

## Høring over udkast til vejledning om sygeplejefaglig journalføring

(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver)

### Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	2
1.1 Målgruppe .....	2
1.2 Anvendte begreber .....	2
2. Journalen .....	3
2.1 Formål med journalen .....	4
2.2 Patientrapporterede oplysninger og oplysninger indsendt af patienten m.v. ....	4
3. Journalføringspligt og ansvar .....	5
3.1 Journalføring af opgaver, som overdrages .....	5
3.2 Tidspunkt for journalføring .....	5
3.3 Rådgivning og konferencebeslutninger .....	5
3.4 Undtagelser til journalføringspligten .....	6
4. Form og sprog .....	6
4.1 Journalens form .....	6
4.2 Journalens sprog .....	7
5. Indhold .....	7
5.1 Oplysninger journalen skal indeholde .....	7
5.2 Øvrige nødvendige oplysninger i journalen .....	8
5.3 Oplysning om information og samtykke til behandling .....	10
5.4 Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter .....	11
6. Rettelser og tilføjelser .....	12
7. Videregivelse, indhentelse, aktindsigt m.v. ....	12
7.1 Videregivelse af journaloplysninger .....	12
7.2 Samtykke til indhentning af oplysninger .....	13
7.3 Hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentelse af helbredsoplysninger m.v. ....	13
7.4 Aktindsigt .....	14
8. Ledelsens ansvar .....	14
8.1 Krav om fornødne instrukser for journalføring .....	14
8.2 Ansvar for adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre .....	15
8.3 Hvis journalsystemet bliver utilgængeligt pga. nedbrud m.v. ....	15
9. Opbevaring .....	15
10. Ikrafttrædelse .....	15

## 1. Indledning

Denne vejledning uddyber og præciserer bekendtgørelse nr. XX af X. X 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen henvender sig til sygeplejefagligt personale og medarbejdere, der varetager sygeplejefaglige opgaver, og er en ud af fem vejledninger om journalføring inden for sundhedsvæsenet.

Vejledningens formål er at understøtte, at sygeplejefaglig journalføring udføres korrekt og i nødvendigt omfang, så journalen medvirker til, at patienten får et sammenhængende forløb med sikkerhed og kvalitet i pleje og behandling.

Vejledningen gælder på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet og omfatter alle behandlingssteder, hvor personale som led i sundhedsmæssig virksomhed udfører pleje og behandling af patienter.

Vejledningen beskriver den omhu og samvittighedsfuldhed, som sundhedspersoner skal udvise ved deres journalføring, og præciserer sundhedspersonernes og behandlingsstedernes ansvar i forbindelse med journalføringen.

### 1.1 Målgruppe

Vejledningen omfatter autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og ikke-autoriseret personale, som arbejder under en autoriseret sundhedspersons ansvar, fx social- og sundhedshjælpere, pædagoger, plejehjemsassistenter, sygehjælpere, ufaglærte, studerende, elever m.v. Pædagogisk personale m.v., der varetager sygeplejefaglige opgaver, fx på bosteder eller i psykiatrien, er således også omfattet af vejledningen og vil i denne vejledning indgå i begreberne *sygeplejefagligt personale* samt *sundhedspersoner*.

### 1.2 Anvendte begreber

#### *Sundhedspersoner*

Ved sundhedspersoner forstås personer, der i henhold til særlig lovgivning er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på deres ansvar. Sundhedspersoner skal således forstås bredt og omfatter blandt andet sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger og andre relevante faggrupper, herunder også personale, der ikke er sygeplejefagligt uddannet, men som handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar.

Efter denne vejledning handler en person på en autoriseret sundhedspersons ansvar, når personen generelt eller konkret får overdraget en sundhedsfaglig opgave, som en autoriseret sundhedsperson ellers havde ansvaret for. Dette gælder, uanset om den, der overtager opgaven, selv er autoriseret sundhedsperson eller ej. Det omfatter også tilfælde, hvor ledelsen på et behandlingssted generelt tilrettelægger eller konkret beslutter, at ikke-autoriserede kan varetage bestemte sundhedsfaglige opgaver.

