

Udskriftsdato: 1. januar 2026

VEJ nr 9477 af 25/06/2024 (Historisk)

**Vejledning om journalføring for specifikke autorisationsgrupper
(bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter,
fodterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, kiropraktorer, kliniske
diætister, optikere, optometriste, osteopater og radiografer)**

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 journalføring for specifikke autorisationsgrupper

(bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, kiropaktorer, kliniske diætister, optikere, optometriste, osteopater og radiografer)

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
 - 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 i journalen
 - 5.3 Kliniske undersøgelser
 - 5.4 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 og overdragelse
 - 9.1 Opbevaring
 - 9.2 Overdragelse
10. Ikrafttrædelse

1. Indledning

Denne vejledning uddyber og præciserer bekendtgørelse nr. 713 af 12. juni 2024 om specifikke autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Vejledningen 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 gælder på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet og omfatter alle behandlingssteder, hvor personale som led i sundhedsmæssig virksomhed udfører behandling af patienter.

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 bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre, kiropraktorer, kliniske diætister, optikere, optometriste, osteopater og radio-grafer.

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. Oplisting af omfattede autorisationsgrupper findes i afsnit 1.1 målgruppe.

En person handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar efter denne vejledning, når personen generelt eller konkret får overdraget en sundhedsfaglig opgave, 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 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. Er der tale om en enkeltmandspraksis, vil ledelsen således være den enkelte kliniker.

Behandlingssted

Ved et behandlingssted forstås i denne vejledning en selvstændig virksomhed, hvor eller hvorfra en eller flere sundhedspersoner udfører behandling fx sygehuse, klinikker, ambulatorier, privat praksis, private hjem, genoptræningscentre samt institutioner – herunder folkeskoler og specialinstitutioner, bosteder og offentlige og private institutioner m.v.

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

Behandling af patienter

Ved behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødsels-hjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje, ordineret af hjælpemidler samt forebyggelse og sundheds-fremme, som indgår i sundhedsfaglig virksomhed rettet mod den enkelte patient.

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, klienter, kunder m.v.

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 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 behandling eller opfølgning herpå.

Der skal oprettes én patientjournal for hver patient. Det gælder både individuelle behandlingsforløb/genoptræningsforløb med enkelte patienter, telefon- eller videokonsultationer og når flere patienter modtager behandling samtidigt på fx et hold.

Der kan dog oprettes en fælles patientjournal for hver patient på flere behandlingssteder, når behandlingsstederne har samme ledelse og foretager samme former for behandling.

Journalen skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for behandling, så de involverede sundhedspersoner er i stand til at sætte sig ind i patientens tilstand og planlagte behandling. En god tommelfingerregel er, at journalen skal give mening for en anden sundhedsperson.

2.1 Formålet med journalen

Journalen er primært et arbejdsredskab og en forudsætning for en sikker og kontinuerlig behandling. Journalen giver indsigt i og overblik over behandlingsforløbet for det sundhedsfaglige personale, der ofte er involveret i patientens 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 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 andre personer, der handler på deres ansvar, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed foretager behandling af en patient, se dog pkt. 3.4. Der er også journalføringspligt, når flere patienter deltager på fx et hold, hvor patienterne modtager behandling, som er målrettet hver enkelt.

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

Journalføringen 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 behandling af patienten.

Sundhedspersoner 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 andet personale, herunder til ikke-autoriseret personale, skal den, der overtager opgaven, journalføre behandlingen. Den sundhedsperson, som har overdraget opgaven til en anden, har ikke pligt til at sikre, at den, der handler på dennes ansvar, journalfører den udførte sundhedsfaglige virksomhed. Det er alene den, der udfører 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 sundhedsfaglige 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 en sundhedsperson 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 behandling af en patient. En sundhedsperson, som 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, 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.

Konferencebeslutninger

Når en konkret patientbehandling drøftes på en konference 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.

Ukomplerede tilstande og foreløbig hjælp i idrætssklubber, på festivaler, ved landsstævner, spejderlejre og lignende

Førstehjælp i form af sundhedsfaglig behandling, som udføres af autoriserede sundhedspersoner i idrætssklubber, 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 idrætssklubber, 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.

