår derudover af de specielle bemærkninger til lovens § 22 at de i § 21 nævnte autoriserede sundhedspersoner har pligt til at journalføre og dermed dokumentere deres virksomhed. Det anføres i den sammenhæng at "[d]e pågældende sundhedspersoner har således ansvar både for patientbehandlingen og for journalføringen heraf".

Autorisationslovens § 21 der bl.a. opregner at læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre mv., skal føre patientjournaler, sonderer ikke mellem hvor de pågældende sundhedspersoner er ansat. Lægers journalføringspligt – og ansvar – er altså ikke differentieret i loven afhængigt af om lægen er ansat på et sygehus, eller om der f.eks. er tale om en praktiserende læge.

Læger – herunder sygehuslæger – har således en lovbestemt journalføringspligt der også indebærer at lægerne har ansvaret for lægejournalerne.

Jeg forstår at Patientklagenævnet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enige heri.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

4.2. Kan ansvaret delegeres til lægesekretæren eller ledelsen af sygehuset?

Patientklagenævnet har i udtalelsen af 15. september 2009 redegjort for at en læge kan delegerer den tekniske journalføring til lægesekretæren, og at det principielt ikke adskiller sig fra den delegation der sker når lægen delegerer udførelsen af en undersøgelse eller behandling til en anden faggruppe.

Sundhedsstyrelsen har i udtalelsen af 18. marts 2010 anført at lægesekretærens funktioner alene er teknisk bistand, og at sekretæren derfor ikke kan anses for lægens medhjælp. Sundhedsstyrelsen anfører samtidig at den enkelte læge typisk ikke har instruktionsbeføjelse over for lægesekretærene. Det er i stedet ledelsen, eventuelt den ledende overlæge, der er ansvarlig for lægesekretærenes arbejde.

Den situation som Patientklagenævnet sammenligner med – altså hvor lægen har delegeret selve undersøgelsen eller behandlingen til en medhjælp – er, så vidt jeg forstår, reguleret i bekendtgørelserne om journalføringspligt. Jeg henviser til § 4, stk. 2, og § 18, stk. 2, i den tidligere 2003-bekendtgørelse til lægeloven og til § 2, stk. 2, i den nugældende 2006-bekendtgørelse til autorisationsloven. Den nugældende bekendtgørelses § 2, stk. 2, er formuleret således:

"Det påhviler de i stk. 1 nævnte sundhedspersoner, som benytter medhjælp ved udøvelsen af virksomheden, at drage omsorg for at behandling, der på den pågældende sundhedspersons ansvar udføres af medhjælpen, bliver journalført."

Det fremgår altså af bestemmelsen at det påhviler den læge der benytter medhjælp, at drage omsorg for at medhjælps undersøgelser mv. journalføres. Det vil sige at lægen ikke ved at benytte medhjælp kan delegerer journalføringspligten til medhjælpen; lægen skal fortsat drage omsorg for at medhjælpen journalfører de foretagne undersøgelser.

Når lægen end ikke kan delegerer ansvaret for journalføringen til medhjælpen der på lægens vegne behandler patienten, kan lægen efter min opfattelse så meget desto mindre delegerer ansvaret for journalføringen til en tredje person (lægesekretæren).

Ved vurderingen af om lægen kan delegerer ansvaret for journalføringen, mener jeg også at man må lægge vægt på at der er tale om en lovbestemt journalføringspligt for bestemte grupper af autoriserede sundhedspersoner (bl.a. læger), og at deres journalføringspligt hænger nøje sammen med den faglige virksomhed som de udfører. Det som lægernes journalføringspligt angår, er lægernes sundhedsfaglige behandling af patienten. Det er oplagt at en læge ikke kan delegerer ansvaret for at udføre lægens sundhedsfaglige behandling

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

af en patient til en lægesekretær eller til sygehusets ledelse, men af de samme grunde kan lægen heller ikke delegere ansvaret for at journalføre oplysningerne om den foretagne behandling til lægesekretæren eller ledelsen. Heller ikke selv om lægesekretæren eller en repræsentant for ledelsen måtte have overværet lægens behandling af patienten, idet det netop er lægens iagttagelser og lægens overvejelser i forbindelse med behandlingen der er omfattet af lægens lovbestemte journalføringspligt.

Jeg mener også at man må lægge vægt på at journalføringen ikke blot er en ordensforskrift, men et vigtigt arbejdsredskab for at kunne give patienterne en god og sikker behandling, og derudover også et vigtigt fagligt grundlag for senere at kunne informere og dokumentere hvad der er foregået. Det er bl.a. meningen – som det også fremgår af bekendtgørelsens § 7 – at lægen på baggrund af patientjournalen skal kunne redegøre for hvad der er foretaget, dvs. planlagt behandling, udførelsen heraf, resultaterne og efterfølgende evaluering. Hvis journaltilførslerne helt mangler eller er mangelfulde, kan det selvsagt ikke lade sig gøre.

Endelig mener jeg ikke at sygehusledelsens overordnede ansvar for sygehusets drift og personaleadministration kan erstatte eller fritage den enkelte læge for det lovbestemte ansvar for den konkrete lægejournal. Jeg henviser til det ovenfor anførte om at ansvaret for journalføringen netop hænger sammen med at ansvaret påhviler den person der også har ansvaret for den behandling der skal journalføres. Ledelsens overordnede ansvar for driften og personaleadministrationen på et sygehus er imidlertid en vigtig forudsætning for at skabe rammerne for at medarbejderne kan udføre deres arbejde, og leve op til det ansvar de har i medfør af loven. Det har jeg omtalt nedenfor i underafsnittet om sygehusenes medvirken til lægernes opfyldelse af journalføringspligten.

På den baggrund er det min opfattelse at en læge, herunder en sygehuslæge, ikke kan delegere det lovbestemte ansvar for journalføringspligten til andre, f.eks. en lægesekretær eller sygehusledelsen. Den omstændighed at ledelsen har det overordnede ansvar for sygehusets drift, suspenderer heller ikke lægernes ansvar i forhold til den konkrete lægejournal.

Det at lægen ikke kan delegere ansvaret for journalføringen til en lægesekretær, er naturligvis ikke til hinder for at lægen benytter sekretærbistand til at føre journalen. Det betyder blot at lægen er ansvarlig for journalføringen uanset om lægen gør brug af sekretærbistand.

4.3. Ophæver det ansvaret at lægen ikke kontrollerer lægesekretæren?

I min supplerende høring af 10. februar 2009 havde jeg koblet spørgsmålet om lægens ansvar og lægens kontrolpligt sammen. Jeg skrev således at hvis

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

lægen var ansvarlig for journaltilførslen, måtte lægen nødvendigvis kontrollere hvad lægesekretæren foretog sig på lægens vegne.

Sundhedsstyrelsen har i sin supplerende udtalelse af 18. marts 2010 oplyst at det er 20 år siden at man gik bort fra den praksis at sygehuslægerne skulle kontrollere og signere hvert enkelt journalnotat. Det er også oplyst at det vil være for tungt og urealistisk at indføre et sådant system igen på sygehusene.

Jeg mener ikke at jeg har retligt belæg for at fastholde det anførte i min supplerende høring af 10. februar 2009 om at det nødvendigvis følger af ansvaret for journalføringspligten at lægen (i hvert enkelt tilfælde) skal kontrollere indholdet af de journaltilførsler lægesekretæren har foretaget. Jeg har også forstået at det heller ikke i alle tilfælde vil være ønskeligt for patientsikkerheden at genindføre en sådan fast rutine. Jeg henviser til at selv om det i forhold til den enkelte patient som journalen handler om, vil være ønskeligt at lægen kontrollerer alle lægesekretærens journaltilførsler, kan det efter omstændighederne være så tidskrævende og tungt et system at genindføre at det i andre relationer kan være til skade for patientsikkerheden generelt set, f.eks. ved at øge ventetiden på behandling.

Samtidig må jeg understrege at man omvendt ikke kan konkludere at når fuld kontrol ikke er en nødvendig retlig følge af ansvaret, er der heller ikke noget ansvar for journalføringspligten. En ophævelse af det lovbestemte ansvar for sygehuslæger vil kræve en ændring af autorisationsloven.

Selv om fuld kontrol ikke er en nødvendig følge af ansvaret, mener jeg – som det fremgår nedenfor – at det er vigtigt at lægerne har optimale muligheder for at kunne vælge at kontrollere de journaltilførsler lægesekretærene har foretaget.

4.4. Hvordan kan sygehusene medvirke til at lægerne bedre kan opfylde deres lovbestemte ansvar for journalføringspligten?

Det er ledelsen af sygehusene der har det overordnede ansvar for sygehusets drift, herunder personaleansvaret. Sundhedsstyrelsen har i udtalelsen af 18. marts 2010 til mig anført at det ofte vil være den ledende overlæge der er ansvarlig for lægesekretærernes arbejdstilrettelæggelse, og at der også er set eksempler på at det ledelsesmæssige ansvar for lægesekretærene end ikke ligger hos den enkelte afdelings ledende overlæge, men er samlet centralt i hospitalsadministrationen. Den enkelte læge har således ikke mulighed for at sætte rammerne for lægesekretærernes bistand, men må kunne forvente at ledelsen sørger for at tekniske virkemidler, herunder lægesekretariatet, fungerer, og at arbejdet bliver udført korrekt.

