

Journalføring - vurderinger og indhold



Dokumenttype:
Administrativ vejledning

Gældende fra:
23. dec. 2010

Udarbejdet af:
Den regionale
Harmoniseringsgruppe

Godkendt af:
Det regionale Udvalg for
Kvalitetsdokumenter

Bilag

Formål

Denne vejledning har til formål at understøtte kontinuitet i patientbehandling og kommunikation mellem behandlende faggrupper, samt fremme kompleksitet og ensartethed i journalføringen i Region Hovedstaden. Vejledningen understøtter endvidere, at journalføringskrav i lovgivning og akkrediteringsstandarder tilgodeses.

Vejledningen fastlægger

1. [Adgang til patientjournalen](#)
 - 1.1 [Hvilke faggrupper noterer i patientjournalen](#)
 - 1.2 [Patienters adgang til elektroniske journaldata i E-journal](#)
2. [Opbevaring og tilgængelighed af journalen - herunder ved brug af IT systemer](#)
3. [Indhold i patientjournalen](#)
 - 3.1 [Generelle krav til notater](#)
 - 3.2 [Administrativ oprettelse af patientjournaler](#)
 - 3.3 [Dokumentation af den indledende vurdering](#)
 - 3.4 [Kontaktoplysninger](#)
 - 3.5 [Behandlingsplan](#)
 - 3.6 [Udrednings- og behandlingsopl., patientinformation - ordinationer](#)
 - 3.7 [Afslutning af patientforløb](#)
 - [Indhold i epikrise](#)
 - [Dokumentation ved overflytning](#)
 - 3.8 [Indhold i ambulante journaler](#)

Underliggende instrukser:

- Instruk 1: [Lægelig vurdering og journalføring](#)
- Instruk 2: [Sygeplejefaglig vurdering og journalføring, samt Bilag 1 A Funktionsvurdering - indhold i](#)
- Instruk 3: [Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring](#)
- Instruk 4: [Diætisters vurdering og journalføring](#)
- Instruk 5: [Psykologisk vurdering og journalføring](#)

Målgruppe og anvendelsesområde

Vejledningen omfatter hospitaler og psykiatriske centre, og gælder for alt personale, der har adgang og pligt til at journalføre og læse journalnotater.

Omfattet er journaler for både indlagte og ambulante patienter.

Afgrænsning

- Vejledningen adresserer ikke speciale- eller målgruppenspecifikke vurderings- og dokumentationsbehov. Der er således ikke skelnet mellem børn og voksne i vejledning og bilag
- For Akut området (Skadestuer og Akutte modtagelser) udgives særskilt regional vejledning om vurdering og journalføring.
- Vejledningen adresserer ikke raske gravide og fødende kvinder og deres raske nyfødte i det ambulante og efterfølgende i indlæggelsesforløb under 24 timer.
- Vejledningen omfatter ikke enkeltstående ambulante ydelser, som rekvireres af patientens egen læge f.eks. mål til indlæg, udfærdigelse af attester, røntgenundersøgelser mv.

Definitioner

Patientjournalen: En journal er ordnede optegnelser, som oplyser om patientens tilstand,

diagnostik, planlagte og udførte undersøgelser, behandlinger og observationer af patienten. Omfattet er alle optegnelser, der føres af alt personale i forbindelse med behandling, pleje og rehabilitering af patienter.

Ambulante notater: Journalnotater udfærdiget af sundhedspersonale ifm. ambulante besøg.

E- journal: Elektronisk journal, der indeholder patientdata og journaloplysninger, som stammer fra indtastninger i Grønt System, GS!ÅBEN. Alle data herfra samles i forløb i E-journal som er placeret på www.sundhed.dk.

Epikrise: Sammenfatning af sygehistorien, inkl. afsluttende vurdering og opfølgning, som udformes af en læge.

Behandlingsprotokoller: En standardiseret protokol eller plan for (udredning), behandling af en veldefineret patientgruppe, diagnose eller symptomkompleks, som beskriver aktiviteter, prioritering og rækkefølge af aktiviteter. Kan være mono- eller tværfaglig.

Genoptræningsplan: Beskrivelse af patientens funktionsmæssige status og -deficits, forslag til træningsindhold samt konkrete mål for effekt af rehabilitering. Genoptræningsplanen skrives i en skabelon og udfærdiges i samarbejde med patienten.

Indledende vurdering: Er de oplysninger, der indsamles i forbindelse med indlæggelse af patienterne og som er nødvendige for en lang række af de faggrupper, der er involveret i behandlingen af patienterne.

Forløbskoordinator for kræftpatienter: Hvert hospital udpeger en forløbskoordinator for hver af de kræftdiagnoser, som udredes og behandles i hospitalet. Ordningen vil på sigt omfatte alle kræftforløb.

Forløbskoordinatoren skal sikre fremdrift i de såkaldte pakkeforløb på tværs af ydelser og afdelinger og sikre, at der ikke sker kontinuitetsbrud i ydelserne. Forløbskoordinatoren har overfor ledelsen ansvar for at overvåge og dokumentere patientforløbene og informere om eventuelle flaskehalse i udredning, behandling, efterbehandling og kontrolfasen. Forløbskoordinatoren samarbejder med de involverede afdelinger, men har ikke nødvendigvis patientkontakt.

Behandlingsplan: Er en nedskreven plan for undersøgelse og behandling efter en specifik disposition jf. ovenfor.