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 helbredsmæssige forhold, som medfører videregivelse af oplysninger herom til egen læge, sygehus m.v., med henblik på videre opfølgning, vil det som udgangspunkt ikke være nødvendigt at oprette en patientjournal for at dokumentere videregivelsen af oplysningerne, hvis det i stedet indføres i 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 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 det sundhedsfaglige personale 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.

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 journaloptegnelser, 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, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Der må anvendes fagligt anerkendte forkortelser, der er forståelige for den enkelte faggruppe og øvrige personer, der deltager i 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

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

Sundhedspersonens titel og arbejdssted skal fremgå af journalen.

Tidspunkt 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 vurderes at være nødvendigt. Det kan fx være tilfældet, hvis journalføringen ikke sker i umiddelbar tilknytning til behandlingen. Se i øvrigt pkt. 3.2.

5.2 Øvrige nødvendige oplysninger i journalen

Journalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Oplysninger er nødvendige, når de understøtter kontinuitet i behandlingen af patienten, og 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 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 den pågældende autoriserede faggruppe. Indholdet i journalen tager derfor udgangspunkt i fagområdets egne generelle faglige krav til, hvad der anses for 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. Særlige forhold, fx kendte allergier, cave.

Fokusområder for specifikke faggruppers journalføring

Bandagister

Journalføring ved

- ortose- eller proteseforsyning
- Efterfølgende ortose- eller proteseforsyning med skift af type eller komponenter
- Efterfølgende bandagistkonsultationer hvor ortose- eller protesebrugers forudsætninger/behov/ønsker har ændret sig.

Oplysninger der kan være nødvendige at journalføre

- a. Diagnose
- b. Årsag til kontakt, herunder ordinerende sundhedsperson
- c. Personlige og omgivelsesfaktorer
- d. Behandlingshistorik
- e. Ønskemål (forventninger) til hjælpemiddel
- f. Objektive fund/ observationer/ status
- g. Aktivitetsmål
- h. Funktionelle behov (til hjælpemiddel)
- i. Begrundelse for valg af hjælpemiddel og evt. kompromisser/klinisk ræsonnering.
- j. Hvad er der sket d.d., fx afprøvet hjælpemidler
- k. Plan, fx hvad er der aftalt
- l. Instruktion/information, fx vejledning i brug og vedligehold af hjælpemidlet

Journalføring ved

- Afprøvning, udlevering og kontrol (justering og opfølgning)
- Afslutning på igangværende forløb
- Udskiftning af liner og hylster
- Genforsyning af samme type ortose eller protese

Oplysninger, der kan være nødvendige at journalføre:

- a. Årsag til kontakt
- b. Objektive fund hvis ændringer
- c. Hvad er der sket d.d., herunder ændringer/justeringer
- d. Plan, fx hvad er der aftalt
- e. Instruktion/information, fx vejledning i brug og vedligehold af hjælpemidlet

Journalføring ved

- Levering (af hjælpemiddel) på hospital i direkte relation til specifik ordination

Oplysninger der kan være nødvendige at journalføre

1. Diagnose
2. Ordinerende hospital og sundhedsperson
3. Årsag til kontakt
4. Evt. objektive fund hvis aktuelt
5. Hvad er der sket d.d., herunder ændringer/justeringer
6. Plan, fx hvad er der aftalt
7. Instruktion/information, fx vejledning i brug og vedligehold af hjælpemidlet
8. Samtykke indhentet ved anden behandler

Ved tilknytning af målskema/ordre, hvor produktspecifikke oplysninger fremgår, behøves det derfor ikke i journalen.

Behandlerfarmaceuter

Oplysninger, der fremgår af nedenstående punkter, vil som udgangspunkt altid blive anset for at være nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Andre forhold kan imidlertid også være relevante at journalføre, selvom det ikke udtrykkeligt fremgår af punkterne.

