

Legevaktjournal – kvalitet og klagesaker

Michael 2023; 20: Supplement 31: 143–51.

En pasientklage inneholder opplysninger om skade eller opplevd belastning. Informasjon i legevaktjournalen er vesentlig for vurdering av klagens innhold. Kjønnforskjeller er et gjennomgående funn i studier av klagesaker. Kvinnelige leger kommer bedre ut enn menn. I en undersøkelse fant vi at kvinnelige leger hadde færre feil enn sine mannlige kolleger og færre tilfeller der innholdet i journalen ble vurdert som utilstrekkelig.

I *Legevakthåndboken* blir journalnotatet omtalt som dokumentasjon på hva som skjedde under konsultasjonen (1). Journalforskriften angir krav om at journalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten (2). Journalnotatet bør som hovedregel sendes i kopi til fastlegen. Dette er et vesentlig element i tilrettelegging for forsvarlig oppfølging av pasientens behov for helsehjelp. Journalforskriften omtaler bare «eventuelt videre *planlagt* helsehjelp» (min kursivering) – og ikke det som er legevaktens oppgave: å forholde seg til det mulige behovet pasienter har for oppfølging av helseproblemer de presenterer. Dette er viktig i vurderingen av journalnotater fra legevakt.

Klagesaker som kvalitetsindikator

I begynnelsen av 1990-årene ble risikoen for pasientskade ved medisinsk behandling allment erkjent (3). En pasientklage inneholder opplysninger om opplevd skade eller belastning. Ved gjennomgang av legevaktjournalen bør man finne opplysninger som kan belyse klagens relevans. Tiltak for å redusere pasientklager er vesentlig i kvalitetsarbeidet.

I Norge behandlet tilsynsmyndigheten før pandemien i underkant av 100 klagesaker årlig knyttet til knapt 1,4 millioner legevaktkonsultasjoner (0,007 %). Fra den øvrige allmennlegetjenesten var det i overkant av 800

saker per år etter vel 14 millioner konsultasjoner (0,006 %). Det er åpenbart lavere terskel for å klage direkte til legevakten eller legekantoret enn til tilsynsmyndigheten. Organisasjonsmessige forhold gjør det vanskelig å sammenholde forekomsten av klager med andre land.

Tall på klagesaker utløst under legevakt er ikke umiddelbart sammenliknbare med tilsvarende tall fra allmennlegetjenesten. Slike klager handler om enkelt-hendelser, mens klager til fastlegen ofte dreier seg om et behandlingsforløp med flere konsultasjoner. I en undersøkelse av tilsynssaker fra 2006 var det ingen signifikant forskjell mellom konsultasjon hos fastlege og konsultasjon hos legevaktleger med henblikk på uforsvarlig behandling etter helsepersonelloven (4).

Vurderingstema: diagnose eller tiltak?

I en nederlandsk studie med systematisk gjennomgang av journaler fra legevaktsituasjoner, ble mulig pasientskade påvist i underkant av 3 % (5). Relasjonen mellom diagnose og behandling ble ikke undersøkt. I en simuleringsstudie med akuttmedisinske problemstillinger fra USA (6), ble det påvist en høy andel feil tiltak etter korrekt diagnose. Beslutningsprosessen fram til diagnosen er beskrevet i mange studier, mens prosessen fram til iverksetting av tiltak er lite undersøkt (7). I norsk allmennpraksis er det en forutsetning for utbetaling av refusjon at det er angitt minst én ICPC-2-kode. En slik kode kan angi kontaktårsak, helseproblem eller diagnose. Det vil si at den elektroniske pasientjournalen ikke nødvendigvis angir en diagnose. Journalgjennomgang er derfor nødvendig for å vurdere behandling eller tiltak.

Hva er en pasientskade?