Ordinationer: Ordinationer vedrører rekvirering af f.eks. billeddiagnostiske og nuklearmedicinske undersøgelser, scanninger, alle prøver, pødnings, kliniske procedurer, operative og invasive indgreb, tilsyn, tværfaglige konferencer, anlæggelse af drop, dræn, sonde, katetre, ordination af træning, hjælpemidler og kost.

Standardplaner, -regimer eller -programmer: En standardiseret plan for udrednings-, behandlings- og/eller pleje og/eller rehabiliteringsforløb for en veldefineret patientgruppe, som beskriver planlagte aktiviteter og procedurer. Kan være mono- eller tværfaglig

Udskrivningsrapport/sygeplejeepikrise: Resumé af patientens aktuelle sundhedsproblemer, plejebehov og understøttende aktiviteter, funktionsniveau samt oplysninger om personlig pleje, status for rehabilitering, anlagte drop, dræn mv.

Fremgangsmåde

1. Adgang til patientjournalen

Følgende har adgang til patientjournalen:

- Patienten har som hovedregel ret til aktindsigt i egen journal (jf. [aktindsigt](#))
- Ansatte på hospitalerne og i psykiatrien, der er aktivt involverede i det aktuelle patientforløb, herunder uddannelsessøgende eller studerende
- Personer, der er udpegede til at gennemføre kvalitetskontrol, herunder af journaldokumentation
- Ansatte kliniske projektledere og -medarbejdere fra hospitalets forskningsprojekter, der er godkendt i Videnskabsetiske komitéssystem.

Adgang herudover kræver patientens informerede samtykke.

- *Ved kopiering af journal til patient:* Alle notater, herunder notater fra tilsyn fra andre

afdelinger, skal fremgå og må ikke overstreges.

1.1 Hvilke faggrupper noterer i patientjournalen

Følgende personalegrupper dokumenterer vurderinger, ydelser og effekt af indsatsen i patientjournalen:

- Læger (Indhold i vurderingen - jf. [Lægelig vurdering og journalføring](#))
- Sygeplejersker Sosu-assistenters, Sygehjælpere, Plejere (Indhold i vurderingen - jf. [Sygeplejefaglig vurdering og journalføring](#))
- Fysioterapeuter & ergoterapeuter (Indhold i vurderingen - jf. [Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring](#))
- Diætister (Indhold i vurderingen - jf. [Diætisters vurdering og journalføring](#))
- Psykologer (indhold i vurderingen - [Psykologisk vurdering og journalføring](#))
- Socialrådgivere
- Skolelærere tilknyttet indlagte børn
- Tandlæger
- Fodterapeuter
- Audiologer og audiolog assistenter
- Neurofysiologi assistenter
- Logopæder
- Jordemødre – (her kommer særskilt vejledning fra SFR)
- Radiografer
- Farmaceuter og Farmakonomer
- Tandplejere og kliniske tandteknikere
- Pædagoger
- Bandagister
- Fysikere ved stråleterapier
- Sekretærer.
- Vikarer for nævnte faggrupper
- Nævnte faggruppers uddannelsessøgende under ansvar overfor deres vejledere.
- Overordnet indhold i udvalgte personalegruppers vurdering findes i bilag 1-5.

Vær opmærksom på, at der også kan være/er lokale dokumenter på området.

Hvis yderligere personale skal have adgang til at dokumentere i journalen, skal det fastlægges i instrukser på de enkelte hospitaler eller afdelinger.

1.2 Patienters adgang til elektroniske journaldata i E-journal

Alle data og journalnotater, som er indtastet i Opus Notat, vil automatisk blive overført til E-journal på Sundhed.dk, hvor patienter over 15 år via digital signatur kan få adgang til at se egne oplysninger. Oplysningerne vises med 14 dages forsinkelse fra indtastningen. Patienten skal ikke give samtykke til overførslen af data.

For alle notater indført efter 1. januar 2010 er der ikke begrænsninger i patientens adgang til notaterne.

2. Opbevaring og tilgængelighed af journalen

Opbevaring

Journalen skal opbevares utilgængeligt for uvedkommende under det aktuelle behandlingsforløb og ved arkivering. Patientjournalen skal opbevares 10 år regnet fra det sidste notat i journalen. Herefter følges statens arkivregler jf. [Patientjournaler og patientdata - bevaringskrav samt opbevaring ved fusion af afdelinger, i ude- og samarbejdsfunktioner.](#)

Tilgængelighed og IT systemer

Under indlæggelsen skal journalen følge patienten, herunder til undersøgelser, procedurer og ifm. overflytninger.

- Hvor der anvendes elektronisk dokumentation med Nødweb (f.eks. EPM og LABKA), kan print til papirjournalen fravælges
- Hvor der anvendes elektronisk dokumentation uden Nødweb, skal der (f.eks. Opus Notat, SFI skemaer) som udgangspunkt foretages udprintning til patientjournalen, herunder af løbende patientobservation eller -behandling (væske, smerte, observationsskemaer mv.), der har betydning for kontinuitet i den løbende observation og behandling af patienten.
- Elektronisk indberettede dødsattester skal udprintes til papirjournalen.

