

29. april 2005

# VEJLEDNING OM SYGEPLEJEFAGLIGE OPTEGNELSER

## 1 Indledning

I lovgivningen er der ikke fastsat regler, der pålægger sygeplejefagligt personale en pligt til at føre journal. Pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, der gælder for alt sygeplejefagligt personale, forudsætter imidlertid efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje.

## 2 Formålet med vejledningen

Formålet med ordnede optegnelser (i det videre kaldet journalføring) er at sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter. 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 opstiller de mindstekrav til sygeplejefagligt personales journalføring, som efter Sundhedsstyrelsens opfattelse tilgodeser kravene til omhu og samvittighedsfuldhed.

Optegnelserne skal generelt indeholde nødvendig dokumentation til opfyldelse af de krav, som loven om patienters retsstilling stiller til journalføring på særlige områder, jf. punkterne 7 og 8 om information og samtykke mv. og om aktindsigt.

## 3 Sygeplejefagligt personale mv.

Ved sygeplejefagligt personale forstås personale, som udfører sygeplejefaglige opgaver inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sygeplejefaglige opgaver i form af pleje og behandling af patienter. Det omfatter både pleje og behandling af patienter på offentlige og private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i private hjem samt på offentlige og private institutioner, hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed udføres pleje og behandling af patienter.

Som sygeplejefagligt personale anses både personale, der som f. eks. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter selvstændigt udfører sygeplejefaglige opgaver og personale, der i forbindelse med delegation (medhjælp) har fået overdraget sygeplejefaglige opgaver. I forbindelse med en sådan overdragelse bliver opgaven med at journalføre også overdraget.

Sygeplejefagligt personale skal således journalføre både i forbindelse med den selvstændige opgavevaretagelse og i forbindelse med delegerede opgaver

vedrørende pleje og behandling af patienter. Dette gælder, hvad enten der er tale om delegerede sygeplejefaglige opgaver eller delegerede lægefaglige opgaver.

Ved pleje og behandling forstås i denne vejledning undersøgelse, udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.

## 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 udøvelse af tilsyn med sygeplejefaglig virksomhed og ved behandling i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 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.

## 5 Indhold

Der oprettes een sygeplejefaglig journal for hver patient, med mindre læger, sygeplejefagligt personale og andre personalegrupper benytter en fælles journal.

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

### 5.1 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.

## 5.2 Oplysninger i forbindelse med konkrete patientkontakter

Optegnelser vedrørende sygeplejefaglige handlinger skal som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for de problemområder, der fremgår af bilag 1.

På baggrund af disse oplysninger beskrives de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater.

Journalen skal i relevant omfang indeholde:

- a) Oplysning om årsag til henvendelsen eller 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, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.
- 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 Journalføring

De sygeplejefaglige optegnelser skal være entydige, systematiske og forståelige 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.

Journaloptegnelser skal føres fortløbende/kontinuerligt og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af 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 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.

## 7 Information og samtykke mv.

Den for plejen og behandlingen ansvarlige sygeplejefaglige person skal sørge for, at det af journalen fremgår, hvilken sygeplejefaglig information, der er givet til patienten eller eventuelt de pårørende i forbindelse med stedfortrædende samtykke, og hvad patienten/de pårørende på denne baggrund har tilkendegivet i relation til pleje og behandling.

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

Ved videregivelse 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 til videregivelse af helbredsoplysninger. Hvis der er sket videregivelse af helbredsoplysninger uden samtykke, skal dette også fremgå af journalen.

Ved videregivelse af helbredsoplysninger skal man være opmærksom på de sikkerhedsforanstaltninger, der skal iagttages ved transmission af oplysninger over det åbne net og ved brug af telefax, jf. bilag 2 og 3.

Hvis der skal ske videregivelse af enkeltpersoners helbredsforhold til en forsker til brug for et konkret forskningsprojekt, kan dette ske efter indhentet tilladelse til projektet efter lov om et videnskabetisk komitèsystem og behandling af biomedicinske projekter eller, hvis projektet ikke er omfattet af nævnte lovgivning, efter Sundhedsstyrelsens godkendelse, jf. lov om patienters retsstilling § 29, stk.2.

## 8 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.

## 9 Teknik

Journalen kan føres manuelt eller elektronisk.

Elektroniske journaler skal opfylde de samme krav til journalføring som manuelt førte journaler.

Elektroniske journaler skal kunne udskrives på papir.

## 10 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 har 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.

Når der er tale om ”åbne plejeplaner” mv., det vil sige optegnelser, der opbevares hos patienten, skal det ligeledes sikres, at disse opbevares forsvarligt, således at uvedkommende, herunder besøgende, ikke har adgang til optegnelserne, med mindre patienten har tilkendegivet andet.

Uvedkommendes adgang til ”åbne plejeplaner” kan indebære en tilsidesættelse af det sygeplejefaglige personales tavshedspligt.

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

## 11 Rettelser og tilføjelser

Efterfølgende rettelser/tilføjelser til journalen (manuel journal 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 rettelsen/tilføjelsen er foretaget.

Elektroniske journaloptegnelser bør være indrettet således, at journaloptegnelserne efterfølgende kun kan læses og eventuelt markeres vedrørende en tilføjelse eller rettelse.

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

## 12 Opbevaring

Sygeplejefaglige optegnelser bør 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 optegnelser (journalføring), jf. lægelovens § 13, stk. 3.