Sundhedsmyndighederne har oplyst at den enkelte sygehuslæge i dag har mulighed for at kontrollere lægesekretærernes arbejde, men at det som anført

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

tidligere ikke forventes at de gør det. Jeg går ud fra at det bl.a. skyldes at det ofte er tidskrævende og relativt vanskeligt for lægen at finde frem til journaltilførslerne. Jeg foreslog derfor på mødet med sundhedsmyndighederne at der f.eks. blev indført en ordning hvorefter lægesekretærene i forlængelse af hver enkelt tilføjelse til journalen straks skulle sende en e-mail til den pågældende ansvarlige læges mailboks med et link til journaltilførslen.

Sundhedsmyndighederne erklærede sig på mødet indstillet på at indskærpe journalføringspligten over for sygehusene, men samtidig stillede de sig tvivlende over for hensigtsmæssigheden af at pålægge sygehusene (lægesekretærene) en ny administrativ rutine af et sådant omfang. Sundhedsmyndighederne oplyste også at man på visse sygehuse har anskaffet diktafoner med et talegenkendelsesprogram, sådan at lægen umiddelbart får vist den tekst der indføres i journalen på et display samtidigt med at lægen dikterer.

I det omfang lægerne benytter sig af øgede eller nye muligheder for at føre journalerne selv, enten direkte på computeren eller via en diktafon med et velfungerende talegenkendelsesprogram, opstår problematikken med lægesekretærens rolle i journalføringen slet ikke. Jeg henviser til at jeg har forstået at Patientklagenævnets praksis med normalt at fritage lægerne for ansvar for journalføringen udelukkende gælder læger ansat på sygehuse og udelukkende i de tilfælde hvor lægen bruger en lægesekretær (eller et lægesekretariat) til at føre journalen.

I det omfang lægen på et sygehus kan vælge at bruge en lægesekretær til at føre journalen, er det efter min opfattelse vigtigt at lægerne og sygehusene er opmærksomme på at lægejournalen er lægens ansvar, uanset om lægen fører den selv eller bruger en lægesekretær, og uanset om lægen har kontrolleret journaltilførslerne i det enkelte tilfælde. Jeg har, som det fremgår nedenfor, henstillet til myndighederne at udsende information om dette.

Jeg vil også henstille til Patientklagenævnet – og sundhedsmyndighederne – at opfordre sygehusene til at sørge for at lægerne til stadighed har optimale muligheder for at kunne vælge at kontrollere de journaltilførsler som lægesekretærene har udført på lægens vegne. Det bør således efter min opfattelse være op til den enkelte læge i hvilket omfang vedkommende vil kontrollere journaltilførslerne, idet det er lægens ansvar at de er i orden.

5. Konklusion og henstilling

Jeg mener det er kritisabelt at Patientklagenævnet i mange år har haft en praksis der er i strid med lægernes lovbestemte journalføringspligt og ansvar herfor.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt

Jeg henstiller derfor til Patientklagenævnet snarest at indrette praksis efter den nugældende lovgivning. Det vil sige at lægerne holdes ansvarlige for eventuelle mangelfulde lægejournaler, uanset om lægen er ansat på et sygehus, uanset om lægen har haft en lægesekretær til at føre journalen for sig, og uanset om lægen konkret har kontrolleret lægesekretærens arbejde eller ej.

Ved konstatering af fejl eller mangler ved journalføringen må Patientklagenævnet som minimum meddele den pågældende læge at vedkommende efter loven er ansvarlig herfor, uanset om sundhedspersonen kan siges at have udvist adfærd som er i strid med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Efter omstændighederne kan Patientklagenævnet således undlade at ledsage konstateringen af en ulovlighed med kritik. Med hensyn til Patientklagenævnets forskellige reaktionsmuligheder henviser jeg til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 3 (lovbekendtgørelse nr. 24 af 21. januar 2009) og § 15 i nævnets forretningsorden (bekendtgørelse nr. 885 af 4. november 2003 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn) og til sagen i Folketingets Ombudsmands beretning for 2010 4-2.

Jeg henstiller samtidig til Patientklagenævnet, i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, at informere lægerne og sygehusene om den ændrede praksis og at indskærpe reglerne om lægernes journalføringspligt og ansvaret herfor.

Jeg henstiller desuden til Patientklagenævnet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet at opfordre sygehusene til at medvirke til at lægerne til stadighed har optimale muligheder for at kunne vælge at kontrollere de af lægesekretærene udførte journaltilførsler.

Da journalføringspligten er central for behandlingen af patienter, og da Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 20 år har accepteret en praksis for læger ansat på sygehuse som er i strid med loven, har jeg besluttet at underrette Folketingets Retsudvalg og Folketingets Sundhedsudvalg om sagen. Jeg henviser til ombudsmandslovens § 24 hvorefter ombudsmanden ved fejl eller forsømmelser af større betydning skal give meddelelse om sagen til Folketingets Retsudvalg og til vedkommende minister. En yderligere grund til at underrette Folketinget er tillige at sagen også rejser et lovgivningspolitisk spørgsmål. Hvis den eksisterende administrative praksis skal lovliggøres, kræver det således at den lovbestemte journalføringspligt for læger på sygehuse lempes.



Hans Gammeltoft-Hansen
Folketingets Ombudsmand



Den konkrete klagesag

ENDELIG

J nr. 2008-2276-420



Patientklagenævnets konkrete afgørelse

Den konkrete sag ved Patientklagenævnet drejer sig om [redacted] klage over den behandling hun fik af overlæge [redacted] i forbindelse med en operation for tarsaltunnelsyndrom den 4. januar 2006. Hun gjorde bl.a. gældende at det var en fejl at hun var opereret for tarsaltunnelsyndrom. Hun gjorde gældende at hun havde smerter på fodryggen der betød at hun i stedet skulle have været (re)opereret for forreste tarsaltunnelsyndrom.

26 OKT. 2010

J.nr. 2008-2276-420/EL

Dok.nr. 58

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge [redacted] for hans behandling af [redacted] perioden fra den 21. november 2005 til den 4. januar 2006. Nævnet lagde bl.a. vægt på at overlæge [redacted] i forbindelse med klagen oplyste at han ved en ekstra konsultation – der ikke fremgik af journalen – havde undersøgt [redacted] og fundet smerter forenelige med en operation for tarsaltunnelsyndrom. Nævnet lagde ved afgørelsen også vægt på at overlægen havde oplyst at han under operationen den 4. januar 2006 netop havde fundet tegn på tarsaltunnelsyndrom. Det fremgik ikke af lægejournalen for operationen der delvist var erstattet med prikker.

Patientklagenævnet oplyste i forbindelse med min undersøgelse af den konkrete sag at nævnet i mange år havde haft den praksis at en sygehuslæge som udgangspunkt ikke er ansvarlig for mangelfulde lægejournaler hvis lægen bruger en lægesekretær til at føre journalen. Jeg har udskilt min undersøgelse og redegørelse om nævnets generelle praksis for sygehuslægers journalføringspligt til en særskilt redegørelse. Jeg henviser til den endelige redegørelse om *Den generelle del om sygehuslægers journalføringspligt* der afsluttes samtidigt med redegørelsen om den konkrete sag.

Jeg mener at Patientklagenævnets behandling af den konkrete sag er kritisabel. Det skyldes at det efter min opfattelse er beklageligt at det er uklart hvilket klagetema nævnet har behandlet, at det er beklageligt at hændelsesforløbet i afgørelsen af 27. november 2007 ikke er beskrevet korrekt, at det er beklageligt at nævnet har angivet perioden for den ekstra konsultation forkert, at det er beklageligt at nævnet vurderer at der ikke er oplysninger i sagen der støtter [redacted] forklaring frem for [redacted] forklaring, og at det er yderst beklageligt at nævnet i strid med sagsoplysningsprincippet har lagt til grund at nævnet ikke har mulighed for at oplyse sagen på en anden måde end ved journalnotater og lægens medvirken.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Jeg har derfor henstillet til nævnet at genoptage sagen.

Jeg har bedt om underretning om resultatet af nævnets nye afgørelse. Jeg har bagest i redegørelsen indsat en sagsfremstilling af den konkrete sag og myndighedernes udtalelser herom.

Ombudsmandens udtalelse

1. Forreste tarsaltunnelsyndrom og tarsaltunnelsyndrom

klage drejer sig bl.a. om at hun mener at hun den 4. januar 2006 skulle have været opereret for forreste tarsaltunnelsyndrom, og ikke tarsaltunnelsyndrom som hun rent faktisk blev. Jeg forstår på klage til mig at forreste tarsaltunnelsyndrom drejer sig om afklemning af nerven peroneus, og det giver især smerter på fodryggen. Tarsaltunnelsyndrom drejer sig derimod om afklemning af nerven tibialis.

Under sagens behandling og afgørelse af 27. november 2007 sonderer Patientklagenævnet imidlertid tilsyneladende ikke mellem tarsaltunnelsyndrom og forreste tarsaltunnelsyndrom. Jeg har derfor vanskeligt ved at forstå nævnets afgørelse, herunder hvilket klagetema nævnet har taget stilling til.

