

Udskriftsdato: mandag den 12. januar 2026

VEJ nr 9520 af 01/07/2021 (Historisk)

Vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsmin.,
Styrelsen for Patientsikkerhed, j.nr. 31-1001-291

Senere ændringer til forskriften

BEK nr 713 af 12/06/2024 - VEJ nr 9472 af 25/06/2024

Vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område

1. Indledning
 - 1.1 Målgruppe
 - 1.2 Anvendte begreber
2. Journalen
 - 2.1. Formålet med journalen
 - 2.2. Patientrapporterede oplysninger og oplysninger afgivet af patienten m.v.
3. Journalføringspligt og ansvar
 - 3.1 Journalføring af opgaver, som overdrages
 - 3.2 Tidspunkt for journalføring
 - 3.3 Rådgivning, tilsyn og konferencebeslutninger
 - 3.4 Undtagelser til journalføringspligten
 - 3.5 Journalføring af behandling som led i forskning
4. Form og sprog
 - 4.1 Journalens form
 - 4.2 Journalens sprog
5. Indhold
 - 5.1 Oplysninger journalen skal indeholde
 - 5.2 Øvrige nødvendige oplysninger
 - 5.3 Kliniske og parakliniske undersøgelser
 - 5.4 Sortering af oplysninger, der skal indgå i journalen
 - 5.5 Journalføring af information og samtykke til behandling
6. Rettelser og tilføjelser
7. Journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.
 - 7.1 Videregivelse af journaloplysninger
 - 7.2 Samtykke til indhentning af oplysninger
 - 7.3 Hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger m.v.
 - 7.4 Aktindsigt
8. Ledelsens ansvar
 - 8.1 Instrukser for journalføring
 - 8.2 Adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre
 - 8.3 Tekniske nedbrud m.v.
9. Opbevaring
10. Ikrafttrædelse

1. Indledning

Denne vejledning uddyber og præciserer bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen henvender sig til personale på sygehuse og inden for det præhospitale område, og er en ud af fem vejledninger¹⁾ 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, ufaglært personale 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 og lignende.

1.2 Anvendte begreber

Sundhedspersoner

Ved sundhedspersoner forstås i denne vejledning personer, der i henhold til særlig lovgivning er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses 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.

I denne vejledning betragtes man også som sundhedsperson, når ledelsen på et behandlingssted generelt tilrettelægger eller konkret beslutter, at ikke-autoriseret personale kan varetage bestemte sundhedsfaglige opgaver.

Overdragelse af sundhedsfaglige opgaver

Ved overdragelse af sundhedsfaglige opgaver forstås i denne vejledning både opgaver, som alle sundhedspersoner må udføre, samt delegation af opgaver, som er forbeholdt bestemte grupper af autoriserede sundhedspersoner at udføre.

Ledelse

Ved ledelsen henvises der i denne vejledning til den daglige administrative ledelse, som har ansvaret for den lokale arbejdstilrettelæggelse, og for at de generelle sundhedsfaglige instrukser bliver udarbejdet og implementeret.

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 m.v.

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 og andet materiale, som oplyser om patientens sygehistorie, tilstand, planlagte og udførte behandlinger m.v., herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet på den baggrund. Patientjournalen omfatter således også blandt andet operationsbeskrivelser, anæstesijournaler, røntgenbilleder, prøvesvar, epikriser m.v., også selvom disse oplysninger eventuelt fremgår af separate systemer. Journalen kan indeholde oplysninger om private forhold og andre

fortrolige oplysninger om patienten, hvis de er nødvendige for patientens behandling eller opfølgning herpå.

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.

Journalen skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for behandling, så de involverede sundhedspersoner kan 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 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 bidrage til fx læring, kvalitetsudvikling, forskning og som dokumentation for hændelsesforløb i klage- og erstatningssager m.v.

2.2. Patientrapporterede oplysninger og oplysninger afgivet 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 afgiver på eget initiativ, eller oplysninger afgivet 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. 3.4.

Både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner 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, udført, resultatet samt eventuel opfølgning.

3.1 Journalføring af opgaver, som overdrages

Hvis en autoriseret sundhedsperson overdrager en sundhedsfaglig opgave til andre, herunder fx 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 skal dog ske snarest muligt og inden arbejdstids ophør.

