

Høring over udkast til vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
1.1 Målgruppe	2
1.2 Anvendte begreber	2
2. Journalen	3
2.1. Formålet med journalen	4
2.2. Patientrapporterede oplysninger og oplysninger indsendt af patienten og andre	4
3. Journalføringspligt og ansvar	4
3.1 Journalføring af opgaver, som overdrages	5
3.2 Tidspunkt for journalføring	5
3.3 Rådgivning og konferencebeslutninger	5
3.4 Journalføring af behandling som led i forskning	6
3.5 Undtagelser til journalføringspligten	6
4. Form og sprog	7
4.1 Journalens form	7
4.2 Journalens sprog	8
5. Indhold	8
5.1 Oplysninger, journalen skal indeholde	9
5.2 Øvrige nødvendige oplysninger	9
5.3 Kliniske og parakliniske undersøgelser	10
5.4 Sortering af oplysninger, der skal indgå i journalen	10
5.5 Oplysning om information og samtykke til behandling	11
6. Rettelser og tilføjelser	11
7. Aktindsigt, videregivelse, indhentelse 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 og overdragelse	15
9.1 Opbevaring	15
10. Ikrafttrædelse	16

1. Indledning

Denne vejledning uddyber og præciserer bekendtgørelse nr. XX af X. X 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen henvender sig til personale på sygehuse og inden for det præhospitale område, og er en ud af fem vejledninger om journalføring inden for sundhedsvæsenet.

Vejledningens formål er at understøtte, at sundhedsfaglig journalføring udføres korrekt og i nødvendigt omfang, så journalen medvirker til, at patienter får et sammenhængende forløb med sikkerhed og kvalitet i behandlingen.

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 både autoriserede sundhedspersoner, fx læger og sygeplejersker, og ikke-autoriseret personale, som arbejder under en autoriseret sundhedspersons ansvar, fx social- og sundhedshjælpere, pædagoger, sygehjælpere, uaglære m.v.

Denne vejledning er målrettet sundhedspersoner på offentlige og private sygehuse, klinikker, ambulatorier og lignende samt det præhospitale område, som omfatter ambulancer, lægehelikoptere, læge- og akutbiler.

1.2 Anvendte begreber

Sundhedspersoner

Ved sundhedspersoner forstås i denne vejledning autoriserede sundhedspersoner, der som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed foretager behandling af en patient og personer, der handler på deres ansvar. En person handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar, når personen får overdraget en sundhedsfaglig opgave, som en autoriseret sundhedsperson ellers havde ansvaret for, uanset om den, der overtager opgaven, selv er autoriseret sundhedsperson eller ej.

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 en selvstændig virksomhed, hvor eller hvorfra en eller flere sundhedspersoner udfører behandling, fx offentlige og private institutioner og klinikker samt private hjem.

Vejledningen gælder på alle behandlingssteder, hvor sundhedsfagligt personale som led i sundhedsmæssig virksomhed udfører behandling af patienter.

Behandling

Ved behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, kosmetisk behandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod den enkelte patient.

2. Journalen

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

Der skal oprettes én patientjournal 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. I det offentlige sygehusvæsen kan der for hver patient oprettes én patientjournal for hver region.

Patientjournalen skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for behandling, så det er let for de involverede sundhedspersoner at sætte sig ind i patientens tilstand og den planlagte behandling.

2.1. Formålet med journalen

Patientjournalen er primært et arbejdsredskab for det sundhedsfaglige personale og en forudsætning for en sikker og kontinuerlig behandling. Journalen giver indsigt i og overblik over behandlingsforløbet, og den fungerer som et kommunikationsmiddel for det sundhedsfaglige personale, som er involveret i patientens behandling.

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

Journalen kan også have betydning for fx læring, kvalitetsudvikling, forskning og dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager m.v.

2.2. Patientrapporterede oplysninger og oplysninger indsendt af patienten og andre.

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 personer, der handler på deres ansvar, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed behandler en patient, se dog pkt. 3.5.