Jeg henviser bl.a. til at nævnet i beskrivelsen af hændelsesforløbet i afgørelsen af 27. november 2007 har medtaget perioden tilbage til operationen den 21. september 2005 som også blev udført af . I begrundelsen for afgørelsen om at ved operationen den 4. januar 2006 har handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, henviser nævnet til udtalelse hvor han bl.a. oplyser at han foreslog en "reoperation" af den 4. januar 2006.

Men operationen den 4. januar 2006 var ikke en reoperation i forhold til den operation foretog den 21. september 2005 hvis man ellers anerkender sondringen mellem forreste tarsaltunnelsyndrom (afklemning af nerven peroneus) og tarsaltunnelsyndrom (afklemning af nerven tibialis).

bruger ikke navnet forreste tarsaltunnelsyndrom i journalen, men det fremgår af journalnotatet fra operationen den 21. september 2005 at operationen den 21. september 2005 drejede sig om at frilægge "nervus peronæus ved caput fibula og ved fodleddets region". Og det fremgår også at lægen fandt nerven "peronæus superficialis i klemme, den er uden perineuralt fedt og er fuldstændig trykket flad".

Den 21. september 2005 blev således opereret for forreste tarsal-

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

tunnelsyndrom, altså med henblik på at frilægge nerven peroneus, og det var netop den operation at hun mente at hun skulle have været reopereret for den 4. januar 2006. Men i stedet opererede [redacted] med henblik på at frilægge nerven tibialis, dvs. en operation for tarsaltunnelsyndrom. Operationen hjalp ikke på [redacted] smerter ved fodryggen. Jeg har også forstået at det var fordi [redacted] opererede en anden nerve (tibialis) at [redacted] klagen til Patientklagenævnet gjorde gældende at han burde have foretaget en forundersøgelse – en måling af nerveledningshastigheden i den – for en sådan undersøgelse kunne have vist at det ikke var nerven tiabilis der var fastklemt.

Jeg er opmærksom på at [redacted] blev opereret for tarsaltunnelsyndrom den 26. juli 2004 af en helt anden læge og på et andet sygehus. Denne operation er ikke nævnt i Patientklagenævnets afgørelse af 27. november 2007. Den eneste anden operation der er nævnt, er operationen den 21. september 2005 hvorfor en "reoperation" ikke naturligt kan forstås som en henvisning til operationen i 2004. Jeg er samtidig også opmærksom på at de to operationer har en vis sammenhæng. I hvert fald medførte operationen med henblik på at frilægge nerven tibialis, ifølge [redacted] læsion på nerven peroneus.

Jeg mener at det er beklageligt at det i afgørelsen af 27. november 2007 er uklart hvilket klagetema Patientklagenævnet har behandlet. Hvis Patientklagenævnet ikke mener at der er forskel på en operation for henholdsvis forreste tarsaltunnelsyndrom og tarsaltunnelsyndrom, burde nævnet efter min opfattelse have forklaret det i afgørelsen. Hvis nævnet mener at der er forskel på de to operationer (nerver), kan afgørelsen læses sådan at nævnet har overset klagetemaet om at [redacted] den 4. januar 2006 blev opereret for noget forkert.

2. Konsultationen den 21. november 2005

I forslag til afgørelser af 10. april 2007, 26. september 2007 og i selve afgørelsen af 27. november 2007, har Patientklagenævnet anført om hændelsesforløbet at konsultationen den 21. november 2005 foregik som det fremgik af journalnotatet. Det vil sige at der blev aftalt en ny kontrolltid tre måneder senere fordi man lige skulle se tiden an.

Det er imidlertid ikke korrekt. Jeg henviser til [redacted] brev af 19. december 2005 og overlæge [redacted] brev af 22. december 2005. [redacted] bekræfter i brev af 22. december 2005 at der er sket en misforståelse. Der blev ikke aftalt en ny kontrolltid, men i stedet en operation.

[redacted] sendte korrespondancen med [redacted] til Patientklagenævnet allerede i forbindelse med modtagelsen af det første forslag til afgø-

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

relse (10. april 2007).

Nævnet har i udtalelsen af 28. august 2009 bekræftet at korrespondancen er indgået i nævnets akter. Nævnet anfører bl.a.:

"(...) at det er nævnets opfattelse at overlæge [redacted] giver udtryk for, at der er sket en misforståelse. Han anfører, at han og [redacted] var enige om at der skulle foretages en operation, og at han derved forstod inden for nogle måneder. Han var nu opmærksom på, at hun havde fået en tid til en operation efter udlandsrejsen.

Nævnet finder ikke, at det af [redacted] brev af 22. december 2005 kan udledes, at [redacted] skulle opereres den 4. januar 2006 uden yderligere forundersøgelser. Der må altså have været yderligere kommunikation mellem Gentofte Hospital (overlæge [redacted]) og [redacted] vedr. f.eks. oplysning om tidspunkt for [redacted] rejse, indkaldelse til evt. yderligere undersøgelse og operation."

Men til trods for at nævnet altså bekræfter at have modtaget korrespondancen, at den har indgået i nævnets behandling af sagen, og at nævnet opfatter overlægens brev sådan at han bekræfter at der er sket en misforståelse (ved notatet af 21. november 2005), fremstiller Patientklagenævnet hændelsesforløbet og afgørelsen i brev af 27. november 2007 sådan at konsultationen foregik således som det fremgik af (det misforståede) journalnotat af 21. november 2005, dvs. at der blev aftalt en ny kontroltid tre måneder senere.

Det er beklageligt at hændelsesforløbet ikke er beskrevet korrekt i afgørelsen af 27. november 2007. Det giver indtryk af at Patientklagenævnet har truffet afgørelse på grundlag af det forkerte hændelsesforløb.

3. Den ekstra konsultation der ikke fremgår af journalen

Nævnet anfører i begrundelserne for afgørelserne (forslag til afgørelse af 26. september 2007 og afgørelse af 27. november 2007) at der har fundet en ekstra konsultation sted i perioden mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006.

Periodeangivelsen er forkert. En eventuel ekstra konsultation må have fundet sted i perioden fra lægens afsendelse af brevet den 22. december 2005 til den 4. januar 2006. Jeg henviser bl.a. til nævnets egen udtalelse af 28. august 2009 til mig hvor jeg ovenfor har citeret hvordan nævnet selv forstår lægens brev af 22. december 2005. Altså at der *efter* brevet af 22. december 2005 må have været yderligere korrespondance om f.eks. tidspunktet for [redacted] rejse, indkaldelse til yderligere undersøgelse og operationen. Den

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

forkerte periodeangivelse er i sig selv beklagelig.

Patientklagenævnet anfører dernæst at nævnet ved breve af 26. april, 24. maj og 5. juli 2007 forgæves har anmodet overlæge [redacted] om at dokumentere at der fandt en konsultation sted mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006. Nævnet konkluderer derefter at der – når [redacted] ikke har frembragt dokumentation – ikke er yderligere oplysninger i sagen der kan understøtte [redacted] forklaring (om en ekstra konsultation) frem for [redacted] forklaring om at hun ikke var været til en ekstra konsultation. Patientklagenævnet anfører også at nævnet ikke har mulighed for at få sagen yderligere belyst da der ikke er yderligere journalmateriale vedrørende patientens behandling. Derfor frifindes [redacted]

Nævnets forkerte periodeangivelse bliver bl.a. brugt af nævnet i vurderingen af om der er noget i sagen der støtter [redacted] forklaring frem for [redacted] forklaring. Jeg er ikke enig med nævnet i at der ikke er mere der støtter [redacted] forklaring frem for [redacted] forklaring om en ekstra konsultation. Jeg mener at perioden for den ekstra konsultation (juleferien) er vigtig, men ikke det eneste punkt der støtter [redacted] forklaring i sagen. Faktisk er der efter min opfattelse ikke noget i sagen der støtter [redacted]

Det der støtter [redacted] forklaring – om at der ikke har været en ekstra konsultation i perioden fra den 22. december 2005 til den 4. januar 2006 – er efter min opfattelse:

- Der fremgår ikke noget af journalen om en ekstra konsultation.
- [redacted] har på trods af Patientklagenævnets gentagne opfordringer ikke fremsendt dokumentation for en sådan ekstra konsultation.
- En ekstra konsultation harmonerer ikke med at [redacted] i brev af 22. december 2005 bekræftede at det var en misforståelse at [redacted] var indkaldt til en ny konsultation (den 16. februar 2006).
- Selv hvis [redacted] fortrød sit brev af 22. december 2005 og alligevel ville have [redacted] til en ekstra konsultation, er det vanskeligt at forestille sig at han/sygehuset kunne nå at indkalde OG afholde konsultationen i perioden fra den 22. december 2005 og frem til den 4. januar 2006. Det ville i så fald også have været nærliggende at den ekstra konsultation var blevet den 16. februar 2006 (den tid hun ved en fejl havde fået).

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

- En sådan ekstra konsultation skulle være arrangeret og afholdt i en periode hvor mange holder juleferie, og hvor [redacted] tilsyneladende, jf. [redacted] brev af 22. december 2005, var ude at rejse og allerede have fået tid til operation så snart hun kom hjem.

Jeg mener at det er beklageligt at nævnet har vurderet at der ikke er oplysninger i sagen der støtter [redacted] forklaring frem for [redacted] forklaring.