1. Årsag til patientkontakt inkl. lægemidler
2. Relevant sygdoms- og medicinanamnese, herunder information om patientens sygdom og behandling, herunder stabilitet af behandling
3. Relevant information om patientens sygdom og behandling, fx symptomer og lægemiddelrelaterede problemer
4. Analyse og vurdering af patienten og patientens behov for behandling
5. Rådgivning/information, fx rådgivning om håndkøbslægemidler, faglig rådgivning/råd om behandling i øvrigt
6. Indberetning af bivirkninger eller rapportering af utilsigtede hændelser
7. Orientering af læge

Bioanalytikere

Svar og resultater, noter, udregninger m.v., som indgår i diagnostik- og analysearbejdet og som vurderes at være nødvendige for behandlingen af patienten, skal fremgå af patientjournalen.

Når bioanalytikere noterer i patientjournalen skal de generelle krav til journalføring opfyldes. Notater i de diagnostiske IT-systemer skal efterleve de gældende faglige standarder og retningslinjer. Svar på parakliniske analyser og undersøgelser overføres typisk automatisk fra de diagnostiske IT-systemer til de dele af patientjournalen, som anvendes af læger og disses medhjælp.

Diagnostiske IT-systemer som LABKA, CGI, MADS, ProSang osv., er arbejdsredskaber og de bliver en del af patientjournalen i og med, at oplysningerne herfra anvendes som led i undersøgelse og behandling af patienterne. Det gælder også, når bioanalytikere i IT-systemerne tilknytter kommentarer, som vurderes nødvendigt for at kunne vurdere resultatet.

Ergoterapeuter

Ergoterapeutisk intervention har stor forskellighed i kompleksitet og indhold afhængig af den konkrete situation. Journalføringens omfang og detaljeringsgrad vil i praksis afspejle denne forskellighed.

Oplysninger der kan være nødvendige at journalføre

1. Anamnese
2. Undersøgelse/test
3. Funktionsevnevurdering på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau samt personlige og omgivelsesmæssige faktorer, herunder fx kroppens anatomi og funktion (som ligger til grund for problemer med aktivitet og deltagelse) og især funktioner, som berører patientsikkerhed, fx kognition, adfærd og dysfagi
4. Patientens mål
5. Indikationer for ergoterapeutisk intervention, fx inden for genoptræning, behandling, vedligeholdelse, forebyggelse, compensation, herunder hjælpemidler og andre kompensatoriske foranstaltninger samt undervisning
6. Aftaler med eksterne parter, fx pårørende, visitatorer m.v.
7. Mål for ergoterapeutisk intervention
8. Plan for ergoterapeutisk intervention
9. Information givet til patienten, herunder plan for ergoterapeutisk intervention.

Fodterapeuter

Fodterapeuter skal tage stilling til, hvilke oplysninger der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling og derfor skal fremgå af patientjournalen. Fodterapeuter kan i den forbindelse tage udgangs-

punkt i nedenstående punkter. Der kan derudover være yderligere oplysninger, som også er nødvendige at notere i journalen ved en konkret patientkontakt.

Den faglige norm for fodterapeuter indebærer, at de fodrelaterede problemstillinger, der observeres i forbindelse med behandlinger, dokumenteres i patientjournalen ved brug af et tegnsystem, som består af ca. 74 specifikke tegn.²⁾

Fyldestgørende diagrammer er udgangspunktet, men kan ikke stå alene, så der skal være supplerende tekst i journalen om forhold, der ikke kan læses ud fra diagrammet. Hvis oplysningerne fremgår af tegnsystemet, behøves det dog ikke dokumenteres særskilt i journalen.

Patientjournalen skal afspejle, at der er sammenhæng mellem de observationer og undersøgelser, der er foretaget, og de behandlinger, der er iværksat.

1) Anamnese/sygehistorie

Subjektive fund/observationer:

1. Oplysninger, som vedrører patientens beskrivelse af sine gener, sygehistorie, diagnoser, medicin og nuværende tilstand.

Objektive fund/observationer:

- a. Oplysninger om fodterapeutens undersøgelser og observationer af patienten og resultaterne af disse, samt undersøgelsessvar fra andre sundhedspersoner, fx læge.
- b. Resultater af undersøgelser og observationer kan fremgå af tegnsystemet og kan suppleres med relevant prosa.
- c. Beskrivelse af opfølgning og evaluering af den behandling, som er iværksat hos patienten.
- d. Fodstatus kan tilgås fra patientjournalen.
- e. Er der udført fodstatus på en patient med diabetes, kan der i patientjournalen henvises til relevante oplysninger, som fremgår af patientens fodstatus.
- f. Det noteres i patientjournalen, når der er udført fodstatus.