### *Sygeplejefagligt personale*

Ved sygeplejefagligt personale forstås i denne vejledning personale, som udfører sygeplejefaglige opgaver, pleje og behandling inden for sundhedsvæsenet.

### *Overdragelse af sundhedsfaglige opgaver*

Når man får overdraget en sundhedsfaglig opgave fra en autoriseret sundhedsperson, er der efter denne vejledning både tale om opgaver, som indebærer en delegation af opgaver, som det er forbeholdt bestemte autoriserede sundhedspersoner at udføre, og opgaver som alle sundhedspersoner må udføre.

### *Ledelse*

Ved ledelsen henvises der i denne vejledning til den daglige administrative ledelse, som har ansvaret for den lokale arbejdstilrettelæggelse og udarbejder og/eller implementerer generelle sundhedsfaglige instrukser.

### *Behandlingssted*

Ved et behandlingssted forstås i denne vejledning en selvstændig virksomhed, hvor eller hvorfra en eller flere sundhedspersoner udfører behandling, fx sygehuse, klinikker, ambulatorier, almen praksis, offentlige og private institutioner (fx plejehjem, bosteder eller kommunale rehabiliteringscentre, midlertidige pladser, sygeplejeklinikker) og private hjem (fx hjemmepleje og hjemmesygepleje).

### *Pleje og behandling*

Ved pleje og behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, identifikation af sygeplejefaglige problemområder, sygdomsbehandling, medicinering, genoptræning, planlagt og udført sundhedsfaglig pleje, forebyggelse, sundhedsfremme, dataindsamling (fx ved indlæggelse), lindring, information, forebyggelsestiltag og indsatser, der understøtter patientinvolvering, mestring, rehabilitering, recovery og motivation, som indgår i sundhedsfaglig virksomhed rettet mod den enkelte patient. Observation af patientens tilstand og effekten af pleje og behandling er også en del af begrebet.

### *Generelt informeret samtykke*

Ved et generelt informeret samtykke forstås et udtrykkeligt samtykke, der er givet af en varigt inhabil patients repræsentant til, at patienten i fremtidige situationer kan modtage en række bestemte mindre behandlinger og undersøgelser, hvis der opstår behov for dette.

## **2. Journalen**

Ved en patientjournal forstås notater, som oplyser om patientens tilstand, planlagte og udførte pleje og behandling, herunder fx hvilken information der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet på den baggrund. Journalen kan indeholde private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, hvis de er relevante for patientens pleje og behandling.

Der skal oprettes én sygeplejefaglig journal for hver patient. Dog kan der oprettes en fælles patientjournal for hver patient på flere behandlingssteder, når behandlingsstederne har samme ledelse og foretager samme former for behandling. Den sygeplejefaglige journal kan også være en del af en fælles tværfaglig journal.

Den sygeplejefaglige journal skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for sygepleje, så det er let for det sygeplejefaglige personale at sætte sig ind i patientens tilstand, planlagte pleje og behandling.

Vejledningen omfatter ikke udfyldelse af tvangsprotokoller til registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien eller anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. Kopi af tvangsprotokollen skal indføres i patientjournalen.

### **2.1 Formål med journalen**

Journalen er primært et arbejdsredskab og en forudsætning for en sikker og kontinuerlig pleje og behandling. Journalen giver indsigt i og overblik over pleje- og behandlingsforløbet, og den fungerer som et kommunikationsmiddel for personalet, der ofte er involveret i patientens pleje og behandling på tværs af faggrupper og sektorer.

Ud over det primære formål er journalen også et vigtigt informationsgrundlag for patienten, da den giver mulighed for indblik og inddragelse i egen pleje og behandling.

Journalen kan også bidrage til læring, kvalitetsudvikling, forskning samt dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager m.v.

### **2.2 Patientrapporterede oplysninger og oplysninger indsendt af patienten m.v.**

Patientrapporterede oplysninger er oplysninger om egen helbredstilstand og/eller behandling, som en sundhedsperson har bedt patienten om at rapportere.