Patientklagenævnet anførte i afgørelsen af 27. november 2007 at nævnet ikke havde mulighed for at få sagen yderligere belyst da der ikke fandtes yderligere journalmateriale vedrørende patientens behandling. I udtalelsen af 28. august 2009 til mig anførte nævnet at der må have været yderligere kommunikation mellem Gentofte Hospital ([redacted]) og [redacted] f.eks. oplysning om tidspunktet for [redacted] rejse, indkaldelsen til yderligere undersøgelser og operationen. Nævnet anførte i samme udtalelse at når en sag giver anledning til det, kan nævnet indhente supplerende oplysninger fra andre end den indklagede. Efter nævnets opfattelse havde nævnet ikke anledning til at indhente yderligere oplysninger fordi der ikke var udsigt til at få afklaret tvivlen, og fordi klagen ikke vedrørte journalføringen.

Det er forkert når nævnet i afgørelsen af 27. november 2007 skriver at nævnet ikke kan oplyse sagen yderligere når journalmaterialet om sagen mangler. Nævnet har som anført i udtalelsen til mig pligt til at oplyse sagen, ikke mindst når journalmaterialet er mangelfuldt, og lægen nægter at medvirke. Det følger af sagsoplysningsprincippet, sådan som nævnet også vejleder om på sin hjemmeside.

Der må – som nævnet selv anfører i udtalelsen af 28. august 2009 til mig – hvis [redacted] forklaring om den ekstra konsultation er sand, have fundet yderligere kommunikation sted, såsom indkaldelse til den ekstra konsultation og oplysninger om [redacted] ferie. Patientklagenævnet har mulighed for f.eks. at undersøge Gentofte Hospitals oplysninger. Nævnet vil således kunne undersøge om der overhovedet var konsultationer på hospitalet i juleferien 2005/2006, om der opbevares lister over hvilke konsultationer der eventuelt fandt sted, om læge [redacted] var på arbejde i juleferien, om medarbejderen hvis initialer der stod på [redacted] brev af 22. december 2005 (bl) kan huske noget, eller om andre kan huske noget. Nævnet har også mulighed for at bede [redacted] om oplysninger og dokumentation.

Jeg mener at det er yderst beklageligt at nævnet i strid med sagsoplysningsprincippet har lagt til grund at nævnet ikke har mulighed for at få sagen oplyst på anden måde end ved journalnotater og lægens medvirken.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

4. Journalnotaterne i sagen

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge [redacted] for hans journalføring af behandlingen af [redacted] i perioden den 21. november 2005 til den 4. januar 2006.

Dette til trods for at journalen utvivlsomt var mangelfuld. Jeg henviser bl.a. til at journalnotatet fra konsultationen den 21. november 2005 beroede på en misforståelse, at [redacted] (berigtigelses)brev af 22. december 2005 ikke fremgik af journalen, at den påståede ekstra konsultation ikke fremgik af journalen, og at dele af notatet for operationen den 4. januar 2006 var erstattet med prikker.

Jeg har forstået at nævnet er enig i at journalen var mangelfuld. Jeg henviser til udtalelsen af 28. august 2009 hvor det anføres at det er nævnets vurdering af journalen ikke er ført i overensstemmelse med reglerne om journalføringspligt, men at årsagen til den manglende journalføring ikke er klarlagt.

Den overordnede begrundelse for at nævnet ikke har pålagt [redacted] ansvar, er at han har fået bistand fra en lægesekretær til at føre journalen.

Patientklagenævnet anfører således i udtalelsen af 15. september 2009 om praksis:

"Patientklagenævnet kan oplyse, at det efter langvarig og fast praksis i almindelighed ikke kan anses for at være under normen for almindelig anerkendt faglig standard eller i strid med dagældende eller nugældende lovgivning, at en læge ikke kontrollerer, at den skrevne journal er i overensstemmelse med det, som lægen har anvist. Lægen kan således efter nævnets opfattelse i almindelighed gå ud fra, at en faguddannet sekretær indfører lægens diktat eller lignende korrekt i den skrevne journal, og at sekretæren gør lægen opmærksom på eventuelle problemer i forbindelse med renskrivningen. Patientklagenævnet finder derfor i almindelighed ikke grundlag for kritik af en læges journalføring, hvis en sekretær undlader at gøre lægen opmærksom på problemer ved renskrivningen. Det skal imidlertid understreges, at der er tale om en konkret vurdering i det enkelte tilfælde. Hvis der f.eks. i det konkrete tilfælde foreligger omstændigheder, der svækker formodningen for, at sekretæren varetager sine opgaver fagligt korrekt, herunder gør lægen opmærksom på eventuelle problemer i forbindelse med renskrivningen, vil nævnet således kritisere at lægen ikke har kontrolleret, at journalen er skrevet korrekt. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvis lægen ved, at der erfaringsmæssigt er problemer med at forstå diktaterne."

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

I den aktuelle sag går jeg ud fra at Patientklagenævnet i overensstemmelse med sin omtale har foretaget en konkret vurdering af om der var grundlag for at fravige udgangspunktet om at der i almindelighed ikke er grundlag for kritik af en læges journalføring hvis en læge undlader at kontrollere at den skrevne journal er i overensstemmelse med det som lægen har anvist. De nærmere overvejelser der ligger til grund for denne vurdering fremgår imidlertid ikke af Patientklagenævnets afgørelse i sagen.

Efter min opfattelse ville det have været ønskeligt om Patientklagenævnet i afgørelsen nærmere havde redegjort for de forhold som talte henholdsvis for og imod at fravige det omtalte udgangspunkt.

5. Konklusion og henstilling

Jeg mener at Patientklagenævnets behandling af den konkrete sag er kritisabel. Det skyldes at det efter min opfattelse er beklageligt at det er uklart hvilket klagetema nævnet har behandlet, at det er beklageligt at hændelsesforløbet i afgørelsen af 27. november 2007 ikke er beskrevet korrekt, at det er beklageligt at nævnet har angivet perioden for den ekstra konsultation forkert, at det er beklageligt at nævnet vurderer at der ikke er oplysninger i sagen der støtter [redacted] forklaring frem for [redacted] forklaring, og at det er yderst beklageligt at nævnet i strid med sagsoplysningsprincippet har lagt til grund at nævnet ikke har mulighed for at oplyse sagen på en anden måde end ved journalnotater og lægens medvirken.

Jeg henstiller derfor til Patientklagenævnet at genoptage sagen med henblik på at oplyse sagen yderligere og på det nye og korrekte beskrevne grundlag at træffe en ny afgørelse i sagen både i forhold til [redacted] klage over den lægelige behandling af sagen og i forhold til spørgsmålet om [redacted] [redacted] journalføring af sin behandling af [redacted]

Jeg gør opmærksom på at jeg løbende har orienteret [redacted] om denne sag, og at jeg har bedt om hans eventuelle bemærkninger til myndighedernes udtalelser til mig, men jeg har ikke hørt fra [redacted]. Det fritager imidlertid naturligvis ikke Patientklagenævnet fra at inddrage [redacted] [redacted] som part i Patientklagenævnets fornyede behandling af [redacted] klage.

Jeg beder om at blive orienteret om resultatet af Patientklagenævnets fornyede behandling af sagen.



Hans Gammeltoft-Hansen
Folketingets Ombudsmand

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

Sagsfremstilling

██████████ sag ved Patientklagenævnet drejer sig om læge ██████████
██████████ behandling af ██████████ ved konsultationen den 21. november 2005 og
indtil og under en operation i højre fod den 4. januar 2006.

██████████ blev allerede i 2004 (den 26. juli 2004) opereret i højre fod for de-
kompression af nerven tibialis, dvs. det som jeg har forstået, er en operation
for tarsaltunnelsyndrom.

██████████ blev opereret første gang af ██████████ på Gentofte Hospital
den 21. september 2005. Det drejede sig ifølge journalnotatet om en operati-
on med henblik på at frilægge nerven peroneus.

██████████ var til kontrol hos overlæge ██████████ den 29. september
2005. Det anførtes at ██████████ fik en tid igen i november måned.

██████████ var på ny til kontrol den 21. november 2005 hos overlæge ██████████
██████████ har oplyst at det ved konsultationen den 21. november
2005 blev aftalt at hun skulle opereres igen, og at hun ville få indkaldelse til en
ny operation. I journalnotatet for den 21. november 2005 er der imidlertid an-
ført:

"T-amb.:

Det går bedre, følelsen på fodryggen er næsten kommet tilbage, men på
lateralsiden af crus er der stadig føleforstyrrelser. Så alt i alt er det bedre
og vi ser hvordan det hele udvikler sig. Pt. ses igen om 3 mdr.

██████████/pg"

██████████ modtog den 5. december 2005 en indkaldelse til en ny kontrol den
16. februar 2006. ██████████ forsøgte forgæves at kontakte ██████████
telefonisk. Den 19. december 2005 skrev ██████████ følgende til overlæge
██████████

"Vedr. operation af min højre fod

Jeg er mere end forbavset over de misforståelser, der tilsyneladende har
været siden mit kontrolbesøg den 21. november.

Min mand og jeg forlod hospitalet i sikker overbevisning om at

- min fod skulle opereres igen

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

- der skulle findes en hurtig termin
Ikke desto mindre modtager jeg den 5. december [2005] en indkaldelse til kontrol den 16. februar [2006], og ved en opringning til afdelingen får jeg at vide 'at man skal se tiden an 3 måneder.'