2) Behandlingsplan

1. Oplysninger om aktuelle behandlinger og eventuelle forebyggende tiltag.
2. Information givet til patienten, herunder behandlingsplan.

3) Journalnotat

Dagens behandling samt status på aktuelle behandlinger.

1. Nye gener, medicin, allergier.
2. Oplysninger om ajourført/ændret tegnsystem.
3. Vejledning, rådgivning og aftaler med patienten.
4. Korrespondancer.
5. Komplikationer.
6. Afvigelser.

4) Tegnsystemet i journalen

1. Tegnsystemet anvendes til at dokumentere de fodrelaterede problemstillinger, som fodterapeuten observerer.
2. Der tages stilling til tegnsystemet ved hver patientkontakt. Hvis der sker ændringer, skal der laves et nyt tegnsystem. Det gamle tegnsystem skal fremgå af journalen og må ikke ændres eller rettes i.
3. I forbindelse med telefon- og videokonsultationer kan fodterapeuten være forhindret i at tage stilling til tegnsystemet og må således journalføre ud fra patientens oplysninger.

4. Patientjournalen skal afspejle, at der er sammenhæng mellem de problemstillinger, der er angivet i tegnsystemet, og den behandling, patienten modtager.
5. I de få tilfælde hvor tegnsystemet ikke rummer en nødvendig og fyldestgørende beskrivelse af en patients fodrelaterede problemstillinger, beskrives problemstillingen i patientjournalen.

Fysioterapeuter

1) Fysioterapeutisk undersøgelse

1. Årsag til kontakten, herunder fx hvad der er fokus for den fysioterapeutiske undersøgelse og behandling
2. Anamnese
3. Undersøgelse/test
4. Screening for røde flag
5. Indikation for fysioterapeutisk behandling, herunder fx konklusion på den fysioterapeutiske undersøgelse med indikation for fysioterapeutisk behandling
6. Mål
7. Behandlingsplan, herunder fx aftale om videre opfølgning og genoptræningsplan
8. Information givet til patienten, herunder behandlingsplan

2) Efterfølgende behandlinger

1. Status siden sidst, herunder fx evaluering og status for gennemførelse af planen
2. Monitorering – test/måleredskaber, evt. anden opfølgning
3. Komplikationer/bivirkninger – hvordan har patienten tålt behandlingen m.m.
4. Udført behandling – ”efter planen” eller afvigelser fra planen

Jordemødre

Jordemødre skal være opmærksomme på, at kvinden og barnet skal have hver sin journal.

Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at nødvendige oplysninger fra vandrejournaler skal indføres i fødeafdelingens elektroniske system eller den privatpraktiserende jordemoders journalsystem, og oplysninger om undersøgelser, behandling og henvisninger til fx egen læge skal skrives på vandrejournalen, når de har betydning for det videre forløb.

Jordemødre skal desuden være opmærksomme på, at journalføre oplysninger af administrativ karakter når det er afgørende for, at jordemoderen kan dokumentere sin udførsel af lovpligtige opgaver. Dette fx ved at journalføre hvilken dato fødselsanmeldelsen er afsendt og hvilken instans den er afsendt til eller ved at journalføre administrative opgaver i forbindelse med screening for medfødte sygdomme (PKU), fx hvornår blodprøven er afsendt og hvornår svaret er modtaget.

Stamoplysninger

Oplistet nedenfor er yderligere oplysninger, som kan være nødvendige for jordemødre at journalføre. Se i øvrigt pkt. 5.2, for andre stamoplysninger, der kan være nødvendige at journalføre.

1. Evt. kendt sygdom og medicinforbrug
2. Obstetrisk anamnese, fx sectio antea, gruppe B streptokokker, rhesus-type. Eksemplerne er ikke udtømmende.
3. Kvindens sundhedstilstand, fx BMI m.v.

