



Landslægeembedet

Landslægeembedets vejledning nr. 6/2023 om dokumentation af sundhedsfaglige ydelser (journalføring)

Til alle sundhedspersoner

Udgivet den 6. juni 2023

Indhold

Formålet med vejledningen	2
Begreber i denne vejledning	2
Hvem er omfattet af denne vejledning	2
Sundhedsledelsens ansvar	2
Formålet med dokumentation i patientjournalen	3
Krav til journalføring	3
Indhold i patientjournalen	4
Ansvar for journalføring	5
Journalsprog	5
Rettelser og tilføjelser i journalen	5
Journalføring af informeret samtykke	5
Patientens aktindsigt	6
Indhentning af helbredsoplysninger med patientens samtykke	6
Indhentning af helbredsoplysninger uden patientens samtykke	6
Videregivelse af helbredsoplysninger	6
Relevant gældende lovgivning	7
Øvrige relevante kilder	7
Ikrafttræden	7

Formålet med vejledningen

Denne vejledning skal tydeliggøre, hvilke krav, der stilles til sundhedspersoners og andet personales dokumentation af sundhedsfaglige ydelser i og udenfor sundhedsvæsenet, for at dokumentationen er i overensstemmelse med gældende lovgivning, regler og autorisationslovgivningens krav om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i varetagelsen af sundhedsfaglige ydelser.

Begreber i denne vejledning

Sundhedspersoner: Autoriseret og ikke autoriseret personale i sundhedsvæsenet og andre sektorer, som selvstændigt udfører sundhedsfaglige ydelser.

Medhjælp: Autoriseret og ikke autoriseret personale i og udenfor sundhedsvæsenet, som på delegation fra en læge eller tandlæge varetager sundhedsfaglige ydelser.

Sundhedsfaglige ydelser: Alle procedurer, som en autoriseret sundhedsperson eller medhjælp foretager i forbindelse med undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje, genoptræning, forebyggende tiltag og vejledning af patienter.

Patientjournal: Ordrede optegnelser, som dokumenterer sundhedsfaglige ydelser i forhold til den enkelte patient eller borger. Indenfor sundhedsvæsenet sker journalføring i den elektroniske patientjournal, som alle sundhedspersoner har pligt til at føre over planlagte og udførte sundhedsfaglige ydelser. Udenfor sundhedsvæsenet eksisterer der andre journalføringssystemer, hvor de formelle krav til dokumentation af sundhedsfaglige ydelser er det samme.

Hvem er omfattet af denne vejledning

Vejledningen gælder både autoriserede sundhedspersoner og ikke autoriserede personer, der handler på disses vegne i varetagelsen af sundhedsfaglige ydelser. Den gælder således alle sundhedspersoner og medhjælpere på sygehuse, sundhedscentre, bygdekonsultationer, tandklinikker, alderdomshjem, handicapinstitutioner, hjemme- og sundhedspleje samt andre institutioner i og udenfor sundhedsvæsenet, som udfører sundhedsfaglige ydelser.

Sundhedsledelsens ansvar

Sundhedsledelsen og ledelsen på institutioner udenfor sundhedsvæsenet har ansvar for, at der føres fyldestgørende journal over de sundhedsfaglige ydelser, som der udføres på stedet.

Dette omfatter følgende:

- At de ansatte er oplært i principperne for at føre journal og følger denne vejledning.
- At der er udarbejdet de nødvendige instrukser vedrørende dokumentation af sundhedsfaglige ydelser, som er i overensstemmelse med principperne i denne vejledning.
- At arbejdet er tilrettelagt på en sådan måde, at kvaliteten i behandlingen og den efterfølgende dokumentation sikres bedst muligt.

- At sikre, at de ansatte har faciliteter og tid til at føre journal.

Formålet med dokumentation i patientjournalen

Patientjournalen er et arbejdsredskab, som danner grundlag for overblik og kontinuitet i patientforløb. Herudover er patientjournalen fundamentet for kommunikation mellem sundhedspersoner og andre, der varetager sundhedsfaglige ydelser i forhold til den enkelte patient – herunder undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje, genoptræning, forebyggende tiltag og vejledning af patienter mv.

Patientjournalen har samtidig stor betydning for kvalitet og patientsikkerhed, både diagnostisk, behandlings- og plejemæssigt. Yderligere kan journalen have betydning i forbindelse med tilsyn og kontrol, ligesom den anvendes som dokumentation i forbindelse med tilsyns- og klagesager. Endelig kan den have betydning ved kvalitetsudvikling og forskning.

Krav til journalføring

I Det Grønlandske Sundhedsvæsen skal alle sundhedsfaglige ydelser dokumenteres i den elektroniske patientjournal, Cosmic. Det er den fælles patientjournal på tværs af sundhedsenheder og sundhedsregioner – dog frasat Tasiilaqområdet, som fortsat bruger journalsystemet Æskulap. Herudover benytter nogle bygder bygdejournalsystemet Pipaluk. På institutioner uden for sundhedsvæsenet benyttes andre journalføringssystemer, herunder traditionelle cardex, som også skal opfattes som en journal. Der stilles dog samme krav til dokumentation uanset journalsystem. I det følgende betegnes disse systemer derfor med den fælles betegnelse patientjournal.