3. Indhold i patientjournalen

3.1 Generelle krav til notater i patientjournalen

Notater i patientjournaler skal efterleve følgende krav:

- Alle notater i journalen skal være letlæselige
- Skriftfarve er sort
- Alle notater indskrives i kronologisk rækkefølge
- Tidsangivelse:
 - Alle notater dateres (dato/måned/år)
 - Ved akutte notater: Anføres tillige klokkeslæt (dato/ måned/ år/ klokkeslæt). Det er tidspunktet for vurderingen som dokumenteres (og ikke tidspunktet for skrivning af notatet i journalen). Dette inkluderer alle akutte tilsyn, observationer og behandlinger, operationsbeskrivelser, udskrivningstidspunkter til og fra opvågning, ITA, Akut Modtagelser, skadestuer mv.
- Journalen skrives på dansk, dog kan lægelige diagnoser skrives på latin
- Hvis der anvendes forkortelser, skal de være entydige og generelt anvendte
- Alle dokumenter i patientjournalen mærkes entydigt med patient ID og afdelingsnummer, herunder kladder
- Enhver kontakt med patienten, der har vurderings- eller behandlingsindhold dokumenteres i journalen
- Alle lægelige tilsyn til patienten dokumenteres i journalen. Hvor relevant anføres, hvornår patienten skal ses af læge igen
- Alle telefoniske kontakter med læge eller andet behandlingspersonale omkring patientbehandlingen skal journalføres
- Alle bånd skal mærkes entydigt med Pt.ID og dato
- **Identifikation af forfattere i patientjournalen**
 - **Notater:** Som minimum anføres sundhedspersonens initialer ved notater i journalen. Dette kræver, at en liste over de journalførende ansattes initialer vedligeholdes og opbevares (denne skal opbevares i mindst 10 år).
 - **Observations- og behandlingsskemaer:** Her anvendes initialer, f.eks. på anæstesi-, medicin- og andre skemaer
 - **Ved tilsyn fra andre afdelinger:** Her anføres sundhedspersonens fulde navn, stillingsbetegnelse og tilsynsafdeling.
- Alle studerende, der noterer i journalen, skal udover navn anføre, at de er studerende
- Der må ikke slettes tekst i journalen. Ved rettelse af skrivefejl mv. skal det ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Det skal tydeligt fremgå, hvem der har foretaget rettelsen og hvornår.

- **Ved diktat:**
 - Såfremt lægens indledende journalnotat dikteres på bånd, der ikke skrives direkte, anføres diagnose, medicin og øvrige ordinationer på et kladde ark til anvendelse indtil journalnotatet foreligger.
 - Utilstrækkelige eller uforståelige notater eller huller ifm. renskrivning efter diktat skal afklares med dikterende læge, og efterfølgende skal der rettes i journalen, jf. ovenstående om rettelser.

3.2 Administrativ oprettelse af patientjournaler

Ved oprettelse af patientjournaler skal følgende anføres – hentes fra GS:

- Patientens basisdata: Navn, CPR-nummer, alder, køn, bopæl, kommunekode
- Navn, telefonnummer og adresse på egen læge
- For gruppe 2 sygesikringspatienter skal det fremgå, hvortil epikrisen skal sendes
- Navn og telefonnummer på henvisende læge
- Angivelse af transportform, hvis ikke selvtransporterende
- Angivelse af indlæggelsesmåde
- Dato og tidspunkt for oprettelse af journalen og indlæggelse af patienten.

Herudover skal følgende registreres:

- For børn og unge under 18 år, oplysninger om forældremyndighedsindehaver.
- Angivelse af evt. behov for tolkebistand
- Patientens telefonnummer, evt. e-mailadresse
- Nærmeste pårørende og kontaktoplysninger.

Ved nye indlæggelser skal eksisterende oplysninger kontrolleres.

3.3 Dokumentation af den indledende vurdering

Den indledende vurdering ved læge, og sygeplejerske skal være tilgængeligt senest 24 timer efter indlæggelsen (endvidere ved fysioterapeut/ergoterapeut, jordemødre for visse specifikke patientgrupper).

Den indledende vurdering omfatter:

- Årsagen til den aktuelle patientkontakt, herunder biokemiske eller billeddiagnostiske fund fra henvisende instans
- **Patientens anamnese/sygehistorie**
 - Medfødte eller tidligere konstaterede sygdomme og operationer
 - Familiære dispositioner
 - Aktuelle sygdomme ud over de, der førte til kontakten
 - Aktuelle symptomer og behov relateret til årsagen for kontakten
- **Patientens sociale og familiære data**, tilknytning til arbejdsmarkedet
- Foreløbig diagnose
- **Patientens aktuelle medicinering** ved indlæggelsen, inkl. naturlægemidler (jf. [Lægemiddelordination, medicinafstemning, naturlægemidler og standardplaner - medicinvejledning 2](#))
- Aktuelle oplysninger om **allergi/CAVE** anføres på et af hospitalet fastlagt sted i patientens journal (f.eks. i **CAVE rubrik**):
 - Kendte allergier ifht. lægemidler, fødevarer, tekstiler (f.eks. gummi, latex, plaster) og biologiske f.eks. hvepsestik
 - CAVEoplysningerne skal dateres og signatur påføres. Når der ikke er kendte allergier, dokumenteres dette med et minus.
 - I EPM skal alene anføres lægemiddelallergier i CAVE felt. Disse oplysninger skal kontrolleres ved efterfølgende indlæggelser