Jeg kan naturligvis ikke forhindre dig i efterfølgende at skifte synspunkt, men ville det ikke være rimeligt, om jeg som patient så bliver orienteret om det i stedet for at gå med falske forhåbninger.

Og nu er der så igen gået en måned, hvor der ikke er sket noget som helst, og jeg stort set kun er nogenlunde smertefri, når jeg ligger eller sidder ned med foden på en skammel.

Jeg vedlægger til din orientering kopi af journalen ang. operation for tarsaltunnelsyndrom."

Overlæge [redacted] svarede [redacted] i brev af 22. december 2005:

"Tak for dit brev fra den 19.12.05.

Jeg er ked af misforståelserne vedrørende din kontroltid 3 måneder efter. Der må være sket en forveksling. Det var bestemt, at du skulle opereres, men vi har nok talt forbi hinanden, og jeg mener hurtigt, så er det inden for nogle måneder, og som jeg er orienteret, har du fået tid til operation efter udenlandsrejsen."

De nye oplysninger i dette brev er ikke indført i journalen. Der er ingen notater i journalen efter den 21. november 2005 og indtil [redacted] operation den 4. januar 2006.

Den 4. januar 2006 blev [redacted] opereret af overlæge [redacted] i sin højre fod for tarsaltunnelsyndromet. Det var altså en operation der i modsætning til den han foretog i september 2005, vedrørte nerven tibialis. Der er notat om operationen i journalen hvor noget tekst er erstattet med prikker. Der står følgende i journalen:

"UA neurolyse nerv.tib. post. ACC 55

Åbnes i den gamle cicatrice distalt for mediale malleol. Nerven identificeres proximalt følges distalt. Der formationer. Forandringen kan meget vel forklare pt.s symptomer. Sutur i etager.

Plan: suturfj. hos egen læge 10-12 dage post.operativt. Kontrol i mit amb. om ca. 6 uger post.opr. til klinisk undersøgelse.

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

Informeres om elevation af foden og venemuskel-pumpeøvelser. Må belaste til smertegrænsen.

Rp. sm. stillende i henh. til afd.s instruks.

/tarsaltunnelsyndrom G 57.5 [redacted] "si"

Det var operationen den 4. januar 2006 at [redacted] ndledningsvist klagede over til Patientklagenævnet. Hun gjorde bl.a. gældende at hun ikke forud for operationen blev undersøgt for nerveledningshastigheden i nerven tibialis som ville have vist at operationen var uberettiget, at hun forgæves (igen) på vej ind til operationsstuen sagde til overlæge [redacted] at hun havde smerter oven på foden og ikke smerter der gjorde en operation af nerven tibialis relevant, men at [redacted] desuagtet foretog en operation for tarsaltunnelsyndrom, og at operationen ikke blev udført korrekt fordi der skete en læsion af nerven peroneus.

Embedslægeinstitutionen bad Gentofte Hospital om en udtalelse i anledning af [redacted] klage. Hospitalet meddelte i brev af 14. juli 2006 embedslægerne at de forgæves havde skrevet til overlæge [redacted] for at få en udtalelse, men at han ikke længere var ansat på hospitalet. Hospitalet bad embedslægeinstitutionen om selv om at kontakte [redacted]

Embedslægeinstitutionen skrev herefter til overlæge [redacted] på hans privatadresse den 18. juli 2006 og rykkede for svar den 5. og 25. september 2006. Embedslægeinstitutionen modtog en udtalelse dateret den 24. september 2006 fra [redacted]. I udtalelsen anførte han om forløbet efter den første operation bl.a. sådan:

"29.09.2005 kom patienten til kontrol i ambulatoriet og angav da, at smerterne på ydersiden af skinnebenet og ned mod foden var fuldstændig væk, og på fodryggen var det væsentlig bedre. Fik fjernet suturerne hos egen læge, da patienten skulle til Amerika 06.10.2005.

Ved kontrol 21.11.2005 forklarer patienten, at følelsen på fodryggen næsten er væk, men på ydersiden af skinnebenet var der stadig føleforstyrrelser, men alt i alt bedre. Der er et notat efter 21.11.2005 og inden 04.01.2006, der ikke fremgår af journalen, men jeg kan se, at konklusion har været, at patienten stadig havde gener forenelig med tarsaltunnelsyndrom. Undertegnede var bekendt med, at patienten tidligere var opereret for tarsaltunnelsyndrom. Det sker desværre, at nerven ved operation ikke bliver frilagt tilstrækkeligt, og derfor har operationen ikke den ønskede effekt.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Derfor foreslog undertegnede reoperation af tarsaltunnelsyndromet, der blev foretaget 04.01.2006. Nerven var klemmt med timeglasfacon uden perineural fedt.

Patienten klager over, at der ikke blev foretaget klinisk undersøgelse af tibialisoperationen. Desværre er EMG ikke en 100% konklusiv undersøgelse. Der er både falsk positiv og falsk negativ, hvorfor operation som oftest foregår ud fra klinik og anamnese.

Inden operationen er der diskuteret, at hvis nerven har været i klemme i lang tid, er det ikke sikkert, der kan komme fuld funktion bagefter, men patienten var så smerte forpint, at vedkommende accepterede operation.

I klagepunkt 4 og 5 gør patienten opmærksom på, at smerterne sad oven på foden, men dér var patienten jo opereret angivet ved tidligere besøg, at det var i bedring, men patienten havde kliniske, anamnesticke tegn til tarsaltunnelsyndrom. Derfor operationen, som vi var enige om.

Undertegnede har kendskab til tarsaltunnelsyndrom, hvilket også fremgår af journalen, at det har været en diagnose, så jeg er helt uforstående overfor, at jeg ikke skulle have noget kendskab til diagnosen, hvorfor der er vedlagt en kopi forfattet af en tysk læge.

Det fremgår af klagepunkt 7, at det stadig gør ondt i foden – smerter, som meget vel kunne tolkes som et kronisk tarsaltunnelsyndrom.

Konklusion

Undertegnede har 2 gange opereret en svært smerteplaget patient. Operation foretaget på højre underben med frilægning af 3 nerver. Det er blevet bedre på ydersiden og crus og oversiden af foden, men patienten har stadig tarsaltunnel-lignende symptomer. Der kan stadig ske en bedring i symptomerne. Ved operation for perifere nervelidelser er EMG ikke nogen optimal undersøgelsesmetode. Patienten har fået en optimal behandling."

Embedslægerne sammenfattede sagen i et notat af 9. oktober 2006. [redacted] brev af 19. december 2005 og [redacted] brev af 22. december 2005 fremgik ikke af dette notat.

Patientklagenævnet forelagde sagen for en sagkyndig i ortopædisk kirurgi, overlæge [redacted] I sin udtalelse af 23. januar 2007 anførte han om overlæge [redacted] optegnelser i journalen bl.a. følgende:

ENDELIG REDEGØRELSE
Den konkrete klagesag

"Vurdering 3: Overlæge [redacted] optegnelser i journalen er i overensstemmelse med almindelig praksis i perioden september 2005-februar 2006.

Begrundelse 3: Det er min opfattelse at man kan forvente et dikteret notat på patienter i et ambulant forløb. Såfremt et bånd er tomt må man forvente at sekretariatet herefter gør undersøgende læge opmærksom på dette så der kan laves et nyt diktat. Man må også forvente at man kontakter opererende læge såfremt enkelte ord på et diktat ikke kan høres så den korrekte formulering kan blive nedskrevet. Efter min opfattelse kan man ikke blot erstatte ord man ikke har forstået med en række punkter. Man må kontakte den læge som har udfærdiget notatet. Det mener jeg ikke kan lægges behandlende læge til last."

Patientklagenævnet sendte sit første forslag til afgørelse til [redacted] den 10. april 2007. Patientklagenævnet vedlagde udtalelsen fra overlæge [redacted] [redacted] Patientklagenævnet lagde i forslaget til grund:

- at konsultationen den 21. november 2005 var forløbet som anført i journalnotatet, dvs. at [redacted] skulle til konsultation igen tre måneder senere
- at der havde været en konsultation mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006 hvor [redacted] havde undersøgt [redacted] [redacted] og fundet at hun stadig havde gener forenelige med tarsaltunnelsyndrom
- at [redacted] havde lagt et tomt bånd om konsultationen til lægesekretæren, og at [redacted] med rette kunne forvente at sekretariatet havde gjort ham opmærksom på at båndet var tomt så han kunnet have dikteret det på ny
- at det således ikke var [redacted] fejl at det ikke fremgik af journalen at han havde foretaget en undersøgelse af [redacted]
- at det ikke var [redacted] fejl at hele udtalelsen om selve operationen ikke fremgik af journalen. En læge kan forvente at sekretariatet kontakter lægen hvis de ikke kan høre et diktat frem for at erstatte det med prikker.