Patientjournalen skal indeholde ordnede optegnelser om forhold af betydning for undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning, forebyggende tiltag og vejledning af patienter mv.

De enkelte oplysninger behøver kun fremgå et sted i journalen. Det er den enkeltes faglige skøn sammenholdt med faglige normer indenfor det sundhedsfaglige område, man varetager, der afgør, hvor detaljeret oplysninger i journalen skal være. Som hovedregel skal de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker behandling, anføres i journalen.

Patientjournalen skal give den enkelte sundhedsperson/medhjælp og dennes kollegaer et samlet overblik over patientens helbred, den planlagte og udførte sundhedsfaglige ydelse samt opfølgning på den. Oplysninger, som er irrelevante for patientens behandling bør udelades. Kravet til journalføringen af information stiger, jo mere kompleks og indgribende en behandling er og jo større risiko, der er for at udvikle komplikationer og bivirkninger.

En sundhedsfaglig ydelse skal altid journalføres, hvilket skal ske under patientkontakten eller snarest muligt derefter, men senest ved arbejdstidens ophør.

Indhold i patientjournalen

Når der logges ind i en elektronisk patientjournal, vil kravet til, at følgende oplysninger fremgår, automatisk være opfyldt. I andre journalsystemer skal følgende anføres manuelt:

- Patientens navn, personnummer og bopæl.
- Hvor og hvornår dokumentationen har fundet sted.
- Identifikation af den, der har udført behandlingen (titel, navn, initialer og arbejdssted).

Hvor det er relevant, skal journalen indeholde oplysninger om følgende:

- Grundoplysninger om patienten
- Årsag til henvendelsen
- Anamnese – patientens sygehistorie
- Symptomer, diagnose og negative fund - herunder afvigelser fra det normale og sygelige tilstande samt hvis det vurderes, at der "intet abnormt" er – dette er særligt relevant, når alvorlige tilstande skal udelukkes
- Indikation for undersøgelse og behandling
- Planlagte og udførte sundhedsfaglige ydelser i forbindelse med undersøgelse, diagnostik, behandling, observation, pleje, genoptræning, forebyggelsestiltag og rådgivning i forbindelse med ambulante besøg, indlæggelse eller telefoniske henvendelser
- Rådgivning fra andre behandlere og beslutninger på konferencer
- Vurdering/evaluering af iværksatte tiltag – herunder patientens generelle tilstand og reaktion på behandlingen
- Henvisning til speciallæge eller andre sundhedsfaglige professioner, f.eks. fysio- og ergoterapeuter.
- Ordination af konkrete lægemidler - herunder indikation, lægemidlets navn, styrke, mængde, dosering, administrationsmåde, behandlingsvarighed samt dato for ordination og seponering (Se Landslægeembedets vejledning om ordination og håndtering af lægemidler)
- Resultat af kliniske og parakliniske undersøgelser som fx blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser. Lyd- og videooptagelser skal forefindes som vedhæftning med skriftlig forklaring i journalen
- Skemaer over observationer
- Tidspunkt for behandlingen, hvis dokumentationen af behandlingen ikke er foregået lige efter patientkontakten
- Oplysninger, som patienten selv har givet eller indsendt – herunder relevante oplysninger i forhold til pårørende, personlige forhold, allergier mv.
- Oplysninger fra eksterne samarbejdspartnere, fx anden sundhedsenhed, hospitalsafdeling i Danmark, hjemmesygepleje, sundhedspleje mv.
- Aftaler med patient, pårørende og/eller samarbejdspartnere, og mellem hvilke parter aftalen er indgået
Informeret samtykke til udredning og behandling – herunder de oplysninger, der er til givet patienten, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet

Der må i den enkelte journal ikke indføres personlige oplysninger om andre end patienten selv.

Ansvar for journalføring

Hvis en sundhedsperson/medhjælp udfører en sundhedsfaglig ydelse, der er overdraget fra en anden sundhedsperson (delegation eller videredelegation), er det den, som har udført opgaven, der har ansvar for at føre journal. Den, som overdrager opgaven til en anden, er ikke forpligtet til at kontrollere modtagerens journalføring. Dette gælder også, når overdragelsen af opgaver foregår mundtligt.

Hvis en sundhedsperson/medhjælp rådfører sig personligt, telefonisk eller skriftligt med en anden sundhedsperson om en konkret patientbehandling, skal de forelagte oplysninger, og hvem de kommer fra, altid journalføres, så den rådgivende sundhedsperson entydigt kan identificeres. Det er kun den, der modtager rådet, som har pligt til at journalføre det. Den, som har givet et råd, bør dog så vidt muligt også journalføre rådgivningen også af hensyn til egen retssikkerhed.

