



ELI-vejledning

Dokumentation i Sundhedsvæsenet

Den 4. oktober 2005

Formål med vejledningen

Det er hensigten med denne vejledning at præcisere hvilke krav, der stilles til sundhedspersoners dokumentation, for at dokumentationen kan være i overensstemmelse med bestemmelserne om omhu og samvittighedsfuldhed. Vejledningen gælder ved udførelsen af sundhedsfaglige opgaver på sygehuse, sundhedscentre og konsultationer i øvrigt.

Hvem er omfattet af denne vejledning

Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriseret til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses vegne. Dette indebærer, at også ikke-autoriserede sundhedspersoner er omfattede af reglerne i det omfang, de får uddelegeret selvstændige opgaver.

Nærværende vejledning gælder dermed for sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, sundhedsmedhjælpere, sundhedsassistenter, tandklinikassistenter, bygdesundhedsarbejdere mv.

For læger, jordemødre, psykologer, tandlæger, kliniske tandteknikere og tandplejere gælder den pligt til dokumentation, der fremgår af den enkeltes autorisation samt de vejledninger, Sundhedsstyrelsen har udstedt på baggrund heraf.

Formål med dokumentation

Journalen er det arbejdsredskab som danner grundlag for undersøgelse, behandling, pleje mv. Journalen har stor betydning for kvalitet, kontinuitet og patientsikkerhed, både diagnostisk, behandlingsmæssigt og plejemæssigt.

Journalen er et vigtigt grundlag for information af patienten, ligesom den er et nødvendigt kommunikationsmiddel i forhold til andre sundhedspersoner for at sikre kontinuitet i behandlings- og plejeforløb.

Yderligere kan journalen have betydning i forbindelse med tilsyn og kontrol, ligesom

den anvendes som dokumentation i forbindelse med klagesager.

Den kan endelig have betydning ved kvalitetsudvikling og forskning.

Journalens funktion

En journal er ordnede optegnelser om forhold af betydning for forebyggelse, undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje, opfølgning, vejledning og information mv.

Sygeplejeoptegnelser, medicinkort / -kardex, observationsskema, prøvesvar, diagrammer, erklæringer, henvisninger og epikriser er dele af journalen.

De enkelte oplysninger behøver kun fremgå et sted i journalen.

Der er ingen krav til journalens form. Elektroniske journaler skal opfylde samme krav som manuelt førte journaler, og alle oplysninger skal kunne skrives ud på papir.

Dokumentationspligtens omfang og form

Journalen skal indeholde oplysninger af et sådant omfang, at den er dækkende for, hvad der er sket i forbindelse med undersøgelse, behandling, observation, pleje, forebyggelsestiltag og rehabilitering.

Oplysninger om forhold af betydning for undersøgelse, diagnostik, forebyggelse, behandling, pleje og rådgivning mv. skal noteres i journalen, hvad enten oplysningerne fremkommer i forbindelse med ambulant besøg, indlæggelse eller det drejer sig om telefoniske eller andre former for oplysninger. Dette gælder også rådgivning fra andre behandlere og samråd/konferencer.

Oplysningerne dokumenteres i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

Dato og eventuelt klokkeslæt noteres.

Det skal fremgå, hvor forløbet har fundet sted. Det skal også fremgå, hvis notatet er sket på distriktspsygehus efter telefonisk kontakt med bygdesundhedsarbejder.

Det skal fremgå, hvem, der har ført oplysningerne i journalen. Dette kan ske med initialer, men sundhedspersonens fulde navn og stilling skal efterfølgende kunne oplyses til patient eller myndigheder.

Anvendes fællesjournal for flere faggrupper bør både initialer og stillingsbetegnelse fremgå.

Journalen skal være letlæselig og letforståelig for sundhedspersonale og myndigheder. Der bør kun benyttes forkortelser, der er almindeligt anerkendte på arbejdsstedet.

Samtykke

Ingen behandling må gennemføres uden patientens informerede samtykke, og patienten har ret til at få dækkende information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne herunder risiko for komplikationer. Denne information og patientens samtykke eller hvad patienten i øvrigt tilkendegiver i forhold til informationen skal dokumenteres.

Aktindsigt

Patienten har ret til aktindsigt i sin journal, medmindre særlige forhold gør sig gældende. Dette gælder også sygeplejefaglig dokumentation.

Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af ledelsen det pågældende sted i medfør af *Landstingsforordning om patienters retsstilling*.

Videregivelse af helbredsoplysninger

Sundhedspersoner kan med patientens mundtlige eller skriftlige samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten.

Videregivelse af nævnte oplysninger uden samtykke kan kun ske

- 1) når det er påkrævet af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov eller

- 2) videregivelse er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Se iøvrigt *Landstingsforordning om patienters retsstilling*.