Oplysninger, som patienten indsender på eget initiativ, eller oplysninger indsendt af øvrige personer på patientens vegne, skal fremgå af journalen i det omfang, de er nødvendige for behandlingen af patienten.

Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, skal vurdere, hvilke oplysninger der skal indføres i journalen.

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

### **3. Journalføringspligt og ansvar**

Enhver autoriseret sundhedsperson og andre personer, der udfører sygeplejefaglige opgaver, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed foretager pleje eller behandling af en patient, se dog pkt. 3.4.

Både autoriseret og ikke-autoriseret sundhedsfagligt personale skal altså føre journal over de sygeplejefaglige opgaver, de udfører og er ansvarlige for indholdet af deres egne notater i journalen.

Journalføring skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten.

Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, hvilken pleje og behandling der er udført samt resultatet heraf.

#### ***3.1 Journalføring af opgaver, som overdrages***

Hvis en autoriseret sundhedsperson overdrager en sundhedsfaglig opgave til andet personale, herunder til ikke-autoriseret personale, skal den, der overtager opgaven, journalføre plejen og behandlingen. Den sundhedsperson, som har overdraget opgaven, har ikke pligt til at sikre, at den, der handler på dennes ansvar, journalfører den udførte sundhedsfaglige virksomhed. Det er alene den, der udfører plejen og behandlingen, der har pligt til at føre journal. Dette gælder også i situationer, hvor overdragelsen af opgaven sker mundtligt.

Ledelsen på det enkelte behandlingssted har som led i arbejdstilrettelæggelsen ansvar for at sikre, at det sundhedsfaglige personale, som får overdraget opgaver, har de fornødne kompetencer til og muligheder for at journalføre udførelsen korrekt, se afsnit 8.

#### ***3.2 Tidspunkt for journalføring***

Når sygeplejefagligt personale har behandlet en patient, skal journalføringen ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

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

#### ***3.3 Rådgivning og konferencebeslutninger***

##### ***Rådgivning***

Der kan være behov for at rådføre sig med andre sundhedspersoner i forbindelse med pleje og behandling af en patient. En sundhedsperson, som indhenter råd fra en anden sundhedsperson i forbindelse med pleje

og behandling af en patient, er ansvarlig for, at rådgivningen journalføres. Den, der giver et råd i forbindelse med behandlingen af en patient, har ikke selv pligt til at føre journal, men hvis der er omstændigheder, som gør, at den rådgivende sundhedsperson ønsker at føre journal over de råd, som er givet, er der ikke noget til hinder for dette.

#### *Konferencebeslutninger*

Når en konkret patientbehandling drøftes på en konference, er det som udgangspunkt den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for, at konferencebeslutningen journalføres.

Hvis der i en lokal retningslinje er fastsat andre procedurer for journalføring af konferencebeslutninger på behandlingsstedet, skal den lokale retningslinje følges.

### **3.4 Undtagelser til journalføringspligten**

#### *Førstehjælp givet som tilfældigt tilstedeværende*

Pligten til at føre patientjournal gælder ikke i de tilfælde, hvor en autoriseret sundhedsperson som tilfældigt tilstedeværende yder førstehjælp. Der vil således ikke være pligt til at føre journal, hvis en autoriseret sundhedsperson uden for sit virke hjælper en person, der fx får et ildebefindende, er faldet om på gaden eller i øvrigt har et aktuelt behov for sundhedsfaglig assistance.

Det er en forudsætning, at der alene er tale om en umiddelbar afhjælpning ved en enkeltstående behandling.