Den, der fremlægger aspekter vedrørende den enkelte patient på en konference, har ansvaret for, at oplysningerne og/eller beslutningen journalføres. Det skal også altid journalføres, hvem der er øverst ansvarlig for beslutningen, typisk den ledende overlæge.

Journalsprog

Journalen skal være letlæselig og letforståelig for sundhedspersonale og myndigheder.

Følgende gør sig gældende:

- Der bør som udgangspunkt skrives på et anerkendt sprog som grønlandsk, dansk eller andet skandinavisk sprog - alt efter type af institution og hvilket sprog, der er forståeligt for medarbejderne på den pågældende institution.
- Journalen skal være entydig og struktureret.
- Der må kun anvendes alment kendte fagudtryk på fx latin eller græsk.
- Der må kun anvendes fagligt anerkendte forkortelser.
- Hvis der anvendes standardtekster/makroer, skal de tilpasses den konkrete patientkontakt.

Rettelser og tilføjelser i journalen

Der må ikke slettes oplysninger fra en patientjournal. Hvis der er anført urigtige oplysninger eller er fejl i et journalnotat, skal det rettes ved at tilføje de rigtige oplysninger. Den oprindelige version skal dog fortsat være tilgængelig. Det skal fremgå af hvem, og hvornår rettelser er foretaget.

Journalføring af informeret samtykke

Ingen udredning eller 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. Der skal dog kun indhentes samtykke til forhold af en vis væsentlighed. Denne information og patientens samtykke, eller hvad patienten i øvrigt tilkendegiver i forhold til informationen, skal dokumenteres i journalen. Patienten bør gøres bekendt med, hvad der optegnes i journalen.

Der er ingen formelle krav til, hvordan et informeret samtykke skal formuleres i patientjournalen, men oplysningerne og omfanget af det skal tilpasses den enkelte behandling og omstændighederne. En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information og inddrages i den 15-18 åriges stillingtagen.

Patientens aktindsigt

Patienten har ret til aktindsigt i sin journal, medmindre særlige forhold gør sig gældende. Dette gælder alle faggruppers dokumentation i patientjournalen. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af ledelsen på det pågældende sted i medfør af Landstingsforordning om patienters retsstilling.

Indhentning af helbredsoplysninger med patientens samtykke

Med patientens samtykke, kan der indhentes relevante oplysninger om helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i patientjournalen i forbindelse med behandling eller til andre formål under hensyntagen til patientens interesser og behov. Dette kan være i forbindelse med statistik, kvalitetssikring, udvikling af behandling og arbejdsgange eller evaluering af sundhedspersoners indsats fx i forbindelse med patientklager. Det er ikke tilladt at slå oplysninger om familie op i journalen, medmindre det er i behandlingsøjemed som sundhedspersonens patient med dennes samtykke.

Indhentning af helbredsoplysninger uden patientens samtykke

Sundhedspersoner kan, når det er nødvendigt for behandling af patienten i fornødent omfang indhente oplysninger i journalen uden patientens samtykke, hvis det er i patientens interesse. Endvidere kan læger og tandlæger under disses ansvar lade sekretærer og studerende slå op i journalen som teknisk bistand eller læring.

Opslag i patientjournalen uden patientens forudgående samtykke og uden, at der foreligger en aktuel sundhedsfaglig behandling, må kun ske, hvis indsigt i journalen er nødvendig i forbindelse med varetagelse af opgaver af væsentlig samfundsmæssig betydning i statistisk øjemed eller opgaver omkring kvalitetssikring eller -udvikling af behandlingsforløb og arbejdsgange. Det er her en forudsætning, at ledelsen på behandlingsstedet efter nærmere fastlagte kriterier har givet tilladelse til, at den pågældende kan slå op i patientjournalen og indhente relevante oplysninger. Autoriserede sundhedspersoner eller andre personer, som må slå op i journalen, skal være underlagt tavshedspligt og være ansat hos den dataansvarlige for oplysningerne eller omfattet af en databehandleraftale. De konkrete kriterier for hvem, der må og hvilke oplysninger, der kan indhentes, skal foreligge skriftligt og være tilgængeligt for de relevante parter.

Videregivelse af helbredsoplysninger

Sundhedspersoner/medhjælpere kan kun med patientens mundtlige eller skriftlige samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner, institutioner eller myndigheder om patientens

helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Patientens samtykke hertil skal journalføres.

Videregivelse af nævnte oplysninger uden samtykke kan kun ske, hvis:

- Det er påkrævet af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.
- Videregivelse er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

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
- Anordning nr. 860 af 18. december 1991 for Grønland om ikraftsættelse af lov om udøvelse af lægegerning

Øvrige relevante kilder

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

Ikrafttræden

Denne vejledning træder i kraft den xx. måned 2023.

Landslægeembedet, den 6. juli 2023

Henrik L. Hansen / Louise L. Faber