Helsepersonelloven angir i § 56 vilkårene for at det skal kunne reageres med faglig pålegg (tidligere: advarsel) (8). Paragrafen åpner for å gi pålegg ved hendelse egnet til å påføre pasienter betydelig belastning. Skade trenger altså ikke å ha oppstått, men belastningen (skaden) må vurderes som betydelig. Belastningskriterier er ikke angitt, og i en høringsuttalelse fra Statens helse-tilsyn i 2011 ble det etterlyst «hva som ligger i» begrepet (9).

Det skal vurderes i hvilken grad arbeidsgiver har lagt forholdene til rette for at helsepersonellet kan oppfylle sine plikter. Det vil si å vurdere om det foreligger en systemfeil og ikke nødvendigvis en individfeil. I en norsk studie viste man nylig en betydelig overvekt av tilsynssaker mot allmennleger som endte med vedtak om individfeil, sammenliknet med saker mot sykehusleger (10). Det er nærliggende å tilskrive dette forskjeller i arbeidsforhold. Sykehuslegen arbeider i et fellesskap med nedfelte systemer og rutiner som kan føre til vedtak om systemfeil. Allmennlegens arbeid foregår i hovedsak «i det lukkede rom» med eget ansvar for virksomheten.

Legekarakteristika, feil og klagesaker

I 2015 viste en metaanalyse at mannlige leger hyppigere gjør feil enn sine kvinnelige kolleger (11). Årsakene kan være blant annet kognisjon, kommunikasjonsevner og affeksjon (12–15). I studier av betydningen av legers utdanning i utlandet eller yrkeserfaring, er funnene inkonsistente. Forskjeller i videre- og etterutdanning er sannsynlige årsaksfaktorer sammen med organiseringen av tjenestene.

I en stor studie fra Canada undersøkte man sammenhengen mellom eksamensresultat ved autorisasjon og senere forekomst av klagesaker som ble behandlet av autorisasjonsmyndighet (16). Det var signifikant sammenheng mellom forekomsten av slike saker og eksamensresultatet i beslutningsteori og kommunikasjon.

Standardisert analyse av pasientjournaler

Jeg har ikke funnet studier der legekarakteristika og journalføring er sammenholdt med feilbehandling. Det kan være flere grunner til det.

Det finnes ikke et egnet verktøy for vurdering av pasientjournalens elementer. UK Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT) er benyttet siden 2015, men det er ikke egnet for konsultasjoner som tilsvarer norsk legevakt (out-of-hours general practice) (17). De medisinskfaglige vurderingene i studien viste en interobservatørpålitelighet på 90 %. I den nederlandske studien ble det funnet en tilsvarende pålitelighet på 98 % (5). Verktøy for standardisert uthenting av informasjon fra elektroniske pasientjournaler (EPJ) som ivaretar personvern er ennå ikke tilgjengelig.

I Norge er det krav om at tilgang til pasientjournaler for forskningsformål, har samfunnsmessig nytte. Innhenting av helseopplysninger fra pasientjournal krever samtykke fra pasienten og dispensasjon fra taushetsplikten av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Helsedirektoratets legestillingsregister inneholder nå-data om alder, kjønn, stilling, statsborgerskap, autorisasjonsår og spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Med nødvendige godkjenninger åpnes det for forskning der vurderinger av innholdet i den elektroniske pasientjournalen kan sammenholdes med opplysninger om legekarakteristika.

Sammenhenger mellom pasientklager og legevaktjournalen

En vurdering av innholdet i de enkelte journalelementene bør kunne gi innblikk i beslutningsprosessen fram til behandling eller tiltak. Vi fikk godkjenning til en sammenliknende studie av to legegrupper: en gruppe som hadde mottatt pasientklage og en kontrollgruppe som bestod av tre tilfeldig

valgte leger for hver lege som fikk klage. Ti legevakter ble rekruttert fra både by og landdistrikt (18).