Oplysninger ved konkrete kontakter i graviditet og barselsperioden, som kan være nødvendige at journalføre:

1. Dato og tidspunkt for kontakten
2. Kontaktform (telefonisk henvendelse, planlagt eller akut kontrol)
3. Årsagen til kontakten

4. Resume af obstetrisk anamnese, fx gravida, paritet, terminsdato, hvordan terminen er fastsat og gestationsalder, evt. graviditetskomplikationer, evt. relevante forhold fra tidligere fødsel
5. Foretagne observationer og undersøgelser samt resultatet heraf, herunder laboratorie- og prøvesvar, fx PKU, bilirubin eller rhesus-type
6. Indikation for intervention samt effekten heraf
7. Evt. henvisninger til hospital eller egen læge
8. Hvilke informationer er der givet til kvinden eller familien, og hvad er der aftalt

Oplysninger i indlæggelses- og fødselsnotater, som kan være nødvendigt at journalføre:

- a. Resume af obstetrisk anamnese, fx gravida, paritet, terminsdato, hvordan terminen er fastsat og gestationsalder, evt. graviditetskomplikationer, evt. relevante forhold fra tidligere fødsel
- b. Oplysninger om fødselens opstart og forventet plan for fødslen
- c. Relevante tidspunkter noteres kontinuerligt
- d. Under fødslen skal der føres regelmæssige og tilstrækkelige journaloptegnelser af
 - i. kvindens og barnets tilstand samt fødselens progression
 - ii. foretagne observationer og undersøgelser samt resultater heraf
 - iii. konference med eller tilkald af læge eller anden jordemoder samt hvad der aftales
 - iv. Indikation for intervention i fødslen samt effekten af denne
 - v. Vejledning og information til den fødende samt hvad kvinden på denne baggrund har tilkendegivet
 - vi. I tilfælde af divergens mellem kvindens ønsker og jordemoderens faglige vurdering skal jordemoderen under de givne omstændigheder yde den bedst mulige hjælp under hensyntagen til kvindens ønsker. Det er i sådanne tilfælde væsentligt, at alle nødvendige oplysninger journalføres.

Kiropraktorer

Diagnosekodning udføres i ICPC, ICD eller lignende.

Oplysninger der vurderes nødvendige at journalføre ved:

1) Anamnese

1. Aktuell henvendelsesårsag
2. Tidligere relevante sygdomsforhold
3. Relevant medicinering

2) Undersøgelse

1. Almen klinisk undersøgelse
2. Regional bevægeapparatsundersøgelse

3) Resultat af parakliniske undersøgelser, her specielt resultat af billeddiagnostisk undersøgelse

1. Beskrivelser af tidligere relevante billeddiagnostiske undersøgelser, hvis disse er tilgængelige
2. Indikation og beskrivelse af egne billeddiagnostiske undersøgelser
3. Indikation for og beskrivelser af billeddiagnostiske undersøgelser foretaget uden for egen klinik efter henvisning fra kiropraktoren af relevans for det aktuelle sygdomsbillede

4) Behandling

1. Behandlingsplan

2. Information og eventuel vejledning givet til patient
3. Foretaget behandling
4. Ved opfølgende konsultationer skal angives effekt af behandling samt resultatet af eventuelle bivirkninger samt resultatet af eventuelle opfølgende undersøgelser
5. Henvisninger til sygehus eller anden autoriseret sundhedsperson. Indikation for henvisning, herunder patientens samtykke hertil skal journalføres
6. Relevant kommunikation til øvrige sundhedsaktører

Kliniske diætister

Nutrition Care Process-modellen (NCP-modellen) kan anvendes til journalisering af diæt- og ernæringsbehandlingen: både til systematisk og reflekterende tænkning, men særligt som skabelon og struktur i journalen. Anvendelse af NCP-modellen kvalitetssikrer journalføringen samt diæt- og ernæringsbehandlingen.

Oplysninger, der kan være nødvendige at journalføre ved konkrete patientkontakter:

I journalen bør alle relevante punkter fremgå.