I tilfælde, hvor man ikke inden for arbejdstids ophør har mulighed for at journalføre på sædvanlig vis, eksempelvis i en elektronisk patientjournal, kan det efter omstændighederne være tilstrækkeligt, at der laves et særskilt journalnotat, som snarest muligt overføres til den primære patientjournal.

3.3 Rådgivning, tilsyn 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.

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om den rådgivende sundhedsperson, herunder dennes navn, titel og evt. arbejdssted. Derudover skal det fremgå, hvilke oplysninger der er forelagt, og det råd der er givet.

Den sundhedsperson, der giver et råd 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.

Tilsyn

Hvis en sundhedsperson anmodes om at tilse patienten ved et tilsyn og selvstændigt undersøger eller behandler patienten, har denne sundhedsperson journalføringspligten i forhold til den behandling, der udføres.

Konferencebeslutninger

Når en behandling af en patient drøftes på en konference eller lignende, 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.

Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har truffet beslutning om patientens behandling på konferencen, herunder navn, titel og evt. arbejdssted. Derudover skal det fremgå, hvilke oplysninger der er forelagt, og hvilken beslutning der er truffet.

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

3.4 Undtagelser til journalføringspligten

Førstehjælp givet som tilfældigt tilstedeværende

Pligten til at føre patientjournal gælder ikke, hvis 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.

3.5 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 lider 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 helbreds-mæssige 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 en protokol eller lignende.

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 der føres elektronisk journal, men der er bilag på papir, fx dokumenter, som er modtaget fra andre sundhedspersoner, billeder, røntgenbilleder m.v., skal det 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.

Det er tilladt at indscanne dokumenter og billeder i elektroniske journaler og herefter makulere det originale dokument/billede. En forudsætning er, at det indscannede materiale er af samme kvalitet som det originale materiale. Den autoriserede sundhedsperson skal kontrollere dette efter indscanningen.

Al tekst skal være læselig, fx håndskrift eller tekst på 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 fagligt 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 kun fremgår oplysninger, som 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.

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 behandlet patienten. 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 for behandlingen 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

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 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 eventuel 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 journalføringen.

De nærmere krav til indholdet i journalen hviler på den aktuelle faglige norm inden for det pågældende fagområde. Indholdet i journalen tager derfor udgangspunkt i fagområdets egne generelle faglige krav til, hvad der anses for at være nødvendigt.

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

Nødvendige oplysninger

Nedenfor fremgår stamoplysninger og faglige og medicinske oplysninger, som skal fremgå af journalen, hvis de vurderes at være nødvendige i forbindelse med behandling af en patient. Oplysningerne er ikke udtømmende, så der kan være øvrige oplysninger, som vurderes at være nødvendige for behandlingen af patienten, selvom de ikke fremgår af denne vejledning.

Stamoplysninger

Oversigt over stamoplysninger der kan være nødvendige ved konkrete patientkontakter:

1. Bopæl/opholdsadresse og eventuelt telefonnummer.
2. Oplysning om, hvem der er patientens nærmeste pårørende, og hvordan vedkommende om nødvendigt kan kontaktes. Det skal også fremgå, hvis patienten ikke ønsker, at de nærmeste pårørende kontaktes.
3. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne.
4. Særlige forhold, f.eks. allergi.
5. Eventuel sundhedsfaglig kontaktperson og eventuelle samarbejdspartnere, eksempelvis sygehus, hjemmesygepleje eller egen læge.
6. Oplysning om patienten har oprettet et behandlings- eller livstestamente.

Faglige og medicinske oplysninger

1. Patientens beskrivelse af sin situation og årsagen til kontakten samt eventuelle ønsker for behandling.
2. Sygehistorie, nuværende tilstand og aktuel behandling. Det skal fremgå, hvis patienten får eller har fået øvrig behandling, som har betydning for den aktuelle situation.
3. Indikation for undersøgelse og behandling samt symptomer og observationer.
4. Diagnose eller sundhedsfagligt skøn om sygdommens art.
5. Konsultationsform, herunder video- eller telefonkonsultation.
6. Behandlingsplan og status for gennemførelse af planen, herunder kontrol og opfølgning.
7. Udført behandling, herunder rekvirerede og gennemførte undersøgelser, laboratorie- og prøvesvar og resultaterne heraf samt sundhedsfaglig pleje. Detaljeringsgraden afhænger af behandlingens karakter.
8. Indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v. samt ulykker som fx hvis patienten er faldet ud af sengen. Journalen skal i øvrigt indeholde oplysninger om, hvilken information der er givet til patienten, og om der er ydet bistand med at foretage anmeldelse til Patienterstatningen, hvis der i forbindelse med behandlingen er opstået skader, som må antages at give ret til erstatning.
9. Ordination af lægemidler (navn, styrke, mængde, dosering og administrationsmåde, hyppighed eller de intervaller, hvormed lægemidlet skal gives, eventuelle tidspunkter og behandlingsvarighed, og hvornår behandlingen skal ophøre), samt eventuelt batchnummer, jf. dog de særlige regler for biologiske lægemidler.
10. Konkret instruktion eller rådgivning af patienten, herunder telefonisk rådgivning.
11. Overvejelser hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges væsentligt.

Der kan være øvrigt materiale, som skal indgå som en del af patientens journal. Det kan fx være røntgenbilleder, kliniske fotos eller andet diagnostisk billedmateriale, som fx CT- og MR-scanningsbilleder samt beskrivelser heraf. Sådant materiale skal være dateret og påført patientens navn og personnummer, når det foreligger som bilag til journalen.

Oplysninger om patientens økonomiske forhold, der har indflydelse på behandlingsvalget, samt familiemæssige forhold eller andre sociale forhold, der har betydning for samarbejde om patientforløbet, må journalføres i nødvendigt omfang. Dette bør ske med patientens vidende.

Sundhedsfaglige vurderinger i forbindelse med visitation af en henvisning skal journalføres med angivelse af beslutningen, og hvem der har foretaget den sundhedsfaglige vurdering. Dette gælder også, hvis der er tale om afvisning eller omvisitering.

Generelt om journalføring på sygehuse

Sygehuses patientjournaler skal fungere som det nødvendige arbejdsredskab for 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 behandlingers 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 sygehusbehandling vil det gælde, at man gennem journaloplysningerne skal kunne få detaljerede oplysninger om patientens sygdomme og de udførte samt planlagte undersøgelser og handlinger.

Generelt om journalføring på det præhospitalt område

På det præhospitalt område vil der ofte være tale om korte og enkeltstående patientforløb. Dette gælder uanset om der er tale om ambulancepersonale, sundhedsfaglige visitatorer, eller andet personale, der

udfører sundhedsfaglig behandling inden for det præhospitale område. 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, er ikke omfattet af journalføringsbekendtgørelsens regler.

5.5 Journalføring af information og samtykke til behandling

Ifølge sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Dette afsnit gælder kun journalføring af det informerede samtykke. Reglerne om indhentning af det informerede samtykke herunder hvornår et samtykke skal være skriftligt eller mundtligt, og hvornår et stiltiende samtykke er tilstrækkeligt, er beskrevet i sundhedslovens §§ 15 – 21, er nærmere beskrevet i bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Der er ingen formkrav til, hvordan et informeret samtykke skal fremgå af journalen, men oplysningerne i journalen 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.

Hvis patienten helt eller delvist fravælger tilbudt undersøgelse eller behandling, skal dette journalføres. Den givne information om, hvilke konsekvenser, fravalget kan medføre, skal journalføres i nødvendigt omfang. Det kan fx være helbredsmaessige eller økonomiske konsekvenser.

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 tidligere 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. Der kan fx være tale om en patient, som møder til jævnlig blodtrykskontrol 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. Det er dog vigtigt, at man ud fra journalnotatet kan se, at det har været en behandlingssituation omfattet af det stiltiende samtykke. Er sundhedspersonen i tvivl, om der er tilslutning fra patienten, skal udtrykkeligt samtykke indhentes og samtykket journalføres.

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. Hvis det er teknisk muligt, skal tilføjelsen indføres i journalen i tilslutning til det oprindelige journalnotat. 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. Journalføring af videregivelse, indhentning, aktindsigt m.v.