Både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner skal altså føre journal over de sundhedsfaglige opgaver de udfører, og de er ansvarlige for indholdet af deres egne notater i journalen.

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

Sundhedspersonerne skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken 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. 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 opgaven, der har pligt til at føre journal. Dette gælder også i situationer, hvor overdragelsen af opgaven sker mundtligt.

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

3.2 Tidspunkt for journalføring

Når sundhedsfagligt 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 journalføringen 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 behandlingen af en patient. Den sundhedsperson, der indhenter råd fra en anden sundhedsperson i forbindelse med behandling af en patient, er ansvarlig for, at rådgivningen journalføres.

Den sundhedsperson, der rådgiver i forbindelse med behandlingen af en patient, har ikke selv pligt til at føre journal. Hvis der er omstændigheder, som gør, at den rådgivende sundhedsperson ønsker at føre journal over de råd, der er givet, er der ikke noget til hinder for dette.

Konferencebeslutninger

Når en behandling af en patient drøftes på en konference, er det den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for, at konferencebeslutningen journalføres. Dette gælder også, når der er tale om en fælles konferencebeslutning. Det kan aftales, at en anden end den fremlæggende sundhedsperson foretager journalføringen.

Hvis der lokalt er fastsat andre procedurer for journalføring af konferencebeslutninger på behandlingsstedet, skal den lokale instruks følges.

3.4 Journalføring af behandling som led i forskning

Pligten til at føre journal gælder også, når behandlingen sker som led i forskning. Dette indebærer, at fx undersøgelse, medicinering, prøveresultater m.v., som er fremkommet, fordi patienten indgår i et klinisk forsøg, samt evt. opfølgning herpå, skal fremgå af patientjournalen i nødvendigt omfang, så der kan tages højde for dette ved nuværende og fremtidig behandling af patienten. Som minimum skal det som udgangspunkt fremgå af journalen, hvilket forsøg patienten deltager i, hvornår patienten er indgået i forsøget, og hvornår patienten er afsluttet igen. Journalen skal i nødvendigt omfang opdateres med information om patientens behandling efter afblinding af forsøget.

Hvis der er tale om blindede forsøg eller oplysninger omfattet af offentlighedslovens beskyttelse af forskeres forskningsdata og forskningsresultater, skal det som minimum fremgå, at patienten indgår i et forskningsprojekt, hvem der er ansvarlig for behandlingen, og hvem der kan kontaktes ved behov herfor.

Der er ikke tale om behandling i vejledningens forstand, hvis personer deltager i sundhedsvidenskabelige forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af sygdom hos de pågældende. Det omfatter bl.a. raske forsøgspersoner og forsøgspersoner, der måtte lide af kendt sygdom, som er irrelevant i forhold til forsøget, dvs. tilfælde, hvor forsøget ikke har nogen diagnostisk eller terapeutisk værdi for personen. Hvis der hos denne gruppe måtte blive konstateret helbredsmæssige forhold, som medfører videregivelse af oplysninger herom til egen læge, sygehus m.v., med henblik på videre opfølgning, vil det som udgangspunkt ikke være nødvendigt at oprette en patientjournal for at dokumentere videregivelsen af oplysningerne, hvis det i stedet indføres i protokol eller lignende.

3.5 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 hjælper en person, der fx får et ildebefindende, er faldet om på gaden eller i øvrigt har et akut behov for sundhedsfaglig assistance.

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

Ukomplerede tilstande og foreløbig hjælp givet 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, festivaler, landsstævner, spejderlejre, 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 patientjournaler skal opfylde de samme krav.

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

Hvis journalen føres elektronisk, 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 om den samme patient, skal disse henvise til hinanden. Dette for at sikre, at det sundhedsfaglige personale kan have et overblik over den samlede journalføring.

Elektroniske journaloplysninger 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.

Lyd- og videooptagelser

Lydoptagelser og videooptagelser m.v., som sundhedspersoner anvender som led i deres faglige virksomhed, kan henvises til som bilag, men kan som udgangspunkt ikke erstatte sædvanlige skriftlige journaloptagelser. Hvis optagelser benyttes som grundlag for faglige vurderinger og skriftlige journaloplysninger, må de først slettes, når de nødvendige oplysninger er journalført.