- **Multiresistente bakterier (risiko og bærertilstand):**
 - **MRSA** status og evt. mistanke (jf. [Isolationsregimer ved Methicillin resistente Staphylococcus aureus \(MRSA\)](#))
 - Tidligere påvist?
 - I husstand?
 - Indlagt udenlands indenfor 12 måneder (udenfor Norden og Holland)
 - **Aktuelt i behandling for smitsomme sygdomme**, herunder for andre multiresistente bakterier
 - **Andre multiresistente bakterier**, f.eks. ESBL producerende
 - **Stillingtagen til evt. isolation**
- **Objektive undersøgelser udført af involverede sundhedspersoner**
 - Hvis vurdering af patienter, herunder anamnese og objektiv undersøgelse, er mere end 30 dage gammel ved behandlingsstart/indlæggelse, skal anamnese og den objektive undersøgelse gentages.
 - Som minimum indeholder en objektiv undersøgelse:
 1. For patienter, som henvises for et specifikt helbredsproblem og som bortset herfra er raske (ASA1), dvs. at der ikke er konkurrerende sygdomme eller anden påvirkning af vitale organsystemer, gælder som minimum:
 - Fokuseret objektiv undersøgelse iht. henvisningsårsag og patientens helbredsproblem.
 2. For patienter, som henvises for helbredsproblemer af mere systemisk karakter, og som ikke kan betegnes som i øvrigt raske, dvs. der er konkurrerende sygdomme eller anden påvirkning af vitale organsystemer, gælder som minimum:
 - Fokuseret objektiv undersøgelse iht. henvisningsårsag og patientens helbredsproblem
 - Vurdering af patientens objektive almene tilstand
 - Stetoskopi af hjerte og lunger.
- **Afhængig af sygdomsforløb:**
 - Evt. forekomst af ødemer
 - Vurdering af funktionsdeficit.
- **Fysisk funktionsvurdering og vurdering af risiko for fald**
 - Patienten fuldt selvhjulpen?
 - Hvis nej - funktionsvurdering (jf. [bilag 1A: Skema til funktionsvurdering](#))
 - **Faldrisiko:** F.eks. uforklarede fald, svimmelhed/ balanceproblemer, medicin- eller alkoholpåvirkning, efter anæstesi mv. (Jf. [Fald, forebyggelse af - udredning og plan for](#))
 - Ved funktionsnedsættelse, der opnår 10 point eller derover i funktionsvurderingen, betragtes patienten også som faldtruet.
- **Vurdering af evt. smerter**
 - Hvis ja, da smertevurdering
- **Vurdering af ernæringsstatus** (screening), når indlæggelsen forventes at vare over 24 timer. Ved ambulant behandling med flere forventede besøg, anføres patientens objektive ernæringstilstand
- **Oplysninger om patientens tobaks- og alkoholforbrug**, motionsvaner samt evt. misbrugsproblemer
- **Vurdering af bevidsthed og psykiske (stemningsleje mv.) og kognitive forhold – herunder hvor relevant vurdering af selvmordsrisiko** (Jf.

Selvmondsrisiko - vurdering af)

- **Vurdering af patientens viden om aktuelle sygdom, informationsbehov og forståelse**
- **Barrierer for kommunikation** og begrænsninger i patientens evne til at modtage information (motivation, manglende læsefærdigheder, blindhed, døvhed, andet sprog mv.).
- **Behov for tidlig planlægning af udskrivelse**, her skal overvejes hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes for, at patienten kan udskrives f.eks. ved komplekse funktionsmæssige, sociale eller behandlingsmæssige problemstillinger, der vil kræve involvering af eksempelvis kommunale instanser, patientens praktiserende læge, familie mv.

3.4 Kontaktoplysninger

Alle journaler skal indeholde oplysninger om:

- Navne på **sundhedsfaglige kontaktpersoner** (Skal udpeges indenfor 24 timers indlæggelse, hvor indlæggelsen forventes at vare mere end 24 timer, og ved 2. ambulante besøg jf. [Kontaktpersoner](#))
- Navne på de pårørende, der kan få helbredsoplysninger, ifølge samtykke fra patienter over 15 år
- Navne på eventuelle genoptræningsansvarlige personer (kontaktpersoner) og på eventuelle tværsektorielle kontaktpersoner for kronikerforløb (f.eks. Diabetes og KOL)
- Ved kræftpatienter omfattet af kræftpakker: **Forløbskoordinator(er)**
- Beslutninger truffet på afdelingskonferencer - herunder hvem der er ansvarlig for eventuelle beslutninger om fortsat undersøgelses- eller behandlingsprogram

3.5 Behandlingsplan

En koordineret plan for behandling, pleje og rehabilitering af patienten skal lægges så tidligt som muligt.

Behandlingsplanen udarbejdes på grundlag af den indledende vurdering, og (en foreløbig) behandlingsplan skal foreligge 24 timer efter indlæggelsen for alle specialer, inkl. psykiatrien og skal indeholde[1]:

- Diagnose (foreløbig)
- Plan for undersøgelse af patienten, herunder laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, observationer
- Plan for behandlingen, herunder ordinationer af bl.a. medicin
- Om patienten er informeret om, og har samtykket til planlagte undersøgelser og behandling
- Tidspunkt for **revurdering** af planen.

Planen synliggør kort- eller langsigtede mål for den samlede behandlings forventede effekt.

Planen inkluderer, når det er muligt, hvornår det forventes, at patienten kan udskrives og overvejelser om behovet for planlægning heraf.

Anvendes der standardplaner, -programmer eller -protokoller, kan der henvises til disse som behandlingsplanen.

