

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser

1. Indledning

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har journalføringspligt, jf. bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.).

For andet sygeplejefagligt personale, som ikke er autoriseret, er der i lovgivningen ikke fastsat regler, der pålægger en pligt til at føre journal, medmindre en sådan pligt overtages ved udførelse af delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver (afsnit 5). Korrekt og forsvarlig sygefaglig pleje og behandling forudsætter imidlertid efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ordnede optegnelser.

Sygeplejefaglige journaler er i denne vejledning optegnelser om sygefaglig pleje og behandling af den enkelte patient, som foretages af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt sygeplejefagligt personale, som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen.

2. Formålet med vejledningen

Formålet med ordnede optegnelser (i det videre kaldet journalføring) er at sikre kontinuitet, sammenhængende patientforløb, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter, herunder behandling der udføres på delegation. Sygeplejefaglige optegnelser/journaler bidrager til, at det sygeplejefaglige personale kan registrere og genfinde relevante oplysninger med henblik på kommunikation både inden for egen faggruppe og tværfagligt.

Vejledningen uddyber journalføringspligten for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter særligt med hensyn til journalføring af sygefaglig pleje og behandling.

Vejledningen opstiller samtidig mindstekrav til uautoriseret plejepersonales journalføring.

Journalføringen skal derudover generelt indeholde nødvendig dokumentation til opfyldelse af de krav, som sundhedsloven stiller til journalføring på særlige områder, jf. punkterne 8 og 9 om information og samtykke mv. og om aktindsigt.

3. Sygeplejefaglige sundhedspersoner

Ved sygeplejefaglige sundhedspersoner forstås i denne vejledning personale, som udfører sygeplejefaglige opgaver inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sygeplejefaglige opgaver i form af sygefaglig pleje og behandling af patienter. Det omfatter både sygefaglig pleje og behandling af patienter på offentlige og private sygehuse, klinikker, ambulatorier, offentlige og private institutioner (eksempelvis plejehjem eller kommunale træningscentre/sundhedscentre), og private hjem (eksempelvis hjemmepleje), hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed udføres pleje og behandling af patienter.

Ved sygefaglig pleje og behandling forstås i denne vejledning pleje og sygdomsbehandling, genoptræning eller forebyggelse og sundhedsfremme, som indgår i sundhedsfaglig virksomhed rettet mod den enkelte patient.

Sygefaglig pleje og behandling består således af blandt andet undersøgelse, udført og planlagt pleje, lindring, information, forebyggelsestiltag og rehabilitering. Observation af patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling er en del af den sygefaglige pleje.

Sygefaglig pleje og behandling består også i på delegation at udføre lægeordnede forbeholdte opgaver (se nærmere om dette under punkt 5).

4. Journalen

Ved journalen forstås i denne vejledning ordnede optegnelser, som indeholder de sygeplejefaglige optegnelser.

Journalen er et arbejdsredskab i det sygeplejefaglige arbejde, som understøtter pleje og behandling.

Journalen er et vigtigt grundlag for information af patienten, herunder i forbindelse med aktindsigt.

Journalen kan endvidere have betydning i forbindelse med Sundhedsstyrelsens tilsyn med sygeplejefaglig virksomhed og ved behandling af klage- og erstatningssager i Patientombuddet, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientforsikringen.

Journalen giver mulighed for at vurdere og udvikle sikkerheden og kvaliteten af det udførte arbejde og bidrager til faglig udvikling.

Journalen kan også have betydning i forsknings- og uddannelsesøjemed.

Læger, sygeplejersker og andre personalegrupper kan benytte en fælles journal til deres optegnelser.

Ledelsen på det enkelte behandlingssted kan udarbejde instrukser for indførelse af optegnelser i en fælles journal med henblik på at undgå dobbeltoptegnelser om et aktuelt behandlingsforløb for den enkelte patient.

5. Ansvar

Sygeplejefagligt personale er ansvarligt for at journalføre deres selvstændige opgavevaretagelse. Sygeplejefagligt personale skal endvidere journalføre delegeret behandling, som udføres som medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

I hjemmeplejen, på plejehjem, botilbud m.v., hvor der til daglig ikke arbejder læger, har ledelsen ansvar for at sikre, at behandling på stedet, der udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført.

Autoriserede sundhedspersoner med et forbeholdt virksomhedsområde kan delegeret til andre at udføre opgaver inden for den forbeholdte virksomhed (bruge medhjælp). Se i forbindelse hermed vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Videreoverdrager en sygeplejefaglig sundhedsperson en delegeret forbeholdt opgave til andet sygeplejefagligt personale, skal den, der overtager opgaven, journalføre behandlingen. Den person, som opgaven videredelegeres til, er i en sådan situation medhjælp for den autoriserede sundhedsperson, der oprindeligt har delegeret opgaven.

6. Indhold

Der skal oprettes en sygeplejefaglig journal for hver patient, medmindre læger, sygeplejefagligt personale og andre sundhedsfaglige personalegrupper benytter en fælles journal.

Journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten:

6.1 Stamoplysninger

a) Patientens navn, personnummer og bopæl/opholdsadresse og eventuelt telefonnummer.

- b) Patientens indlæggelses/indflytningsdato.
- c) Oplysninger om patientens pårørende/kontaktpersoner.
- d) Eksterne samarbejdspartnere, f. eks. hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, egen læge.
- e) Særlige forhold, f. eks. kendte allergier.