Lyd- og videooptagelser, som alene er optaget af administrative årsager som fx kvalitetskontrol, udvikling, oplæring m.v. er ikke en del af journalen, og er derfor ikke omfattet af journalføringsreglerne.

4.2 Journalens sprog

Journalen skal føres på dansk. Faglige beskrivelser, herunder anatomiske betegnelser, diagnoser m.v. må føres med de relevante faglige termer. Der må anvendes anerkendte forkortelser, som er forståelige for de personer, som deltager i behandlingen 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

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

Oplysninger om sundhedspersonen

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har haft hver enkelt patientkontakt. Sundhedspersonen skal som udgangspunkt angive sit navn, men kan også anvende en anden entydig identifikation fx initialer, personalenummer eller lignende. Dette gælder også, hvis andre sundhedspersoner nævnes i journalen, fx ved indhentelse af råd fra andre sundhedspersoner. Se nærmere om ledelsens ansvar i denne forbindelse i afsnit 8.

Sundhedspersonens titel og arbejdssted skal fremgå af journalen.

Tidspunktet for behandlingen

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

Tidspunktet for selve journalføringen skal fremgå, når det er nødvendigt. Det kan fx være, hvis journalføringen ikke sker i umiddelbar tilknytning til behandlingen. Se i øvrigt pkt. 3.2.

5.2 Øvrige nødvendige oplysninger

Nødvendige oplysninger

Journalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for at kunne give god og sikker patientbehandling. Oplysninger er nødvendige, når de understøtter, at de involverede sundhedspersoner kan udføre undersøgelse, behandling, opfølgning, information og dokumentation af samtykke m.v. Dette omfatter oplysninger, der er behov for i den aktuelle behandling af patienten og oplysninger, der ud fra et sundhedsfagligt skøn kan blive behov for i en senere behandling af patienten.

Den behandlende sundhedsperson skal vurdere, hvilke oplysninger der er nødvendige at journalføre. Vurderingen skal tage udgangspunkt i den aktuelle situation og de oplysninger, som sundhedspersonen har på tidspunktet for den behandling, der journalføres.

Patienten kan ikke stille bestemte krav til, hvornår og hvad der skal journalføres, eller at nødvendige oplysninger ikke må journalføres.

Generelt om journalføring på sygehuse

Syghuses patientjournaler skal fungere som det nødvendige kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, også når flere faggrupper og behandlingssteder er involveret i behandlingen. På sygehuse er der stor variation i behandlings alvorlighed og varighed, hvilket indebærer, at kravene til journalens indhold vil være forskellige. I vurderingen af oplysningernes nødvendighed for patientbehandlingen må det indgå, om der er tale om et kort eller langt behandlingsforløb, og om der er behov for at inddrage andre sundhedspersoner eller andre instanser m.v. For komplekse sygehusbehandlinger vil det gælde, at man gennem journaloplysningerne skal kunne få detaljerede oplysninger om patientens sygdomme og de udførte samt planlagte undersøgelser og behandlinger.

Generelt om journalføring på det præhospitalt område

På det præhospitalt område vil der ofte være tale om korte og enkeltstående patientforløb.

Oplysningernes detaljeringsgrad baseres på sundhedspersonens skøn over, hvilke oplysninger der er nødvendige for den aktuelle behandling og et eventuelt videre behandlingsforløb. Journalen skal kunne underbygge en sikker overlevering, hvis patienten overleveres til videre behandling.

5.3 Kliniske og parakliniske undersøgelser

Kliniske undersøgelser og parakliniske undersøgelser som fx blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen, så der sikres en forsvarlig opfølgning på patientens videre behandling. Undersøgelser, som viser normale fund, skal journalføres, hvis det har betydning for diagnosticering, fortsat undersøgelse og korrekt behandling af patienten, herunder til sikring af et sammenhængende forløb.