På den baggrund var det Patientklagenævnets forslag at der hverken var grundlag for at kritisere [redacted] for behandlingen af [redacted] den 4. januar 2006 eller for hans journalføring af behandlingen af [redacted] perioden fra den 21. november 2005 til den 4. januar 2006 på Gentofte Hospital.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

██████████ kommenterede forslaget i brev dateret den 16. april 2007 (brevet er modtaget den 17. april 2007 i Patientklagenævnet, og det omtales i det følgende som brev af 17. april 2007). ██████████ anførte bl.a. i relation til journalføringen at hun ikke havde været til yderligere konsultationer forud for operationen. Hun henviste til sit eget brev af 19. december 2005 og til ██████████ brev af 22. december 2005. Hun anførte også at den i Danmark sædvanlige betegnelse på tarsaltunnelsyndrom var forskellig fra den tyske betegnelse, *vorderes tarsaltunnelsyndrom*. Hun gentog at hun havde haft symptomer på *vorderes tarsaltunnelsyndrom* (og altså ikke tarsaltunnelsyndrom) som hun i Tyskland senere var blevet opereret for.

Patientklagenævnet skrev i brev af 26. april 2007 til overlæge ██████████ og bad om – inden 14 dage – at modtage nærmere dokumentation for at der havde været en konsultation mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006. Nævnet henviste til ██████████ oplysninger om at hun ikke havde været til konsultation efter den 21. november 2005 og til lægens eget brev af 22. december 2005 hvor lægen skrev at der var sket en forveksling, og at ██████████ allerede havde fået en tid til en operation.

Patientklagenævnet rykkede forgæves overlæge ██████████ for dokumentationen ved breve af 24. maj 2007 og 5. juli 2007. Da nævnet ikke fik svar på henvendelsen til ██████████, sendte nævnet på ny sagen til den sagkyndige ██████████ der fastholdt sin oprindelige vurdering. Han anførte sådan i brev af 7. september 2007 til Patientklagenævnet:

"Partshøring.

Jeg har gennemlæst partshøringsforslaget. Jeg vil gerne fastholde min oprindelige vurdering.

Generelt kan jeg oplyse at læger ikke i almindelighed får journaler til gennemsyn så de på den måde kan kontrollere egne notater.

Det betyder i praksis at man kan komme ud for at et diktat er erstattet af prikker. Alternativt at hvis man bliver præsenteret for en journal hvor et notat mangler fra en bestemt dato kan det i princippet være en journal på en pt. som ikke mødte som aftalt eller at et dikteret notat ikke er blevet journalført.

Skal en sådan praksis ændres skal der være en arbejdsgang hvor alle notater umiddelbart præsenteres for den læge som har udfærdiget dem."

Patientklagenævnet sendte den 26. september 2007 et nyt forslag til afgørelse til ██████████ hvor hændelsesforløbet var gengivet som i første udkast. Resultatet var også det samme som i første udkast, men i begrundelsen var det tilføjet at der var modstridende oplysninger fra ██████████ og ██████████

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

om hvorvidt der var en konsultation i perioden mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006. Nævnet anførte også at der ikke var oplysninger i sagen der understøttede den ene forklaring frem for den anden, og at nævnet ikke havde mulighed for at få sagen yderligere belyst da nævnet alene afgjorde sagerne på et skriftligt grundlag. I et sådant tilfælde skulle tvivlen komme den indklagede (overlæge [redacted]) til gode.

[redacted] kommenterede forslaget i brev af 1. oktober 2007. For så vidt angik Patientklagenævnets udlægning af at der var tale om en påstand mod påstand-situation, og at der ikke var noget i sagen der understøttede at der ikke havde været en konsultation efter den 21. november 2005, henviste hun igen til brevvekslingen den 19. og 22. december 2005.

Nævnet traf herefter den 27. november 2007 afgørelse i sagen i overensstemmelse med det seneste fremsendte forslag. I afgørelsen er der i beskrivelsen af hændelsesforløbet fortsat anført at der var en konsultation den 21. november 2005 hvor det blev planlagt at [redacted] skulle ses igen tre måneder senere. Brevvekslingen med [redacted] den 19. og 22. december 2005 var fortsat ikke nævnt. Som begrundelse for at [redacted] ikke havde overtrådt lægelovens regler, herunder om journalføring, i perioden fra den 21. november 2005 til den 4. januar 2006, er det bl.a. anført:

"Nævnet kan oplyse, at patienter med nerveklæmningsproblemer i underextremiteterne ofte er vanskelige at behandle. Overvejelserne om operativ behandling over for konservativ behandling består ofte i et skøn om, hvad gevinsten ved operation er, over for et skøn om ulempen. Hvis man står over for en forpint patient, og risikoen ved operation skønnes beskedent, er der næppe noget at tabe på et operativt indgreb. Indikationerne for operation er omdiskuterede og bygger ofte på individuelle vurderinger.

Effekten ved operation er for nogle smertelindring, men nervens funktion som sådan specielt tilbagevenden af følesans er usikker. Hos andre er indgrebet uden effekt. Det er sjældent, at specielle undersøgelser kan vejlede om udfaldet.

Det fremgår af overlæge [redacted] udtalelse til sagen, at det sker, at nerven ved operationen ikke bliver tilstrækkelig frilagt, hvorfor operationen ikke har den ønskede effekt. Dette var årsagen til, at han foreslog en reoperation af [redacted] den 4. januar 2006.

Det fremgår desuden af overlæge [redacted] udtalelse til sagen, at den klemte nerve havde timeglasfacon og havde mistet det omkringliggende fedt (perineuralt fedt). Denne beskrivelse fremgår ikke af journalnotatet.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Det er nævnets vurdering, at indgrebet er foretaget inden for de rammer og inden for de normer, man sædvanligvis opstiller for den type indgreb.

Patientklagenævnet finder herefter, at overlæge [redacted] har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af [redacted] den 4. januar 2006.

Ifølge overlæge [redacted] udtalelse til sagen, mangler der et journalnotat mellem konsultationen den 21. november 2005 og den 4. januar 2006, og konklusionen på den ikke noterede konsultation var, at [redacted] stadig havde gener forenelige med såkaldt tarsaltunnel-syndrom.

Ifølge [redacted] brev af 17. april 2007 har hun [ikke; *min tilføjelse*] mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006 været i kontakt med overlæge [redacted] hverken telefonisk eller personligt.

Der foreligger således modstridende oplysninger fra [redacted] og overlæge [redacted] om, hvorvidt [redacted] var i konsultationen mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006.

Nævnet har ved brev af 26. april, 24. maj og 5. juli 2007 forgæves anmodet overlæge [redacted] om at dokumentere, at der fandt en konsultation sted mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006.

Der foreligger ikke yderligere oplysninger i sagen, der kan understøtte den ene forklaring frem for den anden. Patientklagenævnet har ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst, da der ikke findes yderligere journalmateriale vedrørende patientens behandling og Patientklagenævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag og i modsætning til domstolene ikke har mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

I et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

På den baggrund finder nævnet ikke grundlag for at fastslå, at [redacted] ikke har været i kontakt med overlæge [redacted] mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006.

Det er nævnets opfattelse at man kan forvente, at der bliver dikteret et notat på patienten i et ambulans forløb. Såfremt et bånd er tomt, må man forvente, at sekretariatet herefter gør undersøgende læge opmærksom på dette, så der kan laves et nyt diktat. Man må også forvente, at man

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

kontakter opererende læge, såfremt enkelte ord på et diktat ikke kan høres, så den korrekte formulering kan blive nedskrevet.

Patientklagenævnet kan ved sin afgørelse ikke tage stilling til den pågældendes lægesekretærs handling, idet det falder uden for nævnets kompetence at tage stilling til denne persongruppe, jf. bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed.

Nævnet har lagt overlæge [redacted] udtalelse til grund, og finder herefter, at han har foretaget et journalnotat af konsultationen mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006, men at det fejlagtigt ikke er blevet skrevet ind i journalen.

Patientklagenævnet finder herefter ikke tilstrækkeligt grundlag for at antage, at overlæge [redacted] har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin journalføring af behandlingen af [redacted]

I afgørelsen havde Patientklagenævnet bl.a. optrykt lægelovens § 13, stk. 2, og Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) §§ 4-9.

[redacted] bad om genoptagelse af sagen.

Den 14. maj 2008 fik [redacted] oplyst fra Sundhedsstyrelsen at styrelsen var bekendt med at [redacted] i flere tilfælde havde modtaget kritik for sit lægefaglige virke ved Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Styrelsen oplyste også at det var årsagen til at styrelsen havde sat ham under skærpet tilsyn.

Den 30. juni 2008 traf næstformanden for Patientklagenævnet afgørelse om ikke at genoptage sagen. I afgørelsen var der bl.a. anført:

Anmodningen om genoptagelse

Ved breve af 30. november og 21. december 2007 samt den 10. januar 2008 har [redacted] anmodet nævnet om at genoptage sagen, idet hun har anført, at hendes brev af 17. april og 1. oktober 2007 ikke er indgået i nævnets behandling af sagen.

Hun anfører desuden, at OP-Bericht fra Dr. Rosenow i Karlsruhe efter operationen den 4. april 2007 samt hendes brev af 19. december 2005 til overlæge [redacted] og hans svar ikke er indgået i nævnets vurdering.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Begrundelse for afvisning af genoptagelse

Om der er grundlag for at genoptage en sag afhænger af, om der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som må antages at kunne medføre en ændret bedømmelse af sagen. Det skal forstås således, at der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da nævnet traf afgørelse i sagen. Disse nye oplysninger skal tillige være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat.