Behandlingsplaner revideres ved ændringer i patientens tilstand eller signifikante diagnostiske fund.

3.6 Udrednings og behandlingsoplysninger samt patientinformation

Omfanget af dokumentation af oplysninger vedrørende udredning og behandling af patienter er afhængigt af det konkrete patientforløb, men vedrører:

- **Indikation for og henvisning til undersøgelser, behandlinger og operation,** samt resultaterne af disse
- **Beskrivelse af udførte operationer og invasive indgreb,** samt hvilke personer, der har foretaget indgrebet samt assisteret, udtagne vævsprøver samt resultater af indgrebet og navne på kirurg og medvirkende
 - Dokumentation af udførelsen af **De fem trin, inkl. Timeout** ved invasive, andre kirurgiske indgreb samt ECT (Jf. [De fem trin - forvekslingskirurgi og -indgreb - forebyggelse](#)).
- **Diagnose(r),** symptomer, herunder lægens skøn angående sygdommens art, problemer eller risici
- **Uddannelse, information og instruktion,** der er givet til patienten eller evt. pårørende /væрге, herunder
 - udleveret skriftligt informationsmateriale
 - virkninger og kendte bivirkninger af den foreslåede behandling
 - om sygdomsforebyggende tiltag, f.eks. i relation til tobaks- og/eller alkohol forbrug, motion, ernæring.
 - oplysning om patienten helt eller delvist har frabedt sig information
- **Samtaler med patient** anføres i continuationer, velafgrænset fra øvrig tekst
- **Patientens eller stedfortræders samtykke** og tilkendegivelser på baggrund af den givne information til (jf. [Informeret samtykke - til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger](#)):
 - indledende behandlingsplan
 - revideret behandlingsplan
 - højrisikoydelser (sedation, anæstesi, kirurgi, blod mv.)
 - udveksling af helbredsoplysninger, f.eks. hvis oplysninger ønskes indsamlet fra egen læge, e-journal mv.
 - Samtykke erklæring, hvis patienten deltager i forskningsprojekter.
- **Ordination af lægemidler** (indikation og præparat i papirjournal). I EPM anføres desuden styrke, mængde, dosering og administrationsmåde og evt. forventet behandlingsvarighed
- **Indledende og reviderede behandlings- og plejeplaner,** herunder for områder med identificerede helbredsproblemer, f.eks. for:
 - smertebehandling
 - genoptræning
 - ernæring
 - forebyggende tiltag (rygning og alkohol)
 - andre iværksatte aktiviteter
- **Evaluering af effekten** af medicinsk og anden behandling
- **Ordination og administration af blodprodukter,** herunder type og forlig
- **Brug af vacciner** og andre lignende biologiske produkter, herunder disses batchnumre
- **Oplysninger om implantation af medicinsk udstyr (pacemaker elektroder, stents mv.).** Det anvendte implantat skal kunne identificeres entydigt og specifikt (produktionsbatch og /eller lotnummer)
- **Løbende evaluering og revurdering af patientens tilstand** og reaktion på behandling, pleje, genoptræning mv., herunder indtrådte komplikationer eller bivirkninger og den givne patientinformation
- **Kopi af indberetninger** og attester, f.eks. dødsattester eller indberetningspligtige bivirkninger til Lægemiddelstyrelsen, kopi af erklæringer, besvarelser af forespørgsler
- **Brug af tvang iht. Psykiatrilovens fokus og bestemmelser**
- **Oplysninger om evt. utilsigtede hændelser**
- **Oplysninger om hjemmebesøg, udgående funktioner, patientorlov mv.** (jf. [Orlov for indlagte patienter](#))
- Evt. kontakt til og oplysninger fra **livstestamenteregister** (jf. [Livstestamente -](#)

[anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse](#)).

Ordinationer

Alle ordinationer skal som udgangspunkt dokumenteres ét samlet sted i patientjournalen. Dog anføres medicinordinationer tillige mere detaljeret i EPM/EPJ.

Hvor der anvendes elektroniske systemer til ordination (RIS og LABKA), skal der i journalen være en henvisning hertil med dato.

For hver ordination gælder, at følgende skal anføres:

- Dato og signatur for ordinationen af den ordinerende læge (kan delegeres)
- Dato og signatur for bestilling/rekvirering af ordinationen ved den rekvirerende person
- Dato for udført ordination og signatur for dette (f.eks. sekretær eller sygeplejerske)
- Dokumentation for at prøve- og andre svar er modtaget
- Dokumentation for at prøve- og andre svar er set af læge.

3.7 Afslutning af et patientforløb

Når et patientforløb afsluttes, skal følgende dokumenteres i patientjournalen:

- **Dato for lægelig færdigbehandling af patient** – dato registreres i GS!Åben som avis til kommunen
- Aftaler om evt. **kontrol**
- Evt. **aftaler med primær sektor**
- **Udleverede hjælpemidler**, medicin mv.
- **Instruktioner/informationer** givet til patienten
- **Stillingtagen til evt. genoptræningsbehov** og kopi af genoptræningsplan
- **Kopi af epikrise og udskrivningsrapport**
- **Anførelse af evt. stående indlæggelse**
- **Diagnose- eller procedurekoder** mhp. medicinalstatistik og takstafregning (L/L – takst eller DRG)
- **Ved patientens dødsfald** placeres papirprint af dødsattest i journalen – jf. [Ligsyn og elektronisk dødsattest](#)

Udskrivning og overflytninger

Ved udskrivning skal patientens transportbehov/transportmuligheder overvejes.