Vi utviklet et dataprogram for uthenting av komplette journalnotater med regningskort knyttet til pasientklagen. De tre tilfeldige kontrolljournalene ble hentet ut fra samme dag eller dagene forut fra samme legevakt. Alle data som kunne identifisere klager eller påklaget lege, ble aidentifisert. Deltakende legevakter mottok ingen reservasjoner for deltakelse, verken fra pasienter eller leger. Vi fikk tilgang til anonymiserte data fra Helsedirektoratets legestillingsregister. Innhenting foregikk i halvannet år med avslutning i 2017.

Vi ønsket å studere journalnotatet som knyttet seg til pasientklagen, for å identifisere elementer i journalføringen som kunne forklare klagen. Journalgjennomgangen rettet seg derfor mot anamnese, funn ved klinisk undersøkelse, laboratorieundersøkelser, forskrivning av legemiddel, diagnose og tiltak. Kontrollmaterialet ble benyttet til sammenlikning av påviste feil etter og uten klage. For alle legene ble omtalte legekarakteristika hentet fra legestillingsregisteret.

Vårt inklusjonskriterium var pasientklage på behandling eller tiltak – ikke på legevaktlegens imøtekommenhet. Manglende imøtekommenhet kan vanskelig vurderes i samsvar med belastningsbegrepet.

I prosjektets klagegruppe ble 78 tilfeller inkludert. Vi fant signifikant høyere andel klager på leger uten spesialitet i allmennmedisin og lavere andel leger med høy vaktbelastning siste fjorten dager. Ingen vakter i løpet av de foregående fjorten dager ga høyest sannsynlighet for pasientklage. Økende vaktbelastning ga ikke økende klagefrekvens. Dette kan indikere en 'blikjent'-faktor for å forebygge pasientklager.

Pasientjournalens innhold i klagegruppen og kontrollene

Pasientklager er uvurderlige i kvalitetssikringssammenheng, men i sitt vesen er de subjektive ytringer. Kvaliteten på helsetjenesten kan først bedømmes etter gjennomgang av foreliggende dokumentasjon på gitt helsehjelp. Gjennomgang med vurdering av journalnotatene var derfor det sentrale i den andre delen av prosjektet (19).

I mangel av klassifikasjonssystem ble vurderingen av pasientjournalene foretatt i henhold til rapporten *Læring av feil og klagesaker* (17, 20). De medisinskfaglige vurderingene ble gjort med utgangspunkt i helsepersonellovens krav om forsvarlig behandling definert som ikke «egnet til å påføre pasienter betydelig belastning». I rapporten beskrives hvordan formuleringen er oppfattet i 13 tilsynssaker fra allmennlegetjenesten. Forfatteren er den samme som vurderte alle pasientklagene og journalene i disse to studier.

ene (18, 19). Andelen som ble vurdert som feil var i kontrollgruppen 3 % av 217 tilfeldig innhentede journaler. Vurderingene knyttet seg til opplysninger i journalen om tiltak eller behandling. Andelen var som i den nederlandske studien (5).

Kontrollgruppen var ikke stor nok til å kunne trekke sikre konklusjoner om journalføringens betydning for riktig tiltak. Utilstrekkelig anamnese ble påvist hos 19 % av mannlige leger og hos 9 % av kvinnelige leger, men på grunn av få tilfeller var det ikke mulig å påvise statistisk signifikans.

I klagegruppen ble det derimot gjort sikre funn. I mer enn halvparten av journalene ble det avdekket feil som kunne føre til betydelig belastning for pasienter. Kvinnelige leger hadde signifikant høyere andel feilfrie journaler sammenliknet med sine mannlige kolleger. De kvinnelige legene hadde også en lavere andel journaler der innholdet ble vurdert som utilstrekkelig eller uklart. Dette er i samsvar med kjønnsforskjellen vist i metaanalysen (11).

Legevaktarbeid blir ofte utført under tidspress. Journalføringen er derfor krevende. At det ikke ble påvist sikker forskjell for de øvrige legevaktvariablene, kan kanskje forklares av de norske kravene om etterutdanning før selvstendig arbeid i legevakt (1).