Sygehusjournal/ambulantkorts indhold

I det følgende er beskrevet eksempler på, hvad journalen kan indeholde. Hvad der er relevant i den konkrete situation beror på en vurdering.

Generelle forhold: patientens fulde navn, personnummer, bopæl og ved første kontakt årsagen til henvendelsen.

Anamnese: omfang og detaljeringsgrad af anamnesen beror på et skøn i den konkrete situation.

Diagnoser og negative fund: afvigelser fra det normale og sygelige tilstande dokumenteres med en diagnose. Negative fund ("intet abnormt") anføres i relevant omfang, særligt når alvorlige tilstande skal udelukkes. Indikation for undersøgelse og behandling skal fremgå.

Planlagt indsats: hvilke tiltag vil blive sat i værk.

Udførte opgaver: undersøgelse, behandling, pleje, observation, forebyggelsestiltag og rehabilitering.

Vurdering: iværksatte tiltag evalueres.

Henvisning til læge eller telefonisk kontakt med læge: samtalens konklusion samt lægens initialer noteres.

Aftaler med patient, pårørende og/eller samarbejdspartnere: det aftalte og mellem hvilke parter aftalen er indgået noteres.

Information og samtykke: det skal fremgå, hvilke oplysninger, der er givet patienten, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet. Patienten bør gøres bekendt med, hvad der optegnes i journalen.

Lægemidler: indikation, lægemidlets navn, styrke, mængde, dosering, administrationsmåde, behandlingsvarighed samt dato for ordination og seponering.

Røntgen- og scanningsoptagelser mm.: røntgenbilleder, -beskrivelser og andet diagnostisk billedmateriale dokumenteres med dato mm. For så vidt angår ultralydbilleder er det tilstrækkeligt at opbevare beskrivelsen.

Prøvesvar: blodprøvesvar kan overføres til laboratorieskema, øvrige svar vedlægges som bilag

Rettelser og sletning af optegnelser

Rettelser må kun ske på en måde, så den oprindelige tekst klart fremgår, også efter rettelser. Almindelige skrivefejl må rettes umiddelbart.

Oplysninger eller udsagn må ikke slettes i journalen. Ved fejlagtige eller mangelfulde oplysninger eller udsagn i en journal, tilføjes en dateret rettelse. Det skal fremgå af hvem og hvornår rettelser er foretaget.

Opbevaring

Journaloptegnelser skal opbevares i mindst 10 år regnet fra den seneste optegnelse. De enkelte oplysninger skal kun fremgå et sted.

Det anbefales dog, at journaler gemmes i mere end 10 år, hvis indholdet er af en sådan art, at man kunne få brug for at have kendskab til dette i patientens livsforløb.

Røntgenbilleder kan destrueres efter mindst 5 år efter en lægelig vurdering af, hvad der ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt i det enkelte tilfælde er behov for. Beskrivelserne skal opbevares mindst 10 år.

Med patientens samtykke kan journalen overdrages til et andet distrikt, eksempelvis ved flytning. Det gælder internt i Grønland og til Danmark.

Dokumentation ved delegering af opgaver

I forbindelse med uddelegering af lægelige opgaver til andet sundhedspersonale skal følgende krav være opfyldt og i relevant omfang dokumenteret:

1. medarbejderen har de fornødne evner og kvalifikationer til opgaven
2. en beskrivelse af opgavens udførelse og det dermed forbundne ansvarsområde skal foreligge udførligt i skriftlig form
3. instrukserne er forstået af den medarbejder, der skal udføre opgaven
4. medarbejderen får fornøden instruktion og tilsyn
5. medarbejderen modtager opgaven og dermed ansvaret for at opgaven udføres korrekt, herunder at der dokumenteres. Medarbejderen har ret og pligt til at sige fra overfor opgaver, som hun/han ikke mener sig kvalificeret til at udføre.

Embedslægeinstitutionen i Grønland, den 04. oktober 2005.

Knud Brinkløv Jensen
Adm. Embedslæge

Relevant gældende lovgivning:

- Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation
- Landstingsforordning nr. 6 af 31. maj 2001 om patienters retsstilling
- Landstingsforordning nr. 7 af 30. oktober 1995 om sygeplejerskers autorisation og virke

Øvrige relevante kilder:

- Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser af 29. april 2005, Sundhedsstyrelsen
- Vejledning om lægers journalføring nr. 118 af 13. oktober 2003, Sundhedsstyrelsen

Embedslægeinstitutionen i Grønland, Box 120, Aqqusinersuaq 5, 2, 3900 Nuuk
Telefon: 34 51 92 Telefax: 32 51 30 e-mail: eli@gh.gl