Epikriser

- Udfærdiges ved
 - Udskrivelse
 - Afslutning af ambulant forløb
 - Overflytning eller viderehenvisning af patienten til andet hospital..
- Patientens kontaktlæge eller den læge, der har ansvar for udskrivning af patienten, udarbejder epikrisen i forbindelse med udskrivningen
- Epikrisen sendes elektronisk til patientens praktiserende læge, lægevikar eller gruppe 2 læge **senest 3 hverdage** efter udskrivelsen, forudsat at patienten ikke har frabedt sig dette (der skal ikke indhentes samtykke)
- Epikrisen kan udleveres til patienten, hvis dette er hospitalets eller afdelingens praksis
- Epikrisen udfærdiges i GS! ÅBEN- fra efteråret 2009 udfærdiges disse i OPUS arbejdsplads.

Ved dødsfald

Hvis patienten afgår ved døden under indlæggelsen, sendes hurtigst muligt oplysning om dette til patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge.

Hvis patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge efterfølgende anmoder om oplysninger omkring sygdoms- og behandlingsforløbet, må afdelingen oplyse om:

- Sygdomsforløb
- Dødsårsag
- Døds måde.

Videregivelse af disse oplysninger til patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge forudsætter, at det ikke må antages at stride imod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller andre private interesser ikke taler afgørende imod videregivelsen af oplysningerne.

Når patienten forlader afdelingen i mod givent råd og før behandlingen er tilendebragt:

Hvis en patient vælger at forlade afdelingen, ambulatoriet eller skadestuen (efter behandling er indledt) mod givent råd, og før behandlingen er tilendebragt, sendes epikrise til patientens praktiserende læge, og det angives, at patienten har valgt at forlade behandlingen, før denne er tilendebragt og mod givent råd.

Epikrisen indeholder

- Årsag til indlæggelsen
- Resumé af sygdomsforløbet, væsentlige fund og resultater af undersøgelser.
- Alle udførte invasive indgreb, behandlinger og diagnostiske procedurer, herunder transfusion af blod under forløbet
 - ♦ Medicinsk behandling:
 1. Begrundelse for væsentlige ændringer i hidtil given medicin
 2. **Medicinafstemning ved udskrivelsen** dvs. den medicin patienten udskrives med (f.eks. skift til analoge præparater, som patienten sædvanligvis anvender). Disse oplysninger hentes fra EPM "Medicin ved udskrivelsen".

For patienter, der ved indlæggelsen modtager **dosisdispenseret** medicin fra et apotek i primærsektor, tages stilling til, om apoteket fortsat skal dosisdispensere medicin efter udskrivningen
 3. **Medgivet medicin og evt. recept** ved udskrivningen og eventuel angivelse af behandlingsvarighed.
- Oplysninger om patientens aktuelle helbredsmæssige tilstand, herunder
 - ♦ funktionsniveau ved udskrivelsen
 - ♦ udfærdiget genoptræningsplan
 - ♦ ernæringsmæssig risiko, plan for energibehov og kostform, hvor relevant
 - ♦ socialmedicinske foranstaltninger, herunder kontakt til socialrådgiver, plejeorlov m.m.
- Instruktion givet til patient (eller pårørende), herunder
 - ♦ aftalte kontrolbesøg på hospitalet, hos egen læge eller andet behandlingssted
 - ♦ anbefalinger om opfølgning og videre behandling, herunder sundhedsfremme og forebyggelse
 - ♦ genoptræningsplan og foranstaltede kontakter
 - ♦ hvor patienten kan henvende sig ved akutte problemer (hvis relevant for patientforløbet).
- Angivelse af evt. udestående af undersøgelsesresultater, som vil blive eftersendt
- Alle diagnoser og diagnosekoder, herunder bidiagnoser, anført i epikrisens diagnosefelt.

Sygeplejeepikrise/udskrivningsrapport/ ved udskrivning til institutioner i primær sektor

Hvis patienten afsluttes til hjemmesygepleje eller institutioner i primær sektor, udfærdiges foruden den lægelige epikrise en sygeplejeepikrise/ udskrivningsrapport, der redegør for patientens aktuelle fysiske og psykiske funktionsniveau, medicinering,

ernæring, hjælpemidler samt øvrige oplysninger, der er nødvendige for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten

Dokumentation ved overflytning

Ved **overflytning** (internt og eksternt) til videre behandling på hospital

- Skal den **aktuelle patientjournal eller kopi heraf følge patienten** (ved overflytning til hospitaler, der ikke har adgang til afsenderhospitalets IT journalsystemer, skal der printes relevant materiale herfra)
- Skal der udarbejdes **status- eller overflytningsnotat** til modtagende afdeling, som resumerer:
 - Hittidige indlæggelsesforløb,
 - Beskrivelse af patientens aktuelle tilstand, problemer og behandling indtil overflytningstidspunktet
 - Relevant diagnostik og evt. indgreb
 - Årsag til overflytningen
 - Aktuell medicinering
 - Navnet på patientens kontaktlæge
 - Desuden anføres **overflytningsaftale** mellem den afdeling, der overflytter patienten, og den afdeling og hospital, der skal modtage patienten, herunder navnet på den læge, som overflytningen er aftalt med, samt at overflytningen er accepteret af modtagende afdeling. Hvis overflytning er aftalt med en sygeplejerske, skal navnet på denne anføres.
- Skal der udfærdiges en sygeplejeepikrise/udskrivningsrapport.