1. Henvisningsårsag/hvem har henvist?
2. Første samtale/opfølgning/årskontrol
3. Ernæringsudredning med uddybning af fx: kost- og ernæringsrelateret anamnese, antropometriske målinger, biokemiske data, medicinske undersøgelser, ernæringsrelaterede fysiske fund, klientanamnese
4. Ernæringsproblem beskrives, evt. som PES-redegørelse (problem – årsag – tegn/symptomer)
5. Ernæringsintervention fx: prioritering, særligt mhp. inddragelse af patienten, målsætning, delmål og patientfokuserede mål, diæt- og ernæringsanbefaling, vejledt i/undervist i samt udleveret materiale, information givet til patienten, aftaler med patienten, opfølgning og næste samtale, den videre plan, herunder samarbejdet med patienten og samarbejdet med andre faggrupper om forløbet
6. Ernæringsmonitorering og evaluering: indikatorer med afsæt i: Hvordan måles effekten af ernæringsinterventionen? Hvilke konkrete handlinger skal til for at opnå delmål? Hvad måles der på med udgangspunkt i kostanamnese, kostregistrering og delmål

Opfølgende samtaler

1. Opfølgning (årsag)
2. Ernæringsproblem: indsæt problem fra sidst
3. Ernæringsudredning: indikatorer fra sidst, siden sidst: kort anamnese med fokus på aftaler og målsætningen/delmål, opsummering af det, som blev drøftet sidst, kost- og ernæringsrelateret anamnese, evaluering: evaluér indikatorer og målsætning/delmål ud fra fortælling og ”siden sidst”
4. Ernæringsintervention: eventuel justering af tidligere intervention (prioritering, målsætning, diæt- og ernæringsanbefaling, vejledt i/undervist i/udleveret, samtykke, aftaler, opfølgning, samarbejde)
5. Ernæringsmonitorering og evaluering: indikatorer

Optikere og optometrist

Oplysninger, der kan være nødvendige at journalføre ved synsundersøgelser:

- a. Anamnese
 - i) Patientens beskrivelse af sin situation og årsagen til kontakten
 - ii) Evt. ønsker for behandling, sygehistorie, nuværende tilstand og aktuell behandling

- iii) Evt. kendte allergier, sygdom og/eller medicinforbrug
- b. Forundersøgelse, herunder objektive fund
- c. Synsundersøgelse, herunder refraction/binokulære synsfunktioner
- d. Øjenundersøgelse (tjek for "røde flag")
- e. Andet diagnostisk billedmateriale
- f. Konklusion/diagnose/ordination/behandlingsplan
- g. Patientinstruks
 - i. Særlige forhold ved behandlingen, som patienten skal have information om, fx ikke køre bil med skærmbrillerne, er der noget patienten skal være opmærksom på ift. kontaktlinserne m.v.
- h. Evt. opfølgende undersøgelser
- i. Evt. henvisning
- j. Evt. rådgivning fra andre sundhedspersoner
- k. Synstræningsforløb, herunder løbende opfølgninger

Økonomiske anliggender

Regninger, ordrer eller øvrige økonomiske anliggender er som udgangspunkt ikke en del af journalen, medmindre de har betydning for behandlingen, og oplysningerne ikke fremgår andre steder. Det er således indholdet af den specifikke brilleordre, som er afgørende for, om den skal indgå som en del af patientjournalen.

Osteopater

Oplysninger, der kan være nødvendige at journalføre ved første konsultation:

1. Anamnese

- a) Aktuell henvendelsesårsag
- b) Tidligere relevante sygdomsforhold og/eller skader i bevægeapparatet
- c) Relevant medicinering
- d) Beskrivelse af eventuelle øvrige relevante undersøgelser og behandling, af betydning for henvendelsesårsagen og behandlingsplanen, herunder fx resultater fra billeddiagnostiske undersøgelser

2. Undersøgelse og test

- a) Relevante kliniske undersøgelser, herunder overordnede undersøgelser af kroppen som helhed samt specifikke undersøgelser
- b) Relevante safety test

3. Behandling

- a) Indikation og mål med behandlingen
- b) Behandlingsplan
- c) Mundtlig information og eventuel vejledning givet til patienten, herunder behandlingsplan og behandlingsteknikker
- d) Udført behandling
- e) Eventuel henvisning til yderligere udredning fx hos egen læge. Indikation for henvisning og patientens samtykke hertil skal journalføres

- f) Eventuelt relevant kommunikation med øvrige sundhedspersoner

Oplysninger, der kan være nødvendige at journalføre ved efterfølgende konsultationer:

- a) Status siden sidste behandling
- b) Relevante undersøgelser og opfølgning
- c) Eventuelle ændringer til behandlingsplanen
- d) Udført behandling

Radiografer

Oplysninger, som kan være nødvendige at journalføre i patientjournalen/RIS:

- a. Udførte undersøgelser/behandlinger
- b. Administration (og evt. ordination) af lægemidler (herunder kontrastvæske)
- c. Oplysninger om forhold, som har betydning for undersøgelsen/behandlingen
 - i. årsager til væsentlige ændringer i det planlagte, såsom kontraindikationer
 - ii. evt. årsager til afvigelser fra standarder, protokoller eller retningslinjer
- d. Indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v.
- e. Beskrivelse af forholdene ud fra det ønskede i henvisningen

5.3 Kliniske undersøgelser

Kliniske undersøgelser skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen, så der sikres en forsvarlig opfølgning på patientens videre behandling. Undersøgelser, som viser normale fund (negative 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 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, og 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 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 undersøgelse 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. Hvis det er teknisk muligt skal tilføjelsen indføres i direkte 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 sin 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 patientbehand-

ling. 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 oplysningerne videregives på baggrund af en pligt i en lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, skal det da 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 journalens opbygning og struktur samt at der er adgang til at føre journal.

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 det sundhedsfaglige 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 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 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. 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 personalet, da undladelse af journalføring eller forkert håndtering kan medføre alvorlig risiko for patientsikkerheden.

9. Opbevaring og overdragelse

9.1 Opbevaring

Der er forskellige opbevaringsperioder alt efter, hvilken autorisationsgruppe man tilhører. Fælles for opbevaringsperioderne er dog, at de løber fra den seneste optegnelse i patientjournalen, og at opbevaringspligten fortsat gælder, selv om patienten er afgået ved døden.

Jordemødre, kiropraktorer og kliniske diætister

På behandlingssteder, hvor jordemødre, kiropraktorer og kliniske diætister udfører sundhedsfaglig behandling, skal patientjournaler opbevares i mindst 10 år fra seneste optegnelse.

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

Bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, optikere, optometriste, osteopater og radiografer

På behandlingssteder, hvor bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, optikere, optometriste, osteopater og radiografer udfører sundhedsfaglig behandling, skal patientjournaler opbevares i mindst 5 år fra seneste optegnelse.

Optegnelser foretaget af uautoriseret personale bør tilsvarende opbevares i mindst 5 år.

Hvis sundhedspersonens journal er en del af en tværfaglig patientjournal, hvor der er faggrupper, som har en 10-årig opbevaringsperiode, vil 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 alt journalmaterialet.

Røntgenbilleder, andet billeddiagnostisk materiale og modeller

Røntgenbilleder og andet billeddiagnostisk materiale kan efter en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der behandlingsmæssigt er behov for, tilintetgøres efter 5 år. Beskrivelser af billeddiagnostisk materiale skal dog altid opbevares i hele opbevaringsperioden.

Modeller skal opbevares, så længe de er af betydning for behandlingen af patienten.

Opbevaringsperiodens udløb

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

Når opbevaringspligten er udløbet, skal den enkelte klinik 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.

9.2 Overdragelse

Når en patientjournal overdrages fra et behandlingssted til et andet eller til Styrelsen for Patientsikkerhed, vil modtageren, overtage opbevaringspligten, og den, der har overdraget patientjournalen, vil dermed ikke længere have en selvstændig opbevaringspligt.

Ophør, lukning, konkurs m.v.

I de tilfælde, hvor et behandlingssted ophører helt, skal journalerne som udgangspunkt overdrages til Styrelsen for Patientsikkerhed til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden. Det afhænger dog af, hvilken autorisationsgruppe man tilhører:

Jordemødre, kiropraktorer og kliniske diætister

Hvis et behandlingssted ophører, fordi ejeren fx afdør ved døden eller går konkurs, vil opbevaringspligten fortsat være gældende. Journalerne skal overdrages til Styrelsens for Patientsikkerhed, som herefter overtager opbevaringspligten.

Bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, optikere, optometriste, osteopater og radiografer

Bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysio-terapeuter, optikere, optometriste, osteopater og radiografer må destruere patientjournalerne ved ophør, lukning eller konkurs, medmindre journalerne kan overdrages med patientens samtykke til et andet behandlingssted inden for samme faggruppe.