#### *Ukomplicerede tilstande og foreløbig hjælp i idrætsklubber, på festivaler, landsstævner, spejderlejre og lignende*

Førstehjælp i form af sundhedsfaglig behandling, som udføres af autoriserede sundhedspersoner i idrætsklubber, på festivaler, ved landsstævner, på spejderlejre, ved sportslige begivenheder og lignende, skal ikke journalføres, hvis der alene er tale om afhjælpning af en ukompliceret tilstand. En ukompliceret behandling forudsætter som udgangspunkt, at tilstanden kan afhjælpes umiddelbart og ikke kræver et behandlingsforløb, at der ikke skal udføres operative indgreb, og at der ikke kræves ordination af receptpligtig medicin. Der kan fx være tale om rensning af sår, råd ved milde forstuvninger, råd om eller udlevering af håndkøbsmedicin m.v.

Førstehjælp i form af sundhedsfaglig behandling, som udføres af autoriserede sundhedspersoner i idrætsklubber, på festivaler, ved landsstævner, på spejderlejre, ved sportslige begivenheder og lignende, skal desuden ikke journalføres, hvis der er tale om foreløbig hjælp, og behandlingen overtages af præhospitalt personale, eller patienten henvises til at opsøge sygehus, vagtlæge, egen læge eller tandlæge.

## **4. Form og sprog**

### **4.1 Journalens form**

Journalen skal som udgangspunkt føres elektronisk, men den kan også føres på papir. Elektroniske patientjournaler og manuelt førte journaler skal opfylde de samme krav.

Hvis behandlingsstedet er overgået fra papirjournaler til elektroniske journaler, udgør papirjournalen og den elektroniske journal tilsammen patientens journal.

Hvis der føres elektronisk journal, men der er bilag på papir, fx dokumenter, som er modtaget fra andre sundhedspersoner, billeder, røntgenbilleder m.v., skal det klart fremgå, hvilke oplysninger der føres i den elektroniske journal, og hvilke oplysninger der journalføres i papirform. Hvis der føres journal i flere elektroniske systemer vedr. samme patient, skal disse henvise til hinanden. Dette for at sikre, at det sundhedsfaglige personale har et overblik over den samlede journalføring.

Elektroniske journaler skal kunne udskrives på papir, så en kopi af journalen kan udleveres, fx hvis patienten anmoder om aktindsigt.

Der er ikke særlige regler for, at en bestemt teknik eller specifikke programmer skal anvendes til journalføringen.

Al tekst skal være læselig, fx håndskrift eller indscannede dokumenter og billeder.

#### **4.2 Journalens sprog**

Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Det sygeplejefaglige personale skal dog være opmærksom på, at journalen skal kunne forstås af andre personer, der deltager i pleje og behandling af patienten. Der må anvendes anerkendte forkortelser, der er forståelige for andre autoriserede sundhedspersoner og øvrige personer, der deltager i pleje og behandling af patienten.

#### *Standardtekster og lignende*

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

### **5. Indhold**

I det følgende er angivet, hvad patientjournalen skal indeholde. Nogle oplysninger skal fremgå i alle tilfælde, se pkt. 5.1., mens andre kun skal fremgå, når de vurderes at være nødvendige, se pkt. 5.2.

Hvis en oplysning fremgår et generelt sted i journalen, fx af et stamkort, behøver den samme oplysning ikke at blive journalført igen ved hvert notat.

#### **5.1 Oplysninger journalen skal indeholde**

##### *Oplysninger om patientens identitet*

Patientjournal skal indeholde patientens navn og personnummer.



Hvis patienten ikke er tildelt et dansk personnummer, eller hvis der foretages pleje og behandling af en patient med ukendt identitet, skal der anføres et centralt genereret erstatningspersonnummer eller anden unik kode. Hvis en anden unik kode er anført, skal der snarest muligt anføres et centralt genereret erstatningspersonnummer.

#### *Oplysninger om sygeplejefagligt personale*

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har haft hver enkelt patientkontakt.

Det sygeplejefaglige personale skal som udgangspunkt angive sit navn, men kan også anvende anden entydig identifikation fx initialer eller personalenummer. Dette gælder også, hvis andre sundhedspersoner nævnes i journalen, fx ved indhentelse af råd fra andre sundhedspersoner. Se nærmere om ledelsens ansvar i den forbindelse i afsnit 8.

Personalets titel og arbejdssted skal fremgå i journalen.