Patientklagenævnet har lagt vægt på, at alle de ovenfor omhandlede dokumenter er indgået i det materiale, der blev forelagt nævnet. Der blev partshørt over materialet den 10. april og den 26. september 2007.

..."

I brev af 10. februar 2009 bad jeg om en supplerende udtalelse vedrørende den konkrete klagesag og en udtalelse vedrørende lægers journalføringspligt generelt. Jeg har i det følgende gengivet mine supplerende spørgsmål til den konkrete sag (fra mit brev af 10. februar 2009), og i umiddelbar forlængelse af de enkelte spørgsmål gengivet Patientklagenævnes svar fra nævnets brev af 28. august 2009.

I min supplerende høring i brev af 10. februar 2009 anførte jeg bl.a.:

"2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævns behandling af [redacted] sag

2.1. Om konsultationen den 21. november 2005 og korrespondancen mellem [redacted] og [redacted] den 19. og 22. december 2005

I Patientklagenævnets afgørelse af 27. november 2007 er journalnotatet af 21. november 2005 gengivet som det blev noteret i journalen. Dvs. at [redacted] skulle indkaldes til en ny kontroltid om 3 måneder.

[redacted] og [redacted] korrespondance den 19. og 22. december 2005 fremgår hverken af journalen eller af Patientklagenævnets afgørelse. Jeg har desuden forstået at korrespondancen ikke var vedlagt i det materiale som Patientklagenævnet/embedslægeinstitutionen modtog fra Amtssygehuset i Gentofte. Nævnet modtog korrespondancen fra [redacted] den 17. april 2007.

[redacted] brev af 22. december 2005 må efter min umiddelbare opfattelse læses som en berigtigelse af journalnotatet om konsultationen den 21. november 2005. I journalen er hverken denne berigtigelse/-

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

rettelse nævnt, eller oplysningen om at det var aftalt at [REDACTED] (hurtigt) skulle opereres, og at hun – så vidt [REDACTED] var orienteret den 22. december 2005 – havde fået tid til operationen.

Om de nævnte manglende omtaler i journalen er forenelige med reglerne om journalføringspligt, har Patientklagenævnet ikke forholdt sig nærmere til i sin afgørelse, men det er Patientklagenævnets sammenfattende konklusion at der ikke er grundlag for at udtale kritik af [REDACTED] journalføring.

Jeg anmoder Patientklagenævnet om nærmere at uddybe denne opfattelse i relation til den manglende omtale af berigtigelsen af journalførelsen for konsultationen den 21. november 2005 og de nye oplysninger om at operationen var aftalt."

Patientklagenævnet har hertil svaret (brev af 28. august 2009):

"I den anledning kan nævnet oplyse, at det er nævnets opfattelse, at overlæge [REDACTED] giver udtryk for, at der er sket en misforståelse. Han anfører, at han og [REDACTED] var enige om, at der skulle foretages en operation, og at han derved forstod inden for nogle måneder. Han var nu opmærksom på, at hun havde fået en tid til operation efter udlandsrejsen.

Nævnet finder ikke, at det af overlæge [REDACTED] brev af 22. december 2005 kan udledes, at [REDACTED] skulle opereres den 4. januar 2006 uden nogle yderligere forundersøgelser. Der må altså have været yderligere kommunikation mellem Gentofte Hospital (overlæge [REDACTED] og [REDACTED] vedr. f.eks. oplysning om tidspunkt for [REDACTED] rejse, indkaldelse til evt. yderligere undersøgelse og operation.

Det er nævnets vurdering, at journalen ikke er ført i overensstemmelse med reglerne om journalføringspligt, men at årsagen til den manglende journalføring ikke er klarlagt. Det foreligger ikke med tilstrækkelig sikkerhed oplyst, om årsagen hertil skal findes hos overlæge [REDACTED] eller en person, der ikke er omfattet af nævnets kompetence, jf. bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed.

Det kan oplyses, at [REDACTED] brev af 19. december 2005 og overlæge [REDACTED] brev af 22. december 2005 indgik i nævnets materiale ved afgørelserne af 27. november 2007 og 30. juni 2008.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Det fremgår allerede af nævnets afgørelse af 27. november 2007, at nævnet ikke finder det muligt at pålægge [redacted] ansvar for manglende journalføring af en konsultation mellem den 21. november 2005 og 4. januar 2006. Nævnet kunne ligeledes have anført, at ansvaret for, at korrespondancen umiddelbart før jul 2005 mellem [redacted] og overlæge [redacted] ikke lå på den kopi af journalen, som blev tilsendt Embedslægeinstitutionen i forbindelse med sagens oplysning, ikke nødvendigvis kunne pålægges overlæge [redacted]. Der erindres i den forbindelse om, at [redacted] ikke længere var ansat ved ortopædkirurgisk afdeling, Gentofte Hospital, da klagen blev modtaget."

Mine næste spørgsmål i brev af 10. februar 2009 vedrørte den konsultation som nævnet lægger til grund der har været, men som ikke fremgår af journalen eller korrespondancen i sagen:

"2.2. Om den konsultation Patientklagenævnet lægger til grund der skulle have fundet sted efter den 21. november 2005 og inden den 4. januar 2006

Patientklagenævnet lægger i afgørelsen til grund at [redacted] har haft en konsultation med [redacted] i perioden fra den 21. november 2005 til den 4. januar 2006. Jeg forstår også at nævnet lægger til grund at [redacted] dikterede et bånd med resultaterne af denne konsultation, at han har lagt båndet til en lægesekretær, og at lægesekretæren ved en fejl – som [redacted] ikke er ansvarlig for – ikke har indført det dikterede i journalen eller ikke har meldt tilbage til [redacted] at båndet var tomt.

Patientklagenævnet lægger på den baggrund til grund at der er modstridende oplysninger i [redacted] og [redacted] forklaringer, og at der ikke foreligger yderligere oplysninger i sagen der kan understøtte den ene forklaring frem for den anden.

Patientklagenævnet anfører også at nævnet ikke har mulighed for at få sagen yderligere belyst: Der foreligger ikke yderligere journalmateriale, og nævnet har ikke – som domstolene – mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen. I et sådant tilfælde gælder der det almindelige retsprincip at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

Det er for mig ikke helt klart hvad Patientklagenævnet herefter har lagt til grund er passeret ved den konsultation som ikke er blevet noteret.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

2.2.1.

Jeg beder om at Patientklagenævnet redegør for på hvilket grundlag nævnet antager at [REDACTED] har haft en konsultation i perioden mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006, og at han har dikteret et bånd herom.

Jeg henviser til at det eneste der ligger i de sagsakter jeg har modtaget, er [REDACTED] udtalelse af 24. september 2006 hvor han anfører at der er et 'notat' for perioden 21. november 2005-4. januar 2006 som ikke fremgår af journalen.

Hvis Patientklagenævnet har modtaget oplysninger fra [REDACTED] om en sådan konsultation og/eller oplysninger fra [REDACTED] æ-gesekretær, herunder oversigter fra sygehuset om konsultationer imellem jul og nytår 2005/2006, beder jeg om at få forelagt dette materiale.

2.2.2.

Hvis Patientklagenævnet lægger til grund at [REDACTED] har haft en konsultation med [REDACTED] i perioden fra den 21. november 2005 til den 4. januar 2006, beder jeg om at nævnet redegør nærmere for hvad der støtter den antagelse, over for de oplysninger der støtter [REDACTED] oplysning om at der ikke har fundet konsultationer sted i perioden fra den 21. november 2005 og indtil operationen den 4. januar 2006.

Jeg henviser til at de oplysninger jeg har fået forelagt, efter min opfattelse alle støtte [REDACTED] forklaring.

[REDACTED] brev af 19. december 2005 og [REDACTED] brev af 22. december 2005 understøtter således [REDACTED] forklaring om at operationen blev aftalt ved konsultationen den 21. november 2005. Det er [REDACTED] – som jeg læser hans brev af 22. december 2005 – enig i.

[REDACTED] bekræfter også i brev af 22. december 2005 at han er orienteret om at [REDACTED] har fået tid til en operation efter sin udenlandsrejse.

[REDACTED] nævner således ikke i brev af 22. december 2005 noget om yderligere konsultationer, tværtimod beklager han misforståelsen den 21. november 2005. Han nævner heller ikke at han finder behov for yderligere konsultationer, tværtimod bekræfter han at han er orienteret om at [REDACTED] har fået tid til en operation kort tid efter sin udenlandsrejse. [REDACTED] blev opereret den 4. januar 2006.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

2.2.3.

Jeg beder om at nævnet redegør nærmere for i hvilket omfang nævnet generelt – og særligt når en læge undlader at medvirke til sagsoplysningen – indhenter materiale/oplysninger fra andre end lægen eller tillægger manglende medvirken processuel skadevirkning selv om der er tale om en disciplinærsag.

Jeg beder også om at Patientklagenævnet meddeler om man i denne sag har overvejet at indhente oplysninger fra fx Gentofte Hospital om hvorvidt [REDACTED] har været på arbejde mellem jul og nytår 2005/2006, om hospitalet har en liste over gennemførte konsultationer i den periode, eller om personen med initialerne 'bl' på brev af 22. december 2005 (CT/bl) ville kunne bidrage med oplysninger der kan af- eller bekræfte at der fandt en konsultation sted inden operationen den 4. januar 2006.

