

Udskriftsdato: 3. januar 2026

VEJ nr 9473 af 25/06/2024 (Historisk)

Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver)

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Indenrigs- og Sundhedsmin.,
Styrelsen for Patientsikkerhed, j.nr. 31-1001-907

Senere ændringer til forskriften

BEK nr 1361 af 24/11/2025

Vejledning om sygeplejefaglig journalføring

(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver)

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 og konferencebeslutninger
 - 3.4 Undtagelser til journalføringspligten
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 i journalen
 - 5.3 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. 713 af 12. juni 2024 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen henvender sig til sygeplejefagligt personale og medarbejdere, der varetager sygeplejefaglige opgaver, og er en ud af fem vejledninger¹⁾ om journalføring inden for sundhedsvæsenet.

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

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

1.1 Målgruppe

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

1.2 Anvendte begreber

Sundhedspersoner

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

En person handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar, når personen generelt eller konkret får overdraget en sundhedsfaglig opgave, som en autoriseret sundhedsperson ellers havde ansvaret for. Dette gælder, uanset om den, der overtager opgaven, selv er autoriseret sundhedsperson eller ej.

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.

Sygeplejefagligt personale

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

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

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

Pleje og behandling af patienter

Ved pleje og behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, identifikation af sygeplejefaglige problemområder, sygdomsbehandling, medicinering, genoptræning, planlagt og udført sundhedsfaglig

pleje, forebyggelse, sundhedsfremme, dataindsamling (fx ved indlæggelse), lindring, information, forebyggelsestiltag og indsatser, der understøtter patientinvolvering, mestring, rehabilitering, recovery²⁾ og motivation, som indgår i sundhedsfaglig virksomhed rettet mod den enkelte patient. Observation af patientens tilstand og effekten af pleje og behandling er også en del af begrebet.

Vejledningen gælder for alle patientgrupper. Ved patienter forstås personer, der er i behandling hos en sundhedsperson, uanset om de i det daglige bliver omtalt anderledes, fx som borgere.

2. Journalen

Ved en patientjournal forstås notater og andet materiale, som oplyser om patientens sygehistorie, tilstand, planlagte og udførte pleje og behandling, herunder hvilken information, der er givet og hvad patienten har tilkendegivet på den baggrund. Patientjournalen omfatter således også blandt andet røntgenbilleder, meddelelser og svar fra andre klinikker, prøvesvar, beskrivelser m.v. Det gælder selv om disse oplysninger eksempelvis fremgår af separate systemer. Journalen kan indeholde private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, hvis de er nødvendige for patientens pleje og behandling eller opfølgning herpå.

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

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

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

2.1 Formålet med journalen

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

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

Journalen kan også bidrage til 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 plejen og behandlingen, skal vurdere, hvilke oplysninger der skal indføres i journalen.

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

3. Journalføringspligt og ansvar

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

Både autoriseret og ikke-autoriseret sygeplejefagligt personale er ansvarlige for indholdet af deres egne notater i journalen.

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

Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, 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 plejen og behandlingen. Den sundhedsperson, som har overdraget opgaven, har ikke pligt til at sikre, at den, der handler på dennes ansvar, journalfører den udførte sundhedsfaglige virksomhed. Det er alene den, der udfører plejen og behandlingen, der har pligt til at føre journal. Dette gælder også i situationer, hvor overdragelsen af opgaven sker mundtligt.

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

3.2 Tidspunkt for journalføring

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

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

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 og konferencebeslutninger

Rådgivning

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

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

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

Tilsyn

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

Konferencebeslutninger

Når en konkret patientbehandling drøftes på en konference, triageringsmøder eller lignende er det som udgangspunkt den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for, at konferencebeslutningen journalføres. 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 eller lignende, 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 retningslinje 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 uden for sit virke hjælper en person, der fx får et ildebefindende, er faldet om på gaden eller i øvrigt har et aktuelt behov for sundhedsfaglig assistance.

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

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

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

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

4. Form og sprog

4.1 Journalens form

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

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

Hvis der føres elektronisk journal, men der er bilag på papir, fx dokumenter, som er modtaget fra andre sundhedspersoner, billeder, røntgenbilleder m.v., skal det fremgå, hvilke oplysninger der føres i den elektroniske journal, og hvilke oplysninger der journalføres i papirform. Hvis der føres journal i flere

elektroniske systemer vedr. samme patient, skal disse henvise til hinanden. Dette for at sikre, at personalet har et overblik over den samlede journalføring.