6.2.1 Konkrete patientkontakter

Ved hver enkelt patientkontakt skal journalen i relevant omfang indeholde:

- a) Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten og aktuel helbredssituation før kontakten.
- b) Dato for kontakten.
- c) Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand.
- d) Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf.
- e) Planlagt indsats.
- f) Udført pleje og behandling, herunder opgaver udført på delegation, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering, observation mv., 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.
- i) Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen.
- j) Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- k) Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf.
- l) Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere.

6.2.2 Sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient

Det skal som minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:

- 1) Funktionsniveau, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living)
- 2) Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens.
- 3) Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- 4) Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle.
- 5) Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- 6) Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring.
- 7) Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- 8) Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- 9) Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- 10) Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- 11) Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- 12) Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diaré.

Hvis en eller flere problemområder ikke er aktuelle for den enkelte patient, skal det også fremgå af journalen. Det kan ske med en meget kort angivelse i patientjournalen, så det længe det blot tydeligt fremgår, at der er sket en vurdering af problemområderne.

Aktuelle problemområder skal nærmere beskrives i relevant omfang med hensyn til de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater.

7. Journalføring

Den sygeplejefaglige journalføring skal være entydig, systematisk, forståelig og fremstå overskueligt 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. Det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf.

Journalføringen skal foregå løbende og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af den sygefaglige pleje og behandling af patienten. Dato og om nødvendigt klokkeslæt for notatet skal anføres.

Hvis der foreligger fagligt vedtagne forkortelser af faglige udtryk, kan disse anvendes.

Det skal med navn og faggruppe fremgå, hvem der har foretaget journalnotatet. I mindre enheder vil det være tilstrækkeligt at anvende initialer, når navnet særskilt og entydigt, også på et senere tidspunkt, kan identificeres ved hjælp af særlige lister, som ledelsen har ansvaret for at udfærdige.

Ved brug af elektronisk journal kan anvendes digital signatur eller anden form for godkendelse.

8. Information og samtykke mv.

Den ansvarlige sygeplejefaglige sundhedsperson skal sørge for, at det står i journalen, hvilken information om plejen og behandlingen der er givet til patienten eller eventuelt de pårørende i forbindelse med stedfortrædende samtykke, og hvad patienten/de pårørende på denne baggrund har tilkendegivet.

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist (retten til ikke at vide).

Det skal også fremgå af journalen, hvis der er videregivet eller indhentet oplysninger fra denne. Hvis der med samtykke er foretaget videregivelse og indhentelse af helbredsoplysninger mv. til brug for pleje og behandling eller til andre formål, skal det af journalen fremgå, hvilken information der er givet som grundlag for patientens/de pårørendes stillingtagen. Hvis der er sket videregivelse eller indhentelse af helbredsoplysninger uden samtykke, skal dette også fremgå af journalen.

9. Aktindsigt

Journalen skal indeholde oplysninger om, at der er givet aktindsigt i journalen, hvilke oplysninger, der er udleveret og til hvem, det er sket, herunder om eventuel fuldmagt.

10. Teknik

Journalen kan føres på papir eller elektronisk.

Elektroniske journaler skal kunne udskrives på papir.

11. Adgang til journalen

Journalen skal opbevares forsvarligt, og det skal sikres, at uvedkommende ikke har adgang til optegnelserne. Det er kun det sundhedsfaglige personale, der deltager i plejen og behandlingen af patienten, der må have adgang til journalen. Ledelsen er ansvarlig for at afgrænse, hvem der har adgang til hvilke oplysninger i journalen. Ledelsen er ligeledes ansvarlig for at sikre, at der etableres de nødvendige sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger.

Hvis journalen/de sygeplejefaglige optegnelser opbevares hos patienten, skal det ligeledes sikres, at disse opbevares forsvarligt, så uvedkommende, herunder besøgende, ikke har adgang til optegnelserne, medmindre patienten har tilkendegivet andet.

Hvis uvedkommendes har adgang til journalen kan det indebære en tilsidesættelse af det sygeplejefaglige personales tavshedspligt.

Patienter, der ikke er i stand til at handle fornuftsmæssigt og derfor ikke er i stand til at overskue konsekvenserne af, at journalen ligger fremme og er tilgængelige for uvedkommende, kan ikke give et gyldigt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv.

12. Rettelser og tilføjelser

Efterfølgende rettelser/tilføjelser til journalen (papirjournal eller elektronisk journal), må kun ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst klart fremgår. Overstregning, radering e.l. er ikke tilladt. Almindelige skrivefejl må rettes i forbindelse med selve journalføringen.

Hvis det efterfølgende konstateres, at en oplysning er ukorrekt, må der kun ske rettelse ved at markere en tilføjelse. Det skal angives, af hvem og hvornår rettelser/tilføjelsen er foretaget.

Elektroniske patientjournaler bør være indrettet således, at journaloptegnelserne efterfølgende kun kan læses med eventuelle markeringer af tilføjet eller rettet tekst.

Patienten eller dennes nærmeste pårørende kan ikke stille krav om at få bestemte oplysninger slettet eller tilført journalen.

13. Opbevaring

Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal opbevares i mindst 5 år regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.

Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af uautoriseret sygeplejefagligt personale bør tilsvarende opbevares i mindst 5 år regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.

Relevante bilag opbevares i journalen eller ved brug af elektronisk journal i en separat manuel journal.

Hvis sygehusansat sygeplejefagligt personales optegnelser er en del af patientjournalen, er den sygeplejefaglige journal omfattet af den 10-årige opbevaringspligt, der gælder for lægers journalføring.

Der findes særlige regler om bevaring og kassation i arkivloven mv.

14. Ophævelse

Vejledningen ophæver Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser.

Sundhedsstyrelsen, den 15. januar 2013

ANNE METTE DONS

/ Henrik Kristensen