

Når lægejournalen er det bedste vidne

Advokat Synne Søndergaard

SIRIUSadvokater

Lægejournalen er et vigtigt internt arbejdsredskab for den enkelte læge, men lægejournalens værdi og anvendelse ændrer sig, når journalen bliver en vigtig brik i domstolens og Retslægerådets behandling af erstatnings- og forsikrings-sager.

I behandlingen af erstatningssager spiller lægejournalen en stor rolle både i og uden for domstolene. De lægelige oplysninger bruges til at dokumentere, om en vis erstatningspådragende begivenhed har medført en legemlig eller psykisk skade, eksempelvis i arbejdsskadesager eller ved trafikuheld. Udviklingen i de seneste 20 år viser en væsentlig ændring af brugen af lægejournaler, og lægejournalers betydning i erstatningssager ser ikke ud til at blive mindre i de kommende år. Udviklingen rejser imidlertid flere spørgsmål i forbindelse med beskyttelse af patienternes retstilling: Hvilken betydning har brugen af lægejournaler for beskyttelsen af fortroligheden mellem læge og patient? Hvor går grænsen for indhentning af journaloplysninger? Er det hensigtsmæssigt, at jurister og domstole laver juridiske fortolkninger på baggrund af en lægejournal? Og hvordan kan man sikre, at evt. fejl i eller fejlfortolkninger af en lægejournal ikke får den afgørende betydning i en erstatningssag?

Betydningen af lægejournalens indhold i erstatningssager

Optegnelsen af en lægejournal beskrives i bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers og andres patientjournaler. I bekendtgørelsens § 8, stk. 1, nr. 2b fremgår det, at journaloptegnelser i forbindelse med konkret patientkontakt bl.a. skal indeholde årsagen til kontakten, beskrivelse af patientens sygehistorie og nuværende tilstand samt oplysninger om aktuell behandling.

Optegnelserne kan være en fordel for både forsikrings-selskaberne og den skadelidte. Dansk erstatningsret har det klare formål, at den skadelidte skal stilles, som om skaden ikke var sket, hverken værre eller bedre. Det er ikke muligt at dokumentere, hvordan tilværelsen for den skadelidte ville have set ud, såfremt ulykken ikke var indtrådt. Derfor går aktørerne i form af advokater og forsikrings-selskaber i gang med at lave et puslespil, der på bedst mulig måde giver et billede af den skadelidtes helbredsmæssige og erhvervsmæssige situation med skaden og uden skaden. Her er nogle af de vigtigste brikker de lægelige oplysninger i sagen.

Udviklingen i brug af lægejournalen

For at få en nærmere indsigt i nogle af de nævnte problemstillinger om brug af lægejournaler i erstatningssager, er det vigtigt at se på, hvordan udviklingen har været, og hvilke konsekvenser den har fået.

Optegnelser i lægejournaler var oprindeligt og er fortsat tænkt som et internt arbejdsredskab til lægens eget brug eller til brug for andre læger. Ved offentlighedsloven af 1. januar 1987 fik patienter ret til aktindsigt i egen journal ved offentlige sygehuse. Forud for indførelsen af denne regel gav domstolene ikke adgang til journalindsigt i lægejournaler. Østre Landsret afviste i 1981 fremlæggelse af en lægejournal, der blev forelagt Retslægerådet ved behandlingen af en sag om patientskade efter en operation [1]. Dette var naturligvis ikke hensigtsmæssigt, og loven forbedrede derfor patienternes retsstilling. Den 1. januar 1994 fik patienterne tilsvarende ret til indsigt i privatpraktiserende lægers journaler. Siden har spørgsmålet om fremlæggelse af lægejournaler i retssager været behandlet af domstolene flere gange med forskellige resultater [2, 3]. Senest har Højesteret taget stilling til spørgsmålet om fremlæggelse af en lægejournal i en konkret sag, hvor Højesteret fandt, at beskyttelsen af personfølsomme oplysninger skulle tilsidesættes, fordi de lægelige oplysninger var nødvendige for at domstolen kunne få de fulde oplysninger til brug for retssagen [4]. Dermed er der åbnet for forsikringsselskabernes adgang til personfølsomme oplysninger, og man må forvente, at forsikringsselskaberne i større omfang vil benytte sig af den for at få et indblik i den fulde lægejournal.

Det er vigtigt at understrege, at det formentlig må bero på en konkret vurdering af den aktuelle sag, om der kan kræves komplet journalindsigt, og i givet fald hvor lang en tidsperiode man må forvente, der kan anmodes om indsigt i. I den nævnte Højesteretssag var baggrunden for forsikringsselskabets anmodning om fuld journalindsigt i to år forud for skaden, at den praktiserende læge i en forsikringserklæring havde oplyst, at der havde været forudbestående gener i samme område, som skaden var opstået i, og at den tilskadekomne halvandet år efter ulykken var involveret i et nyt uheld. Man skal derfor ikke læse Højesterets kendelse som et carte blanche til forsikringsselskaberne.

Muligheden for aktindsigt efterlader nogle ubesvarede spørgsmål. Skal komplet journalindsigt tillades, hvis oplysningerne er helt uden interesse for den verserende sags hovedspørgsmål? Er det rimeligt, at der ved fremlæggelse af en komplet lægejournal samtidig fremkommer oplysninger om underlivsundersøgelser, kønssygdomme, astma/allergi og lignende? Og hvis man svarer nej, naturligvis ikke – hvem skal så bedømme, om en oplysning er uden sikker relevans for sagen? Højesterets kendelse giver med sin konkrete begrundelse

et fingerpeg om, at det må forventes, at der skal være en grund til, at man anmoder om aktindsigt, og der skal være tale om en rimelig periode, men hvor grænsen går, vides endnu ikke, og svaret må bero på domstolene eller evt. lovgivernes fremtidige behandling af spørgsmålet. Dernæst giver praksis anledning til spørgsmål om, hvorvidt brug af lægejournaler alene skal gælde for verserende retssager, eller om det tilsvarende skal være muligt for forsikringselskaber at anmode om fuld journalindsigt med henvisning til Højesterets kendelse, selv om der ikke verserer nogen retssag?

I 1998 blev der indgået en aftale mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om indhentning af supplerende oplysninger dels ved forsikringstegning, dels ved en indtruffen forsikringsbegivenhed. Lægeforeningen forsøgte gennem aftalen at begrænse forsikringselskabernes adgang til journalerne. Alligevel ser man flere forsikringselskaber, der med samtykke fra den skadelidte anmoder om fuld journalindsigt for en kortere eller længere periode. Jeg skal understrege, at dette ikke er hovedreglen, men udviklingen, hvor det, at domstolene har åbnet for tilladelse til fuld journalindsigt, giver anledning til overvejelser om, hvorvidt brugen af fuld journalindsigt ikke kan forventes at eskalere. Hvis man begrænser adgangen til fuld journalindsigt ved alene at tillade det i verserende sager ved domstolene, kan man frygte, at et forsikringselskab, der ikke får adgang til fuld journalindsigt, vil nægte udbetaling af erstatning. Den skadelidte er herefter nødt til at anlægge sag ved domstolene, og derved får forsikringselskaberne mulighed for gennem domstolene at få den fulde journalindsigt. Derfor er det næppe en holdbar løsning, at det alene er ved domstolene, at der kan gives aktindsigt. Svaret på, hvor og hvornår der kan anmodes om fuld eller delvis journalindsigt, må afventes, til det har været behandlet af lovgiver eller domstolene. Foreløbig må det forventes, at journalindsigt gives både i og uden for domstolene, men der må fortsat arbejdes på at begrænse adgangen mest muligt for at beskytte fortroligheden mellem læge og patient.

Retslægerådets brug af lægejournalen

Der er sket en stigning af erstatningssager, der forelægges domstolene. Da erstatningsretlige tvister ved domstolene som hovedregel forelægges Retslægerådet, kan stigningen aflæses i Retslægerådets årsrapport. I 1996 blev der optalt i alt 158 forespørgsler vedrørende arbejdsskader, erstatningssager og pensionssager [5]. I 2005 var tallet 641, og antallet forventes at stige [6].

Retslægerådets opgave er, jf. lov om Retslægerådet § 1, at afgive lægevidenskabelige skøn til offentlig myndighed i sager om enkeltpersoners retsforhold. Der er altså tale om en sagkyndig udtalelse til vejledning for sagens parter og domstolene. Retslægerådet anmoder ofte om komplet journalindsigt i erstatningssager, der forelægges for Retslægerådet. Stigningen i sager, der bliver forelagt for Retslægerådet, medvirker derfor til lægejournalernes betydning i behandlingen af er-

statningssager. Det stiller krav til de juridiske parter, både dommere og advokater, idet det kræver forståelse af de lægelige oplysninger og forståelse af Retslægerådets svar. Retslægerådet har ved adskillige lejligheder kritiseret advokaternes spørgsmål til Retslægerådet i erstatningssager. I betænkning om Retslægerådet fra 1990 kræves det, at spørgsmål til Retslægerådet er konkrete, klare, neutrale og relevante, og at de er omfattet af Retslægerådets sagkundskab. Det udelukker generelle, hypotetiske og juridiske spørgsmål. Det skaber til tider modsætninger, når den juridiske tvist angår juridiske spørgsmål. Den typiske problemstilling drejer sig om årsagssammenhæng, der juridisk set er væsentlig anderledes end den medicinske brug af årsagssammenhæng. Den lægelige bedømmelse af årsagssammenhæng sker normalt ud fra, om en given skade medicinsk har medført en helbredsmæssig påvirkning, hvor den juridiske måde at vurdere årsagssammenhæng på er mere kompleks, men i sidste ende kan årsagssammenhæng vurderes ved spørgsmålet om, hvorvidt den pågældende helbredspåvirkning ville være opstået, hvis ulykken ikke var sket. Kan dette med overbevisende sandsynlighed besvares benægtende, må helbredspåvirkningen anses for at være en følge af skaden. Et eksempel på denne forskel ses i en landsretsdom fra 2003, hvor begrundelsen for årsagssammenhæng netop gik på, at der efter grundig undersøgelse ikke blev fundet andre årsager til den angivne helbredspåvirkning end ulykkens indtræden. Dette skete, selv om Retslægerådet på baggrund af de lægelige oplysninger ikke fandt tidsmæssig årsagssammenhæng mellem en trafikulykke og en blodprop i hjernen. Der gik i sagen 14 dage efter ulykken, før der lægeligt blev noteret en neurologisk påvirkning med snurrende fornemmelse i hånden og underarmen, men efter forklaringer for Landsretten blev det lagt til grund, at symptomerne opstod få dage efter ulykken [7]. Selv om der er tale om en konkret sag, viser den ikke alene forskellen på juridiske og medicinske vurderinger, men samtidig vigtigheden af, at de lægejournaler, der forelægges Retslægerådet er fyldestgørende og dermed opfylder kravene i bekendtgørelsen om beskrivelse af sygehistorie og en gengivelse af samtlige symptomer. Er dette ikke tilfældet, eller hvis der i journalen forekommer fejl eller oplysninger, der kan misforstås, kan det få en stor betydning for patienternes retssikkerhed. Desværre er patienterne ofte ikke bekendt med indholdet af journalen og får derfor ikke rettet evt. fejl eller misforståelser. Selv banale fejl, som medicinsk er uden betydning, kan medføre uventede problemstillinger i behandlingen af personskadessager.

Brugen af lægejournaler i erstatningssager må anses for at være en nødvendighed for at fortælle den relevante historie, men det sker ikke uden komplikationer. Fremtiden må vise, om denne brug af lægejournaler er hensigtsmæssig, herunder om brugen af lægejournalen går for vidt, eller om anvendelsen af lægejournalen sker på betryggende vis set i forhold til retssikkerheden for både patienten og lægen. Det kan næppe være rimeligt, at danske læger skal skrive journa-

lerne med en juridisk anvendelse for øje, men samtidig bør danske læger være opmærksomme på, at deres optegnelser indeholder et vigtigt vidnesbyrd i behandlingen af erstatningssager.

Korrespondance: *Synne Søndergaard*, Personaleafdelingen, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: synne.soendergaard@rh.regionh.dk

Antaget: 24. august 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Østre Landsrets kendelse af 24. september 1981. Ugeskrift for Retsvæsen, 1984:207. www.thomson.dk/marts2007.
2. Forsikrings- og Erstatningsretlig Domssamling. København: Forlaget Vandkunsten, 1998:1113.
3. Ugeskrift for Retsvæsen 2006:383. www.thomson.dk/marts2007.
4. Ugeskrift for Retsvæsen 2007:196. www.thomson.dk/marts2007.
5. Retslægerådets Årsberetning 1996. København: Jespersen Tryk + Digital, 1997.
6. Retslægerådets Årsberetning 2003-2005. København: Jespersen Tryk + Digital, 2006.
7. Forsikrings- og Erstatningsretlig Domssamling. København: Forlaget Vandkunsten, 2003:1806.