#### *Tidspunkt for pleje og behandlingen*

Datoen for pleje og behandling skal fremgå af journalen. Klokkeslæt skal også anføres, hvis det vurderes at være nødvendigt.

Tidspunktet for selve journalføringen skal fremgå, når det vurderes at være nødvendigt. Det kan fx være, hvis journalføringen ikke sker i umiddelbar tilknytning til plejen og behandlingen. Se i øvrigt afsnit 3.2.

### **5.2 Øvrige nødvendige oplysninger i journalen**

Journalen skal indeholde alle nødvendige oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten.

Oplysninger er nødvendige, når de understøtter, at de involverede sundhedspersoner kan udføre undersøgelse, behandling, opfølgning, information og samtykke m.v. Dette omfatter oplysninger, der er behov for i den aktuelle behandling af patienten, og oplysninger, som ud fra et sundhedsfagligt skøn kan bruges i en eventuel senere pleje og behandling af patienten.

Vurderingen foretages af den udførende sundhedsperson og skal tage udgangspunkt i den aktuelle situation og de oplysninger, som sundhedspersonen har på tidspunktet for journalføringen.

#### *Stamoplysninger*

Oversigt over stamoplysninger, der kan være nødvendige ved konkrete patientkontakter:

- a) Bopæl/opholdsadresse og eventuelt telefonnummer.
- b) Dato for første kontakt.





- c) Patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig, og hvordan vedkommende kan kontaktes.
- d) Patienten ønsker ikke at nærmeste pårørende kontaktes.
- e) Eksterne samarbejdspartnere, fx hospitalsafdeling, hjemmesygepleje, sundhedspleje, egen læge.
- f) Særlige forhold, fx kendte allergier, cave.

#### *Konkrete patientkontakter*

Oversigt over oplysninger, der kan være nødvendige ved konkrete patientkontakter:

- a) Patientens beskrivelse af sin situation, årsagen til kontakten samt eventuelle ønsker for behandling.
- b) Oplysning om aktuel og habituel helbredssituation før kontakten.
- c) Observationer og oplysninger om patientens tilstand.
- d) Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf.
- e) Planlagt pleje.
- f) Udført pleje og behandling, herunder opgaver udført på delegation, forebyggelsestiltag, lindring, indsatser, der understøtter patientinvolvering, mestring, rehabilitering og recovery<sup>1</sup>, herunder observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.
- g) Beskrivelse og vurdering af resultatet.
- h) Information og undervisning af patienten, herunder telemedicinsk vejledning og rådgivning.
- i) Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af behov for plejen.
- j) Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf.
- k) Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere.
- l) Overvejelser hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges væsentligt.

#### *Observationsskemaer*

Observationer som fx væske- og ernæringsskemaer eller lignende kan resumeres til journalen. Detaljeringsgraden af disse resumeer beror på en faglig vurdering af patientforløbet og kan eventuelt beskrives i en lokal instruks.

#### *Sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient*

Hvis patienten har problemer eller risici inden for nedenstående 12 sygeplejefaglige problemområder, skal det, som har betydning for patientens nuværende tilstand/situation og fortsatte behandling, journalføres i nødvendigt omfang.

Denne vurdering baserer sig på et fagligt skøn, det vil sige videnskabelig evidens, patientens præferencer og den sygeplejefaglige ekspertise. Vurderingen kan foretages af en sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og andet personale, som løser sundhedsfaglige opgaver.

---

<sup>1</sup> Recovery er et begreb fra psykiatrien. Begrebet omhandler understøttende indsatser, der skal skabe et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personerne selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer.

Hver af de identificerede problemer og risici samt planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater skal nærmere beskrives i nødvendigt omfang.

De 12 sygeplejefaglige problemområder skal revurderes, når det er nødvendigt, fx hvis patientens tilstand ændres, og revurderingen skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen.

- 1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
- 2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
- 3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt.
- 4) Hud og slimhinder, fx hudens udseende, kløe, slimhinder, tænder, protese, sår.
- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestrings, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk.
- 8) Seksualitet, køn og kropsopfattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønstre, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvnmønstre, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, bristol skala, afføringsmønstre, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønstre, seneste vandladning.