Beslutningsprosessen – diagnose eller tiltak?

I studien av tilsynssaker som ble publisert i 2006, ble det funnet signifikant sammenheng mellom påvist uforsvarlighet etter helsepersonelloven og ikke erkjent alvor (4). *Bekreftelsesfellen* kan være en viktig årsak til feil valg av behandling eller tiltak (21). I dette uttrykket ligger det å søke etter informasjon som støtter våre antakelser, og tone ned eller ignorere motstridende informasjon. Det kan antas at denne fellen i sterkest grad opptrer under opptak av sykehistorien ved ikke-erkjent alvor.

Riktig behandling forutsetter ikke nødvendigvis korrekt diagnose, og i flere studier blir det påpekt behov for økt oppmerksomhet knyttet til beslutningsprosessen fram til behandling eller tiltak (6, 7, 22). Betydningen av dokumentert beslutningsgrunnlag for valg av behandlingstiltak, var derfor et vesentlig moment ved gjennomføringen av legevaktprosjektets tredje del. Vi ønsket å undersøke om noen av journalens elementer er førende i prosessen fram til tiltak: anamnese, klinisk undersøkelse, laboratorieundersøkelser og legemiddelvalg.

Det hevdes ofte at «historytaking is the greatest art in medicine», og at diagnosen i de fleste tilfellene kan stilles ved sykehistorien alene. En britisk studie fra 1975 omfattet retrospektive vurderinger av 80 henviste pasienter ved medisinsk poliklinikk (23). I 83 % av tilfellene ble sykehistorien alene

oppfattet som tilstrekkelig for diagnosen og i 75 % tilsvarende for behandlingen, mens for 9 % av tilfellene var den kliniske undersøkelsen avgjørende.

I 1992 ble en liknende studie publisert med 80 pasienter fra medisinsk poliklinikk (24). Denne studien ble utført prospektivt. I 76 % av tilfellene ledet sykehistorien til diagnosen, mens andelen var 12 % for den kliniske undersøkelsen og 11 % for laboratorieprøver. Sammenheng med behandlingen ble i denne studien ikke undersøkt. Ved et konfidensnivå på 95 % var det i 14–34 % av tilfellene behov for mer informasjon enn sykehistorien for å kunne stille diagnosen (klinisk undersøkelse og/eller laboratorieundersøkelser). Sammenhengen kan variere avhengig av diagnose; eksempelvis hjerte- og karsykdom eller mage- og tarmproblem. Det kan dessuten være vanskelig å skille informasjon innhentet fra opptak av sykehistorien, klinisk undersøkelse og laboratorieprøver.

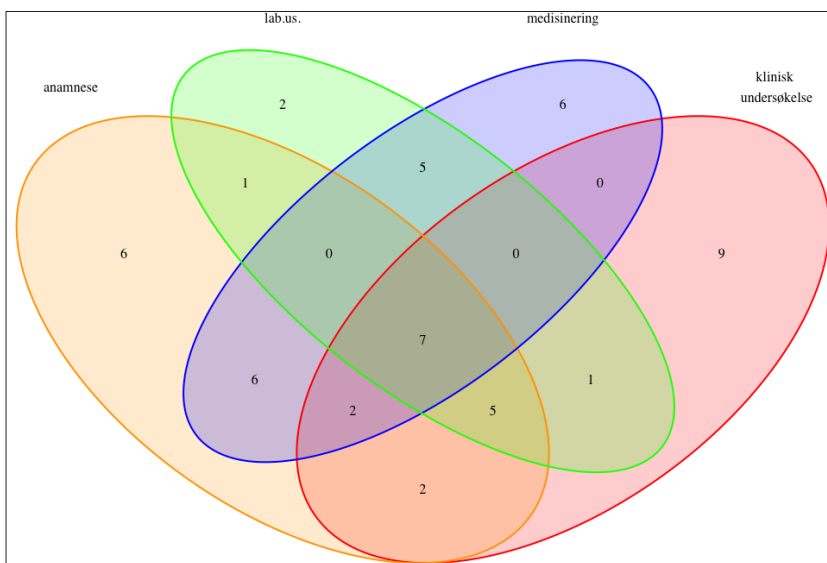
I den autoritative læreboken *Allmennmedisin* står det at diagnosene kan stilles ved sykehistorien alene i kanskje 90 % av akutt-tilfellene på legevakt (25), men også at «det er stor variasjon mellom ulike sykdomsgrupper og organsystemer».

Medisinskfaglige feil i legevaktjournaler

I de to omtalte studiene som viste klar sammenheng mellom anamnesen og diagnosen eller behandlingen, var det fortløpende innhentet uselekterte journaler i et antall som samsvarer med klagegruppen i vårt prosjekt (18, 23, 24). Det medisinskfaglige innholdet i de to studiene ble ikke vurdert med henblikk på feil.

Vi ønsket å undersøke om en tilsvarende sammenheng kunne påvises i vårt materiale, som var vurdert med henblikk på medisinskfaglige feil (18, 19). Som omtalt, viste dette materialet seg å være tilstrekkelig for statistisk analyse av de enkelte legefaktorer knyttet til deltakelse i legevaktarbeid og påvisning av feil. Det viste seg derimot ikke å være tilstrekkelig for statistisk analyse av betydningen av de enkelte journalelementene.

For å vise de logiske forbindelsene mellom journalelementene, ble derfor data satt inn i et Venn-diagram (figur 1). Dette viser hvordan vurderingene av de enkelte elementene fordeler seg i de 64 journalene der feil behandling eller tiltak ble påvist. Det var omtrent like mange som hadde utilstrekkelig anamnese og utilstrekkelig klinisk undersøkelse; henholdsvis syv og ni journaler. Syv journaler var utilstrekkelige for alle fire variablene. I tolv journaler, nær en femdel, ble det ikke påvist feil for noen av de fire variablene. Like fullt ble tiltaket vurdert som feil. Dette kan gi inntrykk av at journalføring i legevakt i begrenset grad påvirker beslutningsprosessen, i tilfeller der iverksatt behandling eller tiltak blir vurdert som feil.



Figur 1. Fordeling av vurderte journalelementer i en studie av journaler (n=77) etter pasientklage. Feil tiltak eller behandling ble påvist i 64 tilfeller. Figuren viser fordeling av påviste feil knyttet til angitte journalelementer (n=52).

Bruk av Venn-diagrammet gir et interessant bidrag til analyse av beslutningsprosessen, der feil tiltak er påvist ved pasientklage. At sykehistorien ikke framstår som førende i prosessen, avviker fra omtalte studier av journalelementenes betydning for *diagnosen* (23, 24). I disse studiene ble uselekterte journaler inkludert. Vår studie har utgangspunkt i pasientklager til legevakt. Pasientklager forårsakes overveiende av opplevd feil *behandling* (26).

Slik journalelementene framstår i klagematerialet fra legevakt, kan det gi inntrykk av manglende struktur i den kliniske tilnærmingen. Dette kan oppfattes som uttrykk for sviktende medisinskfaglige beslutningsprosesser (7, 16, 27). Det er vanskelig å finne forklaringer på dette, utover å se hen til hvordan arbeid i legevakt er tilrettelagt.

Litteratur

1. Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C et al. *Legevakthåndboken*. <https://www.lvh.no> (11.11.2022).
2. *Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168> (11.11.2022).

3. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22: 371–9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq042>
4. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2006; 126: 166–9. <https://tidsskriftet.no/2006/01/aktuelt/medisinsk-faglige-vurderinger-i-tilsynssaker-mot-allmennleger> (11.11.2022).
5. Smit M, Huibers L, Kerssemeijer B et al. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of patient records. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 335–44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-335>
6. Schauer GF, Robinson DJ, Patel VL. Right diagnosis, wrong care: patient management reasoning errors in emergency care computer-based case simulations. *American Medical Informatics Association Annual Symposium Proceedings* 2011; 2011: 1224–32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243267/> (11.11.2022).
7. Cook DA, Stephenson CR, Gruppen LD et al. Management reasoning scripts: Qualitative exploration using simulated physician-patient encounters. *Perspectives on Medical Education* 2022; 11: 196–206. <https://doi.org/10.1007/s40037-022-00714-y>
8. *Helsepersonelloven*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (11.11.2022).
9. *Uttalelse fra Statens helsetilsyn – Revidering av rundskriv om helsepersonelloven*. Uttalelse til Helsedirektoratet 7.11.2011. <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/brev-og-horingsuttalelser/brev-horingsuttalelser-2011/Revidering-av-rundskriv-om-helsepersonelloven-horingsuttalelse/> (11.11.2022).
10. Harbitz, MB, Stensland PS, Abelsen B. Medical malpractice in Norway: frequency and distribution of disciplinary actions for medical doctors. *BMC Health Services Research* 2021; 324: 2011–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06334-2>
11. Unwin E, Woolf K, Wadlow C et al. Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* 2015; 13: 172. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0413-5>
12. Ring P, Neyse L, David-Barett T et al. Gender differences in performance predictions: evidence from the Cognitive Reflection Test. *Frontiers in Psychology* 2016; 7: 1680. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01680>
13. Anvik T, Grimstad H, Baerheim A et al. Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills—a nationwide cross-sectional study. *Medical Teacher* 2008; 30: 272–9. <https://doi.org/10.1080/01421590701784356>
14. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288: 756–64. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
15. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 217–24. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00174-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00174-x)
16. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298: 993–1001. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993>
17. Wallace E, Cronin S, Murphy N et al. Characterising patient complaints in out-of-hours general practice: a retrospective cohort study in Ireland. *British Journal of General Practice* 2018; 68: e860–8. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X699965>

18. Bratland SZ, Baste V, Steen K et al. Physician factors associated with increased risk for complaints in primary care emergency services: a case – control study. *BMC Family Practice* 2020; 21: 201–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01272-0>
19. Bratland SZ, Baste V, Steen K et al. Physician factors associated with medical errors in Norwegian primary care emergency services. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2021; 39: 413–8. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1973240>
20. Bratland SZ, Lundevall S, red. *Læring av feil og klagesaker*. Rapport fra Helsetilsynet 7/2009: 92–124. www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport7_2009.pdf (11.11.2022).
21. Bratland SZ. Uønskete hendelser – kan bekreftelsesfellen unngås? *Utposten* 2011, nr. 3: 20–1. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/artikler/2011/uonskede_hendelser_bratland_utposten.pdf/ (11.11.2022).
22. Hartigan S, Brooks M, Hartley S et al. Review of the basics of cognitive error in emergency medicine: still no easy answers. *Western Journal of Emergency Medicine* 2020; 21: 125–31. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.47832>
23. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 1975; 2: 486–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5969.486>
24. Petersen MC, Holbrook JH, Von Hales D et al. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *Western Journal of Medicine* 1992; 156: 163–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1003190/> (11.11.2022).
25. Hunskaar S, red. *Allmenntmedisin: klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal, 1997: 19–20. <https://www.nb.no/items/a625c6578abf08d55175723843854093?page=19> (11.11.2022).
26. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality and Safety* 2014; 23: 678–89. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002437>
27. van Dael J, Reader TW, Gillespie A et al. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. *BMJ Quality and Safety* 2020; 29: 684–95. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009704>

Svein Zander Bratland
 svein.bratland@uib.no
 Institutt for global helse og samfunnsmedisin
 Universitetet i Bergen

Svein Zander Bratland er spesialist i allmenntmedisin og i samfunnsmedisin med 40 års erfaring i allmenntpraksis. De siste årene har han vært ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, og er nå tilknyttet Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.