5.4 Sortering af oplysninger, der skal indgå i journalen

Der kan foretages sortering eller resumering af fx undersøgelsesresultater og dokumenter, som indeholder oplysninger, der skal indgå i journalen. Det er den behandlende sundhedspersons ansvar, at de nødvendige oplysninger er tilgængelige i journalen, og at kilden er angivet. Det skal fremgå tydeligt, om der er tale om citater eller sundhedspersonens tolkning.

Der stilles ikke krav om, at meddelelser, prøvesvar, notater m.v. overføres til journalen i fuldt omfang, hvis de nødvendige oplysninger fra dokumenterne er overført til patientens journal, og det er tydeligt, hvor oplysningerne stammer fra.

Oplysninger, som ikke skal indgå i journalen, må destrueres.

5.5 Oplysning om information og samtykke til behandling

Ifølge sundhedsloven må ingen 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. 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.

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. Der kan fx være tale om en patient, som møder til jævnlig blodtryksskontrol i ambulatoriet. Patienten kender proceduren og rækker selv armen frem til lægen med henblik på at få foretaget undersøgelsen. Her er det ikke nødvendigt at journalføre samtykket, idet der ud fra sammenhængen er stiltiende samtykke til de almindelige undersøgelser m.v. der foretages under en sådan situation. Er sundhedspersonen det mindste i tvivl, om der er tilslutning fra patienten, bør mundtligt samtykke indhentes, og samtykket journalføres.

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

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. Aktindsigt, videregivelse, indhentelse 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 hele eller dele af patientjournalens oplysninger.

I disse situationer skal tilkendegivelsen fremgå af journalen, samt 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 en 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 patientjournalens opbygning og struktur, og at det relevante personale har adgang til at foretage journalføring.

Ledelsen på et behandlingssted skal blandt andet sikre:

- 1) at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav i forbindelse med 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) at skriftlige instrukser vedr. journalføring ved tekniske nedbrud eller i øvrigt ved manglende adgang til patientjournalen, foreligger og er tilgængelige.
- 5) procedurer for, at der kun indgår materiale i patientjournalen, der er nødvendigt for patientbehandlingen.
- 6) at det sundhedsfaglige personale, som benytter behandlingsstedets patientjournal, har de fornødne kompetencer til og muligheder for at journalføre.
- 7) tilstrækkelig oplæring af personalet i behandlingsstedets systemer
- 8) den tilstrækkelige tid til at foretage journalføring.

Hvis der skiftes journalsystem, er det ledelsens ansvar, at ovenstående forhold overholdes, og at der sker tilstrækkelig oplæring i brug af det nye system.

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 fra flere faggrupper, har ansatte under uddannelse m.v., vil det tale for, at der skal være en skriftlig instruks.

Instrukserne skal være tilgængelige for alt relevant personale hele døgnet.

8.2 Ansvar for adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre

Ledelsen skal sikre, at behandlingsstedets sundhedsfaglige personale fornødent omfang har fysisk og teknisk adgang til patientjournalen, så de kan benytte oplysninger fra journalen til at varetage patientbehandlingen, og at personalet i nødvendigt omfang har mulighed for at journalføre udført behandling. Ledelsen skal sikre, at de relevante medarbejdere, herunder vikarer, har læse- og skriveadgang til journalen.

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

Der kan være tilfælde, hvor et journalsystem ikke er tilgængeligt, fx ved it-nedbrud, hacking, strømafbrydelser, større katastrofesituationer m.v. 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 efterfølgende indføres i den elektroniske patientjournal.

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

9. Opbevaring og overdragelse

9.1 Opbevaring

Journer ført af læger eller personer, der handler på en læges ansvar, skal opbevares i mindst 10 år regnet fra den seneste optegnelse i patientjournalen.

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

Hvis journalen er en del af en tværfaglig patientjournal, hvor der indgår faggrupper, som har en 5-årig opbevaringsperiode, vil hele journalen blive omfattet af den 10-årige opbevaringspligt.

10. Ikrafttrædelse

Denne vejledning har virkning fra den 1. juli 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den X. X 2021

HØRINGSUDKAST