Eksemplerne på indhold under det enkelte sygeplejefaglige problemområde tager udgangspunkt i en national sygeplejefaglig terminologi. Detaljeringsgraden kan beskrives lokalt og afhænger af konteksten.

På behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes og revurderes, når det er relevant.

### **5.3 Oplysning om information og samtykke til behandling**

Ifølge sundhedsloven må ingen pleje og behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Der er ingen formkrav til, hvordan et informeret samtykke skal fremgå af journalen, men

oplysningerne skal tilpasses den enkelte patient og omstændighederne, herunder hvor alvorlig sygdommen eller behandlingen er.

Den mundtlige og evt. skriftlige information, der er givet, og den beslutning som patienten, eller den der har givet samtykke på patientens vegne, har truffet på baggrund af informationen, skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen.

Kravet til journalføringen af informationen øges, jo mere kompleks behandlingen er, og jo større risiko der er for udvikling af komplikationer og bivirkninger. Omvendt vil kravet mindskes, hvis patienten kender behandlingen, og der ikke er ændringer i den information, patienten har modtaget. I disse tilfælde vil det fx være tilstrækkeligt at journalføre, at patienten eller dennes stedfortræder er informeret om behandlingen og risici og giver sit samtykke.

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist.

Har en patient stiltiende samtykket til en behandling, skal samtykket kun fremgå af journalen i nødvendigt omfang. Dette medfører, at samtykket ikke behøver at fremgå direkte af journalen i de situationer, hvor der alene er tale om almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, og hvor det er utvivlsomt, at patienten er enig i behandlingen. Det er dog vigtigt, at man ud fra journalnotatet kan se, at det har været en behandlingssituation omfattet af det stiltiende samtykke.

#### ***5.4 Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter***

Det skal fremgå af journalen, hvis der er givet et generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af en varigt inhabil patient. Den lægelige vurdering af, at patienten er varigt inhabil, skal fremgå af journalen.

Hvilke behandlinger det generelle informerede samtykke omfatter, hvad der eventuelt nærmere er aftalt, samt hvornår samtykket er indhentet og udløber, skal fremgå af journalen.

Den mundtlige og evt. skriftlige information der er givet, skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen.

#### ***Tilbagekaldelse af samtykke***

Hvis et generelt informeret samtykke til mindre behandlinger tilbagekaldes, skal det dokumenteres i journalen. Hvis samtykket delvist tilbagekaldes, skal det fremgå hvilke mindre behandlinger, der fortsat er generelt informeret samtykke til.

#### ***Udført behandling***

Når en behandling iværksættes på baggrund af et generelt informeret samtykke, skal der i nødvendigt omfang henvises til det i patientjournalen.

I journalen skal det angives, om patienten har været inddraget i den konkrete behandlingssituation og i hvilket omfang.

## **6. Rettelser og tilføjelser**

Oplysninger i journalen må ikke slettes eller gøres ulæselige. Dette gælder uanset, om journalen føres elektronisk eller på papir.

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

Hvis det efterfølgende konstateres, at en oplysning er ukorrekt, må der kun ske rettelser ved at lave en korrigerende tilføjelse. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelsen/tilføjelsen er foretaget.

I en elektronisk patientjournal skal den oprindelige version af oplysninger, der er ændret ved at rette, tilføje, skærme, blokere eller lignende, fortsat være tilgængelige. Elektroniske journaler bør være indrettet således, at det ikke er muligt at redigere eller overskrive oplysninger i journalen.

Patienten eller dennes pårørende kan ikke stille krav om at få bestemte oplysninger slettet eller tilført i journalen.

## **7. Videregivelse, indhentelse, aktindsigt m.v.**

### **7.1 Videregivelse af journaloplysninger**

#### *Samtykke til videregivelse*

Giver patienten samtykke til, at der kan videregives oplysninger fra vedkommendes journal, skal det journalføres. Det skal også fremgå, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilket formål, og hvem oplysningerne er videregivet til.