Overdrages journalen med patientens samtykke til en anden sundhedsperson inden for samme faggruppe, overgår opbevaringspligten til den, der har overtaget journalen.

Pligt til at overdrage journaler ved ophør, lukning, konkurs m.v.

Pligten til at overdrage patientjournalerne påhviler ledelsen på det behandlingssted, der er ophørt. I tilfælde af ejerens dødsfald eller konkurs, er det boet, der har pligten.

En privatpraktiserende sundhedsperson, som har fået frataget sin autorisation midlertidigt eller permanent, betragtes som ophørt.

Overdragelse af behandlingssted m.v.

Når et behandlingssted overdrages til fortsat drift i anden praksis, skal patientjournalerne overdrages til den, der har overtaget behandlingsstedet. Det er muligt at overdrage sin praksis til en anden inden for samme faggruppe.

Ledelsen på behandlingsstedet, der skal overdrages, skal, hvis det er praktisk muligt, generelt eller konkret oplyse patienterne om, at patientjournalerne overdrages til den, der har overtaget behandlingsstedet. Patienten kan i den forbindelse tilkendegive, at vedkommende ikke ønsker, at det nye behandlingssted modtager dennes patientjournal.

Orientering af patienten kan fx ske ved, at der gives besked til alle behandlingsstedets patienter. Hvis dette ikke er praktisk muligt, kan der informeres via et opslag i behandlingsstedets venteværelse eller lignende. Hvis det ikke på nogen måde er praktisk muligt at oplyse patienterne om overdragelsen, kan journalerne overdrages til den, der har overtaget behandlingsstedet, uden at patienterne informeres.

Hvis patienten ikke ønsker journalen overdrages til det nye behandlingssted

Jordemødre, kiropraktorer og kliniske diætister

Hvis patienten ikke ønsker, at journalen overdrages til det nye behandlingssted, skal patienten oplyses om, at patientjournalen i stedet overdrages til Styrelsen for Patientsikkerhed til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden, eller til patienten anmoder om at få journalerne overdraget til et andet behandlingssted.

Pligten til at overdrage patientjournalerne til Styrelsen for Patientsikkerhed påhviler den, der har overtaget behandlingsstedet.

Bandagister, behandlerfarmaceuter, bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, optikere, optometriste, osteopater og radiografer

Hvis patienten ikke ønsker, at journalen overdrages til det nye behandlingssted, må behandlingsstedet, efter orientering af patienten, destruere patientjournalen i overensstemmelse med reglerne herom.

Overdragelse med patientens samtykke

Patienten vælger et nyt behandlingssted

Hvis en patient skifter til et andet behandlingssted inden for samme faggruppe, uden at det sker ved praksisophør eller praksisoverdragelse, skal patientjournalen overdrages til det nye behandlingssted, hvis patienten giver sit samtykke hertil.

Samtykket kan være enten mundtligt eller skriftligt og skal journalføres. Samtykket kan gives til den autoriserede sundhedsperson, der overdrager patientjournalen, eller til den autoriserede sundhedsperson, der skal modtage patientjournalen.

Hvis en patient ikke ønsker sin patientjournal overdraget til det nye behandlingssted, skal det tidligere behandlingssted fortsat opbevare patientjournalen indtil udløbet af opbevaringsperioden.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan overdrage en opbevaret patientjournal til et behandlingssted inden for samme faggruppe som det ophørte behandlingssted, hvis patienten giver sit mundtlige eller skriftlige samtykke hertil.

Enkeltstående behandlinger

En patient, der i enkeltstående tilfælde er blevet behandlet af en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson, uden at der er tale om en fast tilknytning til denne, kan give samtykke til, at patientjournalen overdrages til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe efter patientens valg.

10. Ikrafttrædelse

Denne vejledning har virkning fra den 1. juli 2024, hvor vejledning nr. 9524 af 1. juli 2021 om journalføring for specifikke autorisationsgrupper 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 speciallæge praksis, vejledning om journalføring for sygehuse og det præhospitale område og vejledning om sygeplejefaglig journalføring
- 2) 2013 udgaven