Når en patient overføres til andet hospital, skal der udover overflytningsnotat også udfærdiges en epikrise. Indhold i overflytningsnotat og epikrise kan være det samme, og således kan epikrisen udgøre overflytningsnotatet.

3.8 Indhold i ambulante journaler

For patienter der alene henvises til en enkeltstående ambulante ydelse, f.eks. indlæg, attester, røntgenundersøgelser på foranledning af patientens egen læge mv., oprettes ikke journal, men patienten og ydelsen registreres i de patientadministrative systemer.

Fuld ambulante journal

Som udgangspunkt skal journalføring for ambulante forløb følge de generelle krav angivet i afsnittet ovenfor.

Krav om oprettelse af fuld ambulante journal gælder, når:

- Patienten henvises i et nyt sygdomsforløb, hvor der ikke foreligger journal i relation til den aktuelle problemstilling, og hvor hospitalet er ansvarligt for patientforløbet.
- Patienten henvender sig på egen foranledning med nyt sundhedsproblem.

Afgrænset ambulante journal

Krav om afgrænset ambulante journal gælder, når:

- A. Der er et forudgående indlæggelsesforløb og patienten er henvist til ambulante efterbehandling fra samme eller anden hospitalsafdeling, herunder psykiatriske centre.
- B. Patienten er diagnosticeret og henvist fra praktiserende læge eller anden med henvisningsret til fokuseret udredning og eller behandling, og hvor den henvisende læge er ansvarlig for patientforløbet.

Ad A.) Hvis patienten inden for 30 dage overgår til ambulante behandling i samme behandlingsforløb efter indlæggelse i samme afdeling eller i anden somatisk/psykiatrisk

afdeling på hospitalet, anses indlæggelsesjournalen som fyldestgørende mht. generel objektiv undersøgelse og vurdering.

Den ambulante journalføring bliver herved en supplerende konsultation til den generelle journal i egen eller anden somatisk/psykiatrisk afdeling, og journalføringen omfatter relevant opfølgning i det igangværende ambulante behandlingsforløb.

Ad B.) Gælder for patientforløb, hvor den praktiserende læge eller anden med henvisningsret, ønsker definerede konkrete og afgrænsede diagnostiske og/eller behandlingsmæssige opgaver udført. I denne sammenhæng er kravet om journalføring alene at angive de relevante oplysninger, som kræves for at belyse eller behandle den aktuelle problemstilling i nødvendigt omfang. Henvisende praktiserende læge har ansvaret for den efterfølgende opfølgning i patientforløbet, hvilket bør fremgå af epikrisen.

Afgrænset ambulans journal skal indeholde:

- Patientadministrative data i henhold til lokale og centrale registreringskrav, herunder diagnose
- Navn på patientens kontaktperson (jf. Kontaktpersoner)
- Konkret diagnostisk eller behandlingsmæssig problematik
- CAVE oplysninger
- Patientens anamnese/sygehistorie og aktuel komorbiditet – f.eks. fra henvisningen
- Aktuell medicinstatus
- Fokuseret objektiv undersøgelse iht. henvisningsårsag, patientens helbredsproblem og evt. risici ifm. behandlingen
 - ♦ Ifm. planlagte indgreb/anæstesi/kirurgi: Stetoscopi af hjerte og lunger og anden nødvendig kardiovaskulær udredning
 - ♦ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Tobaks- og alkoholforbrug samt evt. misbrugsproblemer
 - ♦ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Vurdering af psykiske og kognitive forhold
 - ♦ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Fysisk funktionsvurdering og vurdering af evt. genoptræningsbehov
 - ♦ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Vurdering af smerter
 - ♦ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Ernæringsstatus (normal-, over- eller undervægtig)
- Indikation og plan for evt. diagnostik og/eller behandling
- Informeret samtykke til evt. diagnostik og/eller behandling
- Eventuelle ordinationer
- Evt. særlige vurderinger eller interventioner foretaget af andre faggrupper
- Resultater af evt. diagnostik og udført behandling
- Instruktion/information til patient, herunder aftaler for det videre forløb
- Epikrise til rekvirerende afdeling og praktiserende læge, lægevikar eller gruppe 2 læger.

Ambulante behandlingsnotater til patientens læge

- Ambulante behandlingsnotater afsendes løbende til patientens praktiserende læge, lægevikar eller gruppe 2 læge for komplekse og langvarige patientforløb, hvor patientens læge har opfølgingsforpligtelse. Dette gælder fra det tidspunkt, hvor OPUS Notat tages i brug.

- Ambulante behandlingsnotater, som løbende afsendes, **erstatte ikke** en epikrise, der skal udfærdiges ved afslutningen af det ambulante forløb.

Årligt resumé for kroniske patienter i langvarig ambulant behandling i flere ambulatorier samtidigt

- For patienter, der over længere tid (kronisk eller livslang) modtager hyppig ambulant behandling i flere ambulatorier samtidigt, skal der årligt udfærdiges et opdateret resumé indeholdende:
 - Status på det/de aktuelle helbredsproblemer som patienten behandles for ambulant
 - Aktuell medicinering
 - Allergier
 - Alle signifikante diagnoser og behandling
 - Alle udførte operationer
 - Tidligere indlæggelser.