Hvordan alarmeres præhospitalt hjertestop?

Reservelæge Ole Pagh Mathiesen,
overlæge Søren Loumann Nielsen &
seniorforsker Lars Simon Rasmussen

Rigshospitalet, HovedOrtoCentret

Resume

Introduktion: I Danmark kan enhver person med behov for akut hjælp ringe 112 og derved få kontakt til en alarmcentral, hvor ikkesundhedsfagligt personale vurderer, hvilken type af hjælp der skal rekvireres. En eventuelt udsendt ambulance får en specifik alarmmelding. I denne undersøgelse har vi opgjort, hvilke alarmmeldinger der blev anvendt for H:S Lægeambulance, når der efterfølgende blev diagnosticeret hjertestop.

Materiale og metoder: Vi analyserede samtlige alarmmeldinger for H:S Lægeambulance i perioden 2000-2006. Den udsendte speciallæge foretog registrering med diagnose efter hver udrykning. I de tilfælde, hvor der blev diagnosticeret hjertestop, har vi set på, hvilken alarmmelding der blev anvendt, idet vi inddelte alarmmeldingerne i »hjertestop«, »mulig mors«, »bevidstløs«, »hjertetilfælde« og »diverse« (sidstnævnte fordelt på 40 alarmmeldinger).

Resultater: Der var i alt 52.088 alarmmeldinger, og i 2.902 tilfælde blev der diagnosticeret hjertestop. Ca. 32% af alle hjertestop blev fundet hos patienter med alarmmeldingen »hjertestop«. 68% var meldt som noget andet, hvor »bevidstløs« udgjorde 21%. Hos 41% af patienterne med alarmmeldingen »hjertestop« kunne dette ikke bekræftes ved lægens ankomst.

Konklusion: Kun ca. 32% af patienterne med hjertestop blev meldt som sådan. Man må formode, at en større del af patienterne har haft hjertestop på alarmeringstidspunktet, men at dette ikke blev erkendt. Alarmeringen af præhospitalt hjertestop kan antagelig forbedres, og alarmcentralen har en central rolle.

I Danmark kan enhver telefonisk anmode om hjælp ved at kontakte 112. Opkaldet modtages på alarmcentraler, der er bemandede med ikkesundhedsfagligt personale, som har kom-

petence til at beslutte, om der skal sendes en ambulance. Beslutningen tages på grundlag af de givne oplysninger og eventuelle supplerende spørgsmål. Alarmoperatøren kan også rådgive om relevant førstehjælp, men der finder ikke nogen systematisk udspørgen sted [1]. Når der udsendes en ambulance, sker det med en specifik alarmmelding f.eks. astma eller hjertetilfælde. Alarmmeldingen bliver videreformidlet til ambulancepersonalet, og der bliver eventuel samtidig udsendt en specialuddannet akutlæge.

Ved hjertestop er tidsfaktoren altafgørende for prognosen. Man regner med, at chancen for genoplivning falder 7-10% pr. minut, hvor patienten er uden kredsløb [2]. Derfor er det især ved denne tilstand væsentligt, at der er en klar dialog mellem anmelder og personale på alarmcentralen, og at dialogen hurtigst muligt ender med den rette konklusion. Derved kan lægmand koncentrere sig om at give basal genoplivning, og der kan vindes dyrebar tid, indtil ambulancepersonalet og akutlæge kommer frem og påbegynder avanceret hjerte-lunge-redning efter gældende retningslinjer [3].

Formålet med denne undersøgelse var at belyse, hvilke alarmmeldinger alarmoperatøren anvendte i de tilfælde, hvor lægen på H:S Lægeambulance ved ankomsten til patienten konstaterede hjertestop.

Materiale og metoder

Undersøgelsen bygger på H:S Lægeambulancens registrering af alarmmeldinger og diagnoser over en periode på seks år (fra den 1. januar 2000 til den 31. december 2005). Vi inddelte alarmmeldingerne i følgende fem kategorier: hjertestop, mulig mors, bevidstløs, hjertetilfælde (selvstændige alarmmeldinger) og diverse (øvrige 40 alarmmeldinger).

I de tilfælde, hvor lægen diagnosticerede hjertestop, så vi på, hvilken alarmmelding som blev lagt til grund for udrykningen. Ved H:S Lægeambulance anvendes diagnosen hjertestop i alle situationer, hvor patienten ikke udviser tegn på liv