Hvilken information patienten har fået som grundlag for at tage stilling til videregivelsen, skal også fremgå af journalen.

#### *Videregivelse uden samtykke til brug for behandling af patienter*

Hvis der videregives oplysninger uden patientens samtykke til brug for behandling, skal dette dokumenteres i journalen, når det er nødvendigt for en god og sikker patientbehandling. Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag, herunder hvorfor oplysningerne videregives.

I nogle tilfælde vil videregivelse af oplysninger automatisk fremkomme i journalen, fx i et udskrivningsbrev. I de tilfælde skal de oplysninger ikke også noteres særskilt i journalen. Det skal dog sikres, at det fremgår af journalen, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag.

Typisk vil det ikke være nødvendigt at journalføre oplysninger, som videregives mellem sundhedspersoner på samme behandlingssted/enhed.

#### *Videregivelse uden samtykke til brug for andre formål end behandling*

Hvis der videregives oplysninger uden patientens samtykke til andre formål end behandling af patienten, skal dette i nødvendigt omfang dokumenteres i journalen. Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvem og på hvilket grundlag, herunder hvorfor oplysningerne videregives.

Om det er nødvendigt at journalføre videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke, vil blandt andet afhænge af, om videregivelsen er af betydning for patientbehandlingen eller anden relevant opfølgning på patientens forhold m.v.

Hvis der videregives oplysninger på baggrund af en pligt i en lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, skal det fremgå af journalen, hvad grundlaget for videregivelsen af oplysningerne er. Det kan fx være tilfældet, hvis en myndighed rekvirerer bestemte helbredsoplysninger til brug for myndighedens behandling af en sag. Det vil i den situation også være nødvendigt at journalføre, hvilke oplysninger der er videregivet og til hvem.

#### **7.2 Samtykke til indhentning af oplysninger**

Der er to situationer i sundhedsloven, hvor et samtykke til indhentning af oplysninger skal journalføres.

Hvis en patient giver samtykke til, at sundhedspersoner eller andre personer, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt, må indhente oplysninger om patienten, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten, jf. sundhedsloven § 42, stk. 3.

I de tilfælde, hvor der skal indhentes et skriftligt samtykke fra patienten til indhentelse af oplysninger til andre formål end behandling, jf. sundhedslovens § 42 d, stk. 1, skal det skriftlige samtykke indføres i patientjournalen.

#### **7.3 Hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentelse af helbredsoplysninger m.v.**

Patienten kan tilkendegive, at vedkommende ikke ønsker, at oplysninger videregives eller indhentes. Patienten kan også tilkendegive, at vedkommende ikke ønsker, at bestemte sundhedspersoner videregiver eller indhenter alle eller dele af patientjournalens oplysninger.

I disse situationer skal tilkendegivelsen fremgå af journalen. Det skal også fremgå, hvilken information patienten har fået om eventuelle konsekvenser ved, at oplysningerne ikke må videregives eller indhentes helt eller delvist.

#### **7.4 Aktindsigt**

Hvis patienten eller andre på vegne af patienten har anmodet om aktindsigt i patientjournalen, skal det journalføres, at der er givet aktindsigt i journalen, hvilke oplysninger der er udleveret, til hvem og på hvilket grundlag, herunder om eventuel fuldmagt.

Hvis aktindsigten vurderes at skulle begrænses, skal denne vurdering også journalføres. Det kan fx være tilfældet, hvis det vurderes, at en forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreåriges patientjournal skal begrænses.

#### **8. Ledelsens ansvar**

Ledelsen på det enkelte behandlingssted har ansvaret for den sygeplejefaglige journals opbygning, struktur og adgangen til at foretage journalføring.