Principper, der er styrende for hvilken afdeling, som er ansvarlig for udarbejdelse af årligt resumé, kan f.eks. være den afdeling, som hyppigst ser patienten.

Ansvar og organisering

Hospitals- eller psykiatridirektionen har ansvaret for implementering af denne vejledning lokalt. Center-, afdelings- og klinikledelser er ansvarlige for, at vejledningen følges i det enkelte center eller afdeling.

Hospitalernes ansvar og opgaver omfatter:

- Lokal beslutning om, hvordan og hvor ordinationer skal anføres i journalen, herunder regler for dokumentation for at ordinationen er set og udført
- Hvilke faggrupper, der er ansvarlig for udførelse af vurdering og journalføring, hvad angår specifikke temaer (ernæringscreening, smertevurdering, alkoholanamnese mv.)
- Lokal beslutning om hvilken afdeling, der er ansvarlig for udarbejdelse af et årligt resumé, og hvilke patientgrupper, der skal have udfærdiget et sådant resumé (kroniske eller livslange ambulant forløb, som behandles i flere ambulatorier samtidigt)
- Fastlæggelse af krav til indhold i journalføring for faggrupper i tværgående kliniske funktioner med direkte patientkontakt som f.eks. anæstesi, røntgen, endoskopiafsnit og laboratorier, hvor dette ikke er fastlagt af SFR

Center/afdelingsledelsernes ansvar og opgaver omfatter:

- Udarbejdelse af krav, der præciserer, udvider eller begrænser data og krav til indhold i vurderinger for speciale- eller målgruppespecifikke patientforløb (f.eks. anæstesi, børn), hvor dette ikke er fastlagt af SFR
- Udfærdigelse af lokale vejledninger for henvisning til fysio/ergoterapeutisk træning, diætist, psykolog og andre specialistfunktioner, herunder ventetider for tilsyn
- Udfærdigelse af lokale vejledninger for kriterier for revurdering af patienter i længerevarende fysio/ergoterapeutisk træningsforløb
- Udfærdigelse af vejledning med fokus på, hvor ofte patienter skal lægeligt revurderes/tilses, eller regler/kriterier for hvilke patienter, der ikke nødvendigvis skal ses af læge dagligt.

Den enkelte sundhedsperson har ansvar for udfærdigelse af notater, jf. indhold for journal og gældende lovgivning.

Referencer, herunder til relevant lovgivning og links

- Sundhedsloven
- Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008, Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed
- Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser
- Bekendtgørelse nr. 1373 af 12/12/2006 og Bekendtgørelse 1289 af 15/11/2007: Lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, klinisk tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler
- Vejledning nr. 9150 af 16/03/2006, Vejledning om ergoterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)
- Vejledning nr. 9176 af 16/03/2006, Vejledning om fysioterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)
- Vejledning nr. 151 af 08/08/2001, Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.
- Vejledning nr. 161 af 16/09/1998, Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Bekendtgørelse nr. 665 af 14/09/1998, Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Lovbekendtgørelse 132 2702/2004, Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v.
- Bekendtgørelse 880 30/09/1996, Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist
- Vejledning nr. 155 af 14/09/1998, Vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger

Regionale vejledninger:

- Instruks 1: Lægelig vurdering og journalføring
- Instruks 2: Sygeplejefaglig vurdering og journalføring, samt bilag 1A: Skema til funktionsvurdering
- Instruks 3: Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring
- Instruks 4: Diætisters vurdering og journalføring
- Instruks 5: Psykologisk vurdering og journalføring
- Aktindsigt
- Informeret samtykke - til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger
- Orlov for indlagte patienter
- Kontaktpersoner
- De fem trin - forvekslingskirurgi og -indgreb - forebyggelse
- Selvmordsrisiko - vurdering af
- Lægemedelordination, medicinafstemning, naturlægemidler og standardplaner - medicinvejledning 2
- Livstestamente - anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse
- Ligsyn og elektronisk dødsattest
- Lægestuderende som lægevikarer - opgaver og ansvar
- Isolationsregimer ved Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA)
- Fald, forebyggelse af - udredning og plan for
- Patientjournaler og patientdata - bevaringskrav samt opbevaring ved fusion af afdelinger, i ude- og samarbejdsfunktioner
- Ernæringscreening - vurdering og dokumentation hos voksne
- Smertevurdering og smertedokumentation, generelle principper for
- Sedation af patienter til procedurer eller indgreb uden medvirken af anæstesipersonale
- Journalføring i Akutmodtagelser (under udarbejdelse)
- Samt kommende regionale vejledninger for vurdering og journalføring for raske fødende og deres raske børn.

Akkrediteringsstandarder

JCI (4. udgave): AD.2, AD.3, AD. 3.2, AD. 3.2.1,AD.3.3, AD.3.4, AD.3.5, AD.4.4, VU, VU.1.1, VU.1.2,VU. 1.4, VU.1.4.1, VU. 1.5, VU. 2., BE.2.1, BE. 2.2, KI.7. KI. 19, KI. 19.1, KI. 19.1.1, KI.19.2, KI.19.3 (JCI,4 udgave)

DDKM: 1.1.5, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 2.17.1, 2.17.2, 2.17.3, 2.17.4

Bilag

[bilag 1A: Skema til funktionsvurdering](#) (Sygeplejefaglig vurdering og journalføring)

[1] For psykiatrien skal den endelige behandlingsplan foreligge indenfor 7 dage.