Dette afsnit gælder kun journalføring af videregivelse og indhentning af oplysninger, aktindsigt m.v. Reglerne om videregivelse og indhentning af oplysninger, herunder regler om at patienten kan frabede sig at oplysninger videregives eller indhentes, samt reglerne om aktindsigt m.v., er nærmere beskrevet i sundhedsloven kapitel 9.

7.1 Videregivelse af journaloplysninger

Samtykke til videregivelse

Giver patienten samtykke til, at der kan videregives oplysninger fra vedkommendes journal, jf. sundhedsloven §§ 41, stk. 1, 43, stk. 1, og 51, stk. 4, skal det journalføres. Det skal også fremgå, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilket formål, og hvem oplysningerne er videregivet til. Hvis et samtykke er givet skriftligt, skal det fremgå af journalen.

Den information patienten har fået som grundlag for at tage stilling til videregivelsen, skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen.

Videregivelse uden samtykke i forbindelse med og efter behandling af patienter

Hvis der videregives oplysninger uden patientens samtykke til brug for behandling, jf. sundhedsloven § 41, stk. 2, 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, at oplysninger 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, jf. sundhedsloven §§ 43, stk. 2 og 45-47, skal dette i nødvendigt omfang dokumenteres i journalen. Hvis det vurderes nødvendigt, skal det 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:

1. 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 a, stk. 3.

2. I de tilfælde, hvor der skal indhentes et skriftligt samtykke fra patienten til indhentning 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 indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Det skal journalføres, hvis patienten har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker, at oplysninger videregives eller indhentes. Det skal også fremgå, hvis patienten har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker, at bestemte sundhedspersoner videregiver eller indhenter oplysninger fra patientjournalen.

Det skal desuden fremgå af journalen, 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 journalføring, da den er en del af behandlingen.

Hvis der skiftes journalsystem, er det ledelsens ansvar, at ovenstående forhold overholdes, og at personalet har adgang til patientforløbets historik samt at personalet er tilstrækkeligt oplært i det nye system.

8.1 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 Adgang til patientjournal og mulighed for at journalføre

Ledelsen skal sikre, at behandlingsstedets personale, som udfører sundhedsfaglige opgaver, i 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 Tekniske 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.

8.4 Teknisk bistand

Hvis behandlingsstedet benytter teknisk bistand i form af personale, der indfører diktater eller lignende i den enkelte patientjournal, skal ledelsen på behandlingsstedet sikre, at behandlingsstedets personale kender og følger kompetence- og ansvarsforholdene i denne forbindelse. Dette skal sikres ved skriftlige instrukser, hvis behandlingsstedet anvender mere end to ansatte til at varetage teknisk bistand. Ledelsen skal desuden sikre, at den tekniske bistand understøtter, at der sker korrekt journalføring.

En sundhedsperson, der anvender teknisk bistand til indførelse af diktat eller lignende i patientjournalen, er ikke pligtig til at efterkontrollere notatet, men ledelsen skal sikre, at der er mulighed for at efterkontrollere notaterne, hvis dette ønskes.

En sundhedsperson, som anvender diktat eller lignende til brug for journalføring, skal sikre, at diktatet er lagret korrekt på det anvendte medie, inden overgivelse til teknisk bistand. Når dette er gjort, har sundhedspersonen opfyldt sin journalføringspligt, også selvom diktatet endnu ikke er ført ind i den elektroniske journal.

8.5 Talegenkendelse

Hvis der føres journal ved hjælp af talegenkendelse i form af teknologi, som omsætter tale til tekst, har ledelsen på behandlingsstedet ansvar for at sikre, at der er en procedure for anvendelse af talegenkendelse, herunder for kontrol af, at teksten, som indgår i journalen, er korrekt.

9. Opbevaring

Journaler 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 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.

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

10. Ikrafttrædelse

Denne vejledning har virkning fra den 1. juli 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den 1. juli 2021

HENRIK KRISTENSEN

/ Betina Leig Keldorff

- 1) vejledning om journalføring for almen praksis og speciallægepraksis, vejledning om sygeplejefaglig journalføring, vejledning om journalføring for specifikke autorisationsgrupper og vejledning om journalføring på det tandfaglige område.