Ledelsen på et behandlingssted skal blandt andet sikre:

- 1) at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav om journalføring kan overholdes.
- 2) at patientjournalen struktureres, så den er overskuelig for de sundhedspersoner, som benytter den.
- 3) at det til enhver tid inden for opbevaringsperioden er muligt at identificere personale, som ikke fremgår af patientjournalen med navn.
- 4) skriftlige instrukser for journalføring ved tekniske nedbrud eller i øvrigt ved manglende adgang til patientjournalen.
- 5) procedurer for, at kun materiale, der er nødvendigt for patientbehandlingen, indgår i patientjournalen.
- 6) at sygeplejefagligt personale, som benytter behandlingsstedets journal, har de fornødne kompetencer til og muligheder for at journalføre.
- 7) tilstrækkelig oplæring af personalet i behandlingsstedets journalsystem.
- 8) den tilstrækkelige tid til journalføring, da den er en del af plejen og behandlingen.

Hvis der skiftes journalsystem, er det ledelsens ansvar, at ovenstående forhold kan overholdes, og at personalet kan genfinde patientforløbets historik.

##### **8.1 Krav om fornødne instrukser for journalføring**

Ledelsen skal fastlægge de fornødne instrukser for journalføring på behandlingsstedet og i nødvendigt omfang følge op på, at der sker journalføring i overensstemmelse med lovgivningen.

Behovet for skriftlige instrukser for journalføring vil afhænge af behandlingsstedets organisering. Hvis behandlingsstedet har mange sundhedspersoner tilknyttet behandlingsstedet, benytter skiftende vikarer, har ansatte uden sundhedsfaglig uddannelse, ansatte fra flere faggrupper, ansatte under uddannelse m.v., vil det tale for, at der skal være en skriftlig instruks.

Ledelsen kan udarbejde instrukser for, hvordan der skal noteres i en fælles journal, med henblik på for at undgå dobbeltoptegnelser om et aktuelt behandlingsforløb.

Instrukserne skal være tilgængelige hele døgnet for relevant sundhedsfagligt personale.

### **8.2 Ansvar for adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre**

Ledelsen skal sikre, at det sygeplejefaglige personale i fornødent omfang har fysisk og teknisk adgang til patientjournalen, så de kan benytte oplysninger fra journalen til at varetage pleje og behandling, og at personalet desuden i nødvendigt omfang har mulighed for at journalføre udført behandling og pleje (læse- og skriveadgang). Dette gælder også vikarer.

### **8.3 Hvis journalsystemet bliver utilgængeligt pga. nedbrud m.v.**

Der kan være tilfælde, hvor et journalsystem ikke er tilgængeligt, fx ved it-nedbrud. I disse situationer er det ledelsens ansvar, at der er skriftlige instrukser, der beskriver procedurer for, hvordan journalføringen i perioden håndteres.

Det skal være klart, hvordan der skal journalføres, indtil journalsystemet fungerer igen, og hvordan denne journalføring indføres i den elektroniske journal.

Instruksen skal forebygge tvivlssituationer hos personalet, da undladelse af journalføring eller forkert håndtering kan medføre alvorlig risiko for patientsikkerheden.

## **9. Opbevaring**

Sygeplejefaglige journaler skal opbevares i mindst 5 år regnet fra den seneste optegnelse i patientjournalen.

Hvis sygeplejefagligt personales optegnelser er en del af en tværfaglig patientjournal, hvor der er faggrupper, som har en 10-årig opbevaringsperiode, vil den sygeplejefaglige journal blive omfattet af den 10-årige opbevaringspligt.

Hvis dele af journalen foreligger på papir, og dele af journalen foreligger elektronisk, gælder opbevaringsperioden for hele journalmaterialet.

Der findes særlige regler om bevaring og kassation i Arkivloven, lov nr. 1201 af 28. september 2016 m.v., når opbevaringspligten ophører. Dette omfatter som udgangspunkt kun offentlige institutioner. For nærmere information om arkivlovgivningen henvises til Rigsarkivet.

## **10. Ikrafttrædelse**

Denne vejledning har virkning fra 1. juli 2021, hvor vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser samtidig bortfalder.



*Styrelsen for Patientsikkerhed, den X. X 2021*

HØRINGSUDKAST