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

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

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.

4.2 Journalens sprog

Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Der må anvendes fagligt anerkendte forkortelser, der er forståelige for de personer, der deltager i pleje og behandling af patienten.

Standardtekster og lignende

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

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

Oplysninger om sygeplejefagligt personale

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

Personalets titel og arbejdssted skal fremgå af journalen.

Tidspunkt for pleje og behandlingen

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

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

5.2 Øvrige nødvendige oplysninger i journalen

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

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.

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.

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, værge eller fremtidsfuldmægtig og hvordan vedkommende kan kontaktes. Det skal også fremgå, hvis patienten ikke ønsker at de nærmeste pårørende m.fl. kontaktes.
3. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne.
4. Eksterne samarbejdspartnere, fx hospitalsafdeling, hjemmesygepleje, sundhedspleje, egen læge, speciallæger.
5. Særlige forhold, fx kendte allergier herunder CAVE-meddelelse.

Konkrete patientkontakter

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

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

Observationsskemaer

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

Sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient

Hvis patienten har problemer eller risici inden for nedenstående 12 sygeplejefaglige problemområder³⁾, skal det, som har betydning for patientens nuværende tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling, journalføres i nødvendigt omfang.

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

For hvert af de identificerede problemer og risici skal planlægning, udført pleje, behandling og opnåede resultater journalføres i nødvendigt omfang.

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

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

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

5.3 Journalføring af information og samtykke til behandling

Ifølge sundhedsloven må ingen pleje og 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, og i bekendtgø-

relse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Der er ingen formkrav til, hvordan dokumentationen af det informerede 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 pleje eller behandling, skal dette journalføres. Den givne information om hvilke eventuelle konsekvenser, som fravalget kan medføre skal journalføres i nødvendigt omfang. Dette kunne være fx helbredsmæssige eller økonomiske konsekvenser.

Kravet til journalføringen af informationen øges, jo mere kompleks behandlingen er, og jo større risiko der er for udvikling af komplikationer og bivirkninger. Omvendt vil kravet mindskes, hvis patienten kender behandlingen, og der ikke er ændringer i den information, patienten 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 at en sundhedsperson ved første behandling noterer, at patienten har samtykket til en behandlingsplan, hvorefter patienten medvirker til de fortløbende behandlinger i behandlingsplanen. Ved de efterfølgende behandlinger vil det ikke være nødvendigt direkte at journalføre samtykket. 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. 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, 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 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 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 eventuel fuldmagt.

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

8. Ledelsens ansvar

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

Ledelsen på et behandlingssted skal blandt andet sikre:

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

Hvis der skiftes journalsystem, er det ledelsens ansvar, at ovenstående forhold kan overholdes, og at behandlingsstedets personale 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 uden sundhedsfaglig uddannelse, ansatte fra flere faggrupper, 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 pleje og behandling, og at personalet desuden i nødvendigt omfang har mulighed for at journalføre udført pleje og 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. I disse situationer er det ledelsens ansvar, at der er skriftlige instrukser, der beskriver procedurer for, hvordan journalføringen i perioden håndteres. Det skal være klart, hvordan der skal journalføres, indtil journalsystemet fungerer igen, og hvordan denne journalføring indføres i den elektroniske journal.

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

9. Opbevaring

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

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

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

Opbevaringsperiodens udløb

Når opbevaringsperioden udløber, skal journalen opbevares efter de generelle regler for opbevaring af personoplysninger.

Når opbevaringspligten er udløbet, skal behandlingsstedet tage stilling til, om der er grundlag for en længere opbevaring. Er det ikke tilfældet, skal patientjournalen slettes.

For nærmere information om databeskyttelseslovgivningen henvises til Datatilsynet.

10. Ikrafttrædelse

Denne vejledning har virkning fra 1. juli 2024, hvor vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring samtidig bortfalder.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den 25. juni 2024

HENRIK KRISTENSEN

/ Christina Lumby Rasmussen

- 1) Vejledning om journalføring på det tandfaglige område, vejledning om journalføring for almen praksis og speciallægepraksis, vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område og vejledning om journalføring for specifikke autorisationsgrupper
- 2) Recovery er et begreb fra psykiatrien. Begrebet omhandler understøttende indsatser, der skal skabe et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personer selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer
- 3) Eksemplerne på indhold under det enkelte sygeplejefaglige problemområde tager udgangspunkt i en national sygeplejefaglig terminologi. Detaljeringsgraden kan beskrives lokalt og afhænger af konteksten