Jeg henviser til at denne sag tilsyneladende bliver afgjort på at der teoretisk set kan have fundet en konsultation sted i perioden fra den 22. december 2005 [REDACTED] har skiftet mening efter afsendelsen af sit brev af 22. december 2005) til den 4. januar 2006 (den dag [REDACTED] blev opereret). Det er i en periode hvor mange typisk holder ferie (juleferien 2005/2006), og [REDACTED] (eller [REDACTED]) var muligvis på udenlandsrejse, jf. hans brev af 22. december 2005.

2.2.4.

Endelig beder jeg om at få oplyst hvad Patientklagenævnet finder bevist er foregået under den ikke-journalførte konsultation. Jeg beder også om at få oplyst om det har nogen betydning for nævnets bevisvurdering af [REDACTED] udtalelse af 24. september 2006 at han ikke har (fremskaffet) sine egne notater om konsultationen, og at han i brev af 22. december 2005 har anført at det allerede ved konsultationen den 21. november 2005 var aftalt at [REDACTED] skulle opereres igen. Jeg beder også om at få oplyst om det – i lyset af [REDACTED] brev af 22. december 2005 – har nogen betydning at det ikke fremgår af journalnotatet for den 21. november 2005 at [REDACTED] havde undersøgt og konstateret at [REDACTED] havde gener forenelige med tarsaltunnel-syndrom. Det fremgår heller ikke at han foreslog en reoperation fordi en nerve ved den første operation ikke var tilstrækkeligt frilagt. Det fremgår i øvrigt heller ikke af journalnotatet for operationen den 4. januar 2006 at han fandt den nerve som ikke var tilstrækkeligt frilagt – at 'nerven var klemt med timeglasfacon uden perineural fedt' – sådan som han også har anført i sin udtalelse af 24. september 2006."

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

Patientklagenævnet svarede hertil i brev af 28. august 2009 bl.a.:

"2.2.

Om den konsultation Patientklagenævnet lægger til grund der skulle have fundet sted efter den 21. november 2005 og inden den 4. januar 2006

Ombudsmanden anmoder om at få oplyst, hvad nævnet har lagt til grund, at der er passeret ved den konsultation, der ikke er noteret i journalen.

Nævnet har lagt det af [REDACTED] i brev af 24. september 2006 til Embedslægeinstitutionen anførte til grund, nemlig at konklusionen ved konsultationen har været, at [REDACTED] stadig havde gener forenelige med tarsaltunnelsyndrom, og at han var bekendt med, at hun tidligere var opereret for dette, samt at han foreslog reoperation af tarsaltunnelsyndromet.

Nævnet har ikke yderligere materiale herom.

2.2.1.

Nævnet har lagt oplysningerne i [REDACTED] udtalelse af 24. september 2006 til Embedslægen til grund.

2.2.2.

Nævnet er ikke enig i ombudsmandens opfattelse af, at alle oplysninger støtter [REDACTED] forklaring, idet det nok kan udledes af [REDACTED] brev af 22. december 2005, at han har aftalt operation, men dette udelukker ikke, at han har haft en forudgående kontrol inden operationen den 4. januar 2006. Nævnet har fundet, at denne bevistvivl bør komme overlæge [REDACTED] til gode, da nævnets kritik af en læge er en disciplinær sanktion.

2.2.3.

I tilfælde af at en indklaget sundhedsperson nægter at give de oplysninger, han er forpligtet til i henhold til § 14, stk. 2, i klage- og erstatningsloven, har nævnet mulighed for at politianmelde sundhedspersonen, jf. § 61 i samme lov.

Denne mulighed anvendes overordentligt sjældent, idet nævnet finder det mest hensigtsmæssigt at foretage sig så meget som muligt med henblik på sagens oplysning, således at der kan træffes en forsvarlig afgørelse. I langt de fleste sager medvirker den indklagede sundhedsperson til sagens oplysning.

ENDELIG REDEGØRELSE

Den konkrete klagesag

I enkelte tilfælde vælger den indklagede sundhedsperson ikke at afgive en udtalelse. Dette vil efter en konkret vurdering af klagens indhold og sagens øvrige oplysninger – typisk journalen – kunne få skadevirkning for den indklagede sundhedsperson, hvis nævnet finder, at klagers forklaring kan lægges til grund.

Nævnet skal i den forbindelse bemærke, at det forhold, at der er mangler i en journal ikke nødvendigvis kan føre til, at den indklagede sundhedspersons forklaring ikke lægges til grund. Dette vil altid bero på en konkret vurdering.

I øvrigt kan nævnet oplyse, at når en sag giver anledning til det, indhenter nævnet supplerende oplysninger fra andre end den indklagede. Efter nævnets opfattelse gav denne sag ikke anledning til at indhente yderligere oplysninger om journalføringen, fordi der ikke var udsigt til at få opklaret tvivlen, og endelig fordi [redacted] klage ikke vedrørte journalføringen, men den foretagne operation. Det var således nævnets opfattelse at der kunne træffes en forsvarlig afgørelse af [redacted] klage på det foreliggende grundlag.

2.2.4.

Patientklagenævnet skal henvise til sin besvarelse af spørgsmål 2.2. og 2.3., idet det tilføjes, at det er nævnets opfattelse, at det ikke kan tilbagevises, at overlæge [redacted] har foretaget et journalnotat af konsultationen mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006, men at det fejlagtigt ikke er blevet skrevet ind i journalen.

Nævnet anmodede tre gange overlæge [redacted] om at dokumentere konsultationen mellem den 21. november 2005 og den 4. januar 2006 uden at modtage svar fra lægen. Nævnet valgte at opgive denne dokumentation, uden at det betød skadevirkning for overlæge [redacted]. Det skal i den forbindelse igen anføres, at overlæge [redacted] på dette tidspunkt ikke længere var ansat på Gentofte Hospital, ligesom det bemærkes, at en læge ikke er forpligtet til at gemme eventuel dokumentation for en konsultation udover det, som anføres i journalen.

Der er ikke klaget over journalføringen, og nævnet har ikke foretaget en bedømmelse af hele journalen, men har alene taget stilling til det manglende journalnotat.”

[redacted] har i e-mail af 25. maj 2010 til mig fastholdt sin klage.

NYHED

Gammeltorv 22
DK-1457 København K

Tlf. +45 33 13 25 12
Fax +45 33 13 07 17

www.ombudsmanden.dk
post@ombudsmanden.dk

Personlig henvendelse: 10-14
Telefonisk henvendelse:
Man-tors 9-16, fre 9-15

Ombudsmanden: Sygehuslæger bærer selv ansvar for journalføring

Patientklagenævnet har i mange år fritaget sygehuslæger for ansvaret for deres journalføring. Den praksis er ifølge Folketingets Ombudsmand Hans Gammeltoft-Hansen ulovlig. Han betragter sagen som meget alvorlig og har derfor orienteret Folketingets Retsudvalg.

"Jeg skal orientere Retsudvalget når jeg konstaterer fejl eller forsømmelser af større betydning. Det er sjældent jeg konstaterer det, men det mener jeg desværre der er tale om her," siger Hans Gammeltoft-Hansen.

Ombudsmanden blev opmærksom på nævnets praksis i forbindelse med behandlingen af en konkret klagesag. I den konkrete sag var lægejournalen utvivlsomt mangelfuld, bl.a. var notatet om en operation delvist erstattet med prikker. Patientklagenævnet holdt ikke lægen ansvarlig for den mangelfulde journal fordi lægen havde benyttet en af sygehusets lægesekretærer til at renskrive hans journaldiktater.

Patientklagenævnet har forklaret at nævnet i mange år normalt ikke har holdt lægerne ansvarlige for fejl i journalerne også selv om fejlene skyldes misforståelser hos lægesekretærene eller andre. Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har kendt denne praksis. Den er efter ombudsmandens opfattelse i strid med den lovbestede journalføringspligt for læger. (se faktaboks)

"Det er afgørende for hele patientbehandlingen at man kan stole på journalerne og efter loven er det lægerne der er ansvarlige for dem" siger Hans Gammeltoft-Hansen.

Ombudsmanden har henstillet til Patientklagenævnet at ændre praksis sådan at loven overholdes og lægerne holdes ansvarlige for eventuelle mangelfulde journaler.

J.nr. 2008-2276-420

Bedes oplyst ved henvendelse

Dok.nr. 66

Yderligere oplysninger kan fås hos ombudsmand Hans Gammeltoft-Hansen på mobil 40 43 45 43.

Du kan læse ombudsmandens redegørelse om nævnets generelle praksis her.

Journalføring

Lov om autorisation af sundhedspersoner, § 21:

"Læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere og kontaklinseoptikere skal føre patientjournaler over deres virksomhed."

I bemærkninger til samme lov hedder det:

"De i forslagets § 21 nævnte autoriserede sundhedspersoner har pligt til at journalføre og dermed dokumentere deres virksomhed, således at patientjournalen kan fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten. Formålet er at skabe det bedst mulige grundlag for den diagnostiske proces og iværksættelsen af den adækvate behandling. De pågældende sundhedspersoner har således ansvar både for patientbehandlingen og for journalføringen heraf."