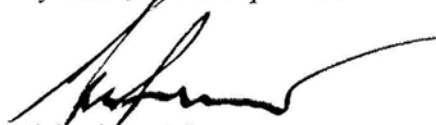
Der findes særlige regler om bevaring og kassation i arkivloven mv.

## 13 Ansvar

Pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved at føre ordnede optegnelser/journalføring, påhviler den for plejen, behandlingen mv. ansvarlige sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

Den enkelte sygeplejerske, social- og sundhedsassistent er ansvarlig for sine og en eventuel medhjælps optegnelser.

*Sundhedsstyrelsen, den 29. april 2005*



Michael von Magnus



/Elisabeth Hersby

Bilag 1: Sygeplejefaglige problemområder

Bilag 2: Transmission af oplysninger over åbne net

Bilag 3: Om telefaxer

Bilag 4: Relevant lovgivning mv.

## Bilag 1: Sygeplejefaglige problemområder

- Aktivitet, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living).
- Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle.
- Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, misbrug og mestring.
- Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diaré.
- Observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.

## Bilag 2: Transmission af oplysninger over åbne net

Ved transmission af oplysninger over åbne net (f.eks. Internet) er der generelt en risiko for, at oplysningerne undervejs kan læses og endog ændres af uvedkommende. Derudover er der en risiko for, at parterne i kommunikationen ikke er dem, de udgiver sig for.

Disse risici må vurderes af den dataansvarlige i den konkrete situation, således at der kan træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger.

Datatilsynet har oplyst, at der efter Datatilsynets opfattelse ved transmission af oplysninger om personnumre over det åbne Internet som minimum bør foretages kryptering. Der bør også foretages kryptering, hvis andre oplysninger, som må betragtes som fortrolige (f. eks. oplysninger om økonomiske forhold o.l.), transmitteres.

Hvis der er tale om oplysninger omfattet af persondatalovens § 7 og § 8 (f.eks. oplysninger om helbredsforhold eller strafbare forhold), skal der som minimum anvendes en stærk kryptering, baseret på en anerkendt algoritme.

Ved stærk kryptering forstår Datatilsynet en kryptering, der på det givne tidspunkt i IT-sikkerhedsbranchen i almindelighed anerkendes som værende stærk.

Tilsvarende forstår Datatilsynet ved en anerkendt algoritme en algoritme, som er almindelig anerkendt i IT-sikkerhedsbranchen eller certificeret f. eks. i overensstemmelse med ITSEC (Information Technology Security Evaluation and Certification).

Eksempler på anerkendte algoritmer (symmetriske) til sikring af fortrolighed er DES (Data Encryption Standard), Triple-DES, AES (Advanced Encryption Standard) og RC4 (Rivest Cipher 4).

Sikkerhed for afsenders og modtagers identitet (autencitet) og de transmitterede oplysningers ægthed (integritet) må sikres i fornødent omfang ved anvendelse af passende sikkerhedsforanstaltninger, f.eks. elektronisk signatur eller individuelle, fortrolige adgangskoder.



## Bilag 3: Om telefaxer

Ved brug af telefax skal opmærksomheden særligt rettes mod, dels risikoen for at faxen sendes til forkert modtager, dels at den modtagne fax kan være tilgængelig for uvedkommende hos modtageren.

Ved afsendelse af telefaxer skal det angivne telefaxnummer kontrolleres nøje. Anvendelse af fastindkodede telefaxnumre (kortvalg) kan ligeledes overvejes.

For så vidt angår behandlingen af modtagne faxer bør telefaxmaskinen placeres således, at uvedkommende ikke umiddelbart har adgang til modtagne faxer. Ved anvendelse af telefax i forbindelse med mere følsomme oplysninger kan en løsning være at anvende udstyr, som lagrer modtagne faxer i maskinen, og kun lader specielt autoriserede medarbejdere udskrive dem.

## Bilag 4: Relevant lovgivning mv.

Lovbekendtgørelse nr. 759 af 14. november 1990 om sygeplejersker med senere ændringer.

Lovbekendtgørelse nr. 790 af 10. september 2002 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. med senere ændringer.

Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.

Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger.

Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt i helbredsoplysninger mv.

Vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende.

IT-sikkerhedsvejledning for sygehuse, Sundhedsstyrelsen (17. juli 2002).

Vejledning nr. 15005 af 6. februar 1998 om medicinadministration og patienters selvadministration af medicin mv.

Vejledning nr. 9616 af 6. december 2002 vedrørende ordination og administration af medicin.

Vejledning nr. 60258 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen, 1998.

Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder, Sundhedsstyrelsen december 2001.

Bekendtgørelse nr. 856 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

Vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers journalføring.

Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger (persondataloven).

Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning, som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. 03. 2001.

Lov nr. 1050 af 17. december 2002, Arkivloven.

Bekendtgørelse nr. 591 af 26. juni 2003 om offentlige arkivalier og om offentlige arkivers virksomhed.

Bekendtgørelse nr. 575 af 16. juni 2003 om bevaring og kassation af arkivalier i amtskommunerne.

”Retningslinier for føring og opbevaring af sygeplejeloger”, udarbejdet af Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og Dansk Sygeplejeråd, januar 2004.

Adresser: [www.sst.dk](http://www.sst.dk) og [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk)