

Afrapportering fra arbejdsgruppen om journalføring

FORSLAG TIL EN TIDSSVARENDE
RETLIG REGULERING

SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET, DEN 17. SEPTEMBER 2019

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
1.1. Baggrund for nedsættelsen af arbejdsgruppen	3
1.2. Arbejdsgruppens opgave og sammensætning	4
1.2.1. Arbejdsgruppens opgave	4
1.2.2. Arbejdsgruppens sammensætning m.v.	5
1.3. Sammenfatning og konklusioner	7
2. Gældende ret om journalføring	10
2.1. Journalføringspligten	10
2.2. Patientjournalens funktioner	11
2.3. Definition af patientjournal	11
2.4. Journalføringspligt og -ansvar	12
2.4.1. Sundhedspersoners ansvar	12
2.4.2. Det organisatoriske ansvar	12
2.5. Journalens indhold	14
2.5.1. Relevans- og nødvendighedskriteriet	14
2.5.2. Journalføring af kliniske undersøgelser (negative fund)	15
2.5.3. Information og samtykke	16
2.6. Andre krav til journalføringen	17
2.6.1. Tidspunkt for journalføring	17
2.6.2. Formkrav	17
2.6.3. Sprog og brug af forkortelser	17
2.7. Journalføring ved brug af medhjælp m.v.	18
2.8. Undtagelser til journalføringspligten	19
2.9. Mundtlige ordinationer	19
2.10. Det Fælles Medicin Kort (FMK)	20
3. Identifikation af andre kilder end autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen og deres samspil med journalføringsreglerne	21
3.1. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser	21
3.2. Vejledning om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin	22
3.3. Medicinhåndtering og afhængighedsskabende medicin	22
3.4. Vejledninger om fravalg af livsforlængende behandling	24
3.5. Vejledning om tandlægers journalføring	24
3.6. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. 25	
3.7. Vejledning om lægers og tandlægers anvendelse af implantater	25
3.8. Bekendtgørelse om tvangsprotokoller ved beslutninger og anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile	26

4.	Spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt sundhedspersonalet	27
4.1.	Formål og fremgangsmåde	27
4.2.	Resultater og forslag	28
4.2.1.	Regler for journalføring.....	28
4.2.2.	Formål med patientjournalen.....	31
4.2.3.	Anvendelse af journalsystem	32
4.2.4.	Betydning af tilsyn, klagesager m.v.....	34
5.	Undersøgelse af patientperspektivet	36
5.1.	Formål og fremgangsmåde	36
5.2.	Resultater	36
6.	Arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til en tidssvarende og effektiv journalføring.....	38
6.1.	Forslag.....	38
6.1.1.	Fremtidig model for regulering af journalføring	38
6.1.2.	Formål med journalføringen	40
6.1.3.	Overflødige krav	41
6.1.4.	Opbygning af bekendtgørelsen	42
6.1.5.	Uklare krav	42
6.1.6.	Forældede betegnelser	50
6.1.7.	Journalføring af informeret samtykke	50
6.1.8.	Rådgivning	53
6.1.9.	Konferencebeslutninger	55
6.1.10.	Brugerindsigt og brugerinddragelse	56
6.1.11.	Overdragelse af journaler ved ophør eller overdragelse af behandlingssteder.....	56
6.2.	Anbefalinger	58
6.2.1.	Anbefaling om formidlingsindsats.....	58
6.2.2.	Anbefaling om kompetenceudvikling.....	59
6.2.3.	Anbefaling om adgang til stamdata og bedre deling af oplysninger.....	59
6.2.4.	Anbefaling om forenkling af målepunkter for det risikobaserede tilsyn	60
6.2.5.	Anbefaling om lokal disciplin ved fastsættelsen af supplerende krav	61

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

Bilag 2: Undersøgelse blandt sundhedspersonerne

Bilag 3: Undersøgelse til afdækning af patientperspektivet

1. Indledning

1.1. Baggrund for nedsættelsen af arbejdsgruppen

Patientjournalen er det daglige arbejdsredskab for de mere end 290.000 autoriserede sundhedspersoner i det danske sundhedsvæsen¹. Det er derfor helt afgørende for den daglige arbejdsgang og effektiviteten i sundhedsvæsenet, at den retlige regulering på området understøtter en enkel og fleksibel journalføring i praksis og tager højde for de vilkår, som sundhedspersonalet arbejder under.

I den offentlige debat har de faglige organisationer peget på, at der blandt sundhedspersonalet er stor usikkerhed om, hvad der skal journalføres i praksis. De faglige organisationer har ligeledes peget på, at sundhedspersonalet oplever, at der bliver brugt unødvendig lang tid på journalføring – også uden at dette nødvendigvis tilfører nogen merværdi. Således kan journalføringen i det daglige synes både unødigt tidskrævende og virke irrelevant set i forhold til den umiddelbare kliniske nytte. I den sammenhæng er det også fremhævet, at netop tvivlen om, hvad der skal journalføres, er en af årsagerne til, at der sker dokumentation i videre omfang end nødvendigt. Endelig er det fremhævet, at patientjournaler efterhånden kan rumme så mange informationer, at journalen kan være vanskelig at overskue i en travl hverdag og dermed kan vigtig information let blive overset.

Et helt centralt element i den offentlige debat har været den oplevede uoverensstemmelse mellem, hvad man som sundhedsperson er forpligtet til at journalføre i henhold til reglerne, og hvad en travl og hektisk arbejdsdag i sundhedsvæsenet rent faktisk giver mulighed for.

I lyset af den offentlige debat om bl.a. journalføringsreglerne blev der i januar 2018 offentliggjort en "tillidspakke", der bestod af otte konkrete initiativer, som skulle være med til at styrke sundhedspersonalets retssikkerhed og genskabe et tillidsfuldt samarbejde mellem sundhedsvæsenet og Styrelsen for Patientsikkerhed. Nedsættelsen af arbejdsgruppen om journalføring er et led i denne række af tiltag. Sideløbende er der bl.a. nedsat en arbejdsgruppe om instrukser. Herudover var der allerede forinden et arbejde i gang med revision af reglerne om sundhedspersoners brug af medhjælp.

Sundhedsvæsenets ressourcer skal anvendes så effektivt som muligt og prioriteres til de opgaver, der skaber mest mulig værdi for patienterne. Personalet skal have tid og rum til at løse deres kerneopgaver og skal f.eks. ikke bruge tid på at dobbeltregistrere oplysninger, lede efter oplysninger og dokumentere oplysninger, som ikke er relevante og nødvendige.

På den baggrund fremlægger denne arbejdsgruppe en række forslag og anbefalinger, der skal sikre de retlige rammer for en tidssvarende og effektiv journalføringspraksis, som tager højde for de arbejdsvilkår, som sundhedspersonalet arbejder under, men som ikke går på kompromis med den faglige kvalitet og patientsikkerheden.

¹ Ved søgning i Autorisationsregisteret den 11. februar 2019 var der 292.703 autoriserede sundhedspersoner.

1.2. Arbejdsgruppens opgave og sammensætning

1.2.1. Arbejdsgruppens opgave

Som led i "Tillidspakken", der blev lanceret i januar 2018, blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag, som kan indgå i en revision af de gældende regler om journalføring.

. / . Arbejdsgruppens opgave er nærmere beskrevet i kommissoriet, der er vedlagt som *bilag 1*. Det fremgår af kommissoriet, at arbejdsgruppens opgave er at:

- 1) Komme med forslag til en modernisering og afbureaukratisering af reglerne om journalføring, som på den ene side tilgodeser hensynet til patientsikkerheden, men som på den anden side er ubureaukratiske og ikke er mere vidtrækkende end hensynet til patientsikkerheden tilsiger.
- 2) Komme med forslag til initiativer med henblik på i endnu højere grad at udbrede kendskabet til reglerne om journalføring og god praksis for journalføring.

Arbejdsgruppen skal i den forbindelse:

- Kortlægge temaer inden for journalføring, som giver anledning til tvivl i praksis eller hvor kravene til journalføringen eventuelt er uklare eller vurderes for vidtrækkende eller utilstrækkelige under hensyn til patientsikkerheden
- Afdække om og i hvilket omfang der ud over de lovgivningsmæssige krav til journalføring findes lokale krav (instrukser) til dokumentation og vurdere, hvorledes disse krav spiller sammen med kravene til journalføring.
- Vurdere om de gældende regler i tilstrækkelig grad giver mulighed for at udnytte digitale løsninger, som kan lette journalføringen i praksis
- Vurdere om de gældende regler i tilstrækkelig grad tager højde for organiseringen i sundhedsvæsenet, herunder overveje om der er behov for tydeligere regler vedrørende journalføringspligten, når opgaver udføres af sundhedspersoners medhjælp.

Arbejdsgruppens kortlægning af temaer inden for journalføring er blandt andet sket gennem en spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt de autoriserede sundhedsprofessionelle, som Implement Consulting Group har faciliteret på vegne af Sundheds- og Ældreministeriet.

Undersøgelserne blev indledt i april 2018 med drøftelser i arbejds- og interessentgrupperne om design, fokusering og fremgangsmåde. Herefter gennemførte Implement pilotinterviews og udarbejdede et spørgeskemaudkast, der blev kommenteret af arbejdsgruppen. Fra maj til primo august blev spørgeskemaundersøgelsen og individuelle interviews gennemført og datamaterialet analyseret. Resultaterne blev kvalificeret og forslag til tiltag identificeret på et arbejds møde med arbejds- og interessentgrupperne medio august. Efter afholdelse af det fælles arbejds møde har

arbejdsgruppen arbejdet videre med og kvalificeret de fremkomne forslag, som har resulteret i nærværende arbejdsgruppes forslag og anbefalinger til fremtidig journalføringspraksis.

Som et supplement til den gennemførte spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt sundhedspersonerne, har Implement Consulting Group iværksat en undersøgelse med henblik på at afdække patientperspektivet. Undersøgelsen blev gennemført i oktober 2018.

Formålet med undersøgelsen har været at belyse brugererfaringer med og forventninger til behandlingen af helbredsoplysninger i journaler særligt på sygehuse og i hjemmeplejen. Til belysning af brugererfaringer og forventninger er der anvendt interviews, som er blevet perspektiveret gennem et uddrag af nyere danske undersøgelser.

1.2.2. Arbejdsgruppens sammensætning m.v.

Arbejdsgruppen er forankret i Sundheds- og Ældreministeriet med afdelingschef Dorthe Eberhardt Søndergaard som formand. Arbejdsgruppen består herudover af:

- Susanne Scheppan (udpeget af Yngre Læger)
- Dennis Staahltoft (udpeget af Praktiserende Lægers Organisation)
- Anne Jung (udpeget af Foreningen af Speciallæger)
- Simon Serbian, senere afløst af Christina Frøslev-Friis (udpeget af Lægeforeningen)
- Elise Hammer (udpeget af Dansk Sygeplejeråd)
- Janne Due Sommerset (udpeget af Dansk Sygeplejeråd)
- Troels Barkholt (udpeget af Tandlægeforeningen)
- Kristine Arnholdt Thorlacius (udpeget af Tandlægeforeningen)
- Nils Lauge Johannesen (udpeget af Danske Regioner)
- Mai-Britt Jeanette de Cordier (udpeget af Danske Regioner)
- Karen Marie Myrndorff (udpeget af Kommunernes Landsforening)
- Inge Jekes (udpeget af Kommunernes Landsforening)
- Annette Wandel (udpeget af Danske Patienter)
- Mirjana Saabye (udpeget af Ældre Sagen)
- Tina Høegh Borgen (udpeget af Ældre Sagen)
- Jakob Bro (udpeget af FOA – Fag og Arbejde)
- Mette Touborg Heydenreich (udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet)
- Helle Borg Larsen (udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed) og
- Anette Lykke Petri (udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed)

Arbejdsgruppen er sekretariatsbetjent af Sundheds- og Ældreministeriet og Styrelsen for Patientsikkerhed i fællesskab. Sekretariatet består af:

- Henrik Kristensen (Styrelsen for Patientsikkerhed)
- Betina Leig Keldorff (Styrelsen for Patientsikkerhed) og
- Camilla Lerager Pedersen (Sundheds- og Ældreministeriet)

I tilknytning til arbejdsgruppen er der nedsat en interessentgruppe, som består af én repræsentant fra følgende organisationer:

- Ansatte Tandlægers Organisation
- Danmarks Optikerforening
- Dansk Kiropraktor Forening
- Danske Tandplejere
- Danske Bandagister
- Danske Bioanalytikere
- Danske Fodterapeuter
- Danske Fysioterapeuter
- Ergoterapeutforeningen
- Foreningen af Kliniske Diætister
- Jordemoderforeningen
- Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
- Radiograf Rådet

Eftersom patientjournalen er det daglige arbejdsredskab for alle autoriserede faggrupper, er det vigtigt, at arbejdsgruppens forslag og anbefalinger har afsæt i og afspejler den kliniske virkelighed. Derfor er der sikret en bred inddragelse i arbejdsgruppens arbejde af repræsentanter fra samtlige af de autoriserede faggrupper – enten gennem deltagelse i arbejdsgruppen eller den dertil nedsatte interessentgruppe². Hertil kommer, at der som led i den gennemførte spørgeskema- og interviewundersøgelse er sikret inddragelse af sundhedspersonale fra alle autoriserede grupper.

Det er endvidere essentielt, at arbejdsgruppens forslag og anbefalinger tager tilstrækkeligt hensyn til den virkelighed, at flere patienter lever med kronisk sygdom og varetager behandlingen i dagligdagen, og at patienter og pårørende i højere grad end tidligere anvender journalen som led i at sikre overblik, forebygge fejl og understøtte egen behandling. Bl.a. derfor er der sikret inddragelse af patientorganisationer i arbejdsgruppen samt inddragelse af særligt udvalgte patientgrupper og pårørende i den gennemførte interviewundersøgelse til afdækning af patientperspektivet.

² På tidspunktet for arbejdsgruppens nedsættelse var der i alt 16 autoriserede faggrupper.

1.3. Sammenfatning og konklusioner

Alle autoriserede sundhedspersoner skal føre patientjournal, når de som led i deres virksomhed foretager behandling af en patient. Patientjournalen fungerer således som det daglige arbejdsredskab for de autoriserede sundhedspersoner, og det er derfor afgørende for den daglige arbejdsgang i sundhedsvæsenet, at den retlige regulering er let anvendelig og tager højde for de vilkår, som sundhedspersonalet arbejder under.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at reglerne om journalføring generelt er nødvendige og bidrager til at sikre en god og sikker patientbehandling.

Med udgangspunkt i denne overordnede præmis har arbejdsgruppens gennemgang af den nuværende regulering haft fokus på at identificere regler, som er uklare eller for vidtrækkende, og hvor det – bl.a. af hensyn til sundhedspersonalets arbejdsvilkår – vil være hensigtsmæssigt at foretage forenklinger eller afklaringer under fortsat hensyntagen til patientsikkerheden.

Med denne afrapportering giver arbejdsgruppen sit bud på, hvordan reglerne om journalføring kan moderniseres og fremtidssikres. Arbejdsgruppens konklusioner kan inddeles i to underkategorier: forslag og anbefalinger. Forslagene er konkrete og kan implementeres gennem en ændring af journalføringsbekendtgørelsen. Anbefalingerne er derimod af mere overordnet karakter og handler grundlæggende om, at forskellige initiativer efter arbejdsgruppens opfattelse kan være med til at sikre en bedre journalføringspraksis.

Arbejdsgruppen har identificeret 21 konkrete forslag til de fremtidige regler for journalføring, som er opsummeret i tabel 1 nedenfor. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at der på baggrund af arbejdsgruppens forslag indledes en revision af reglerne, herunder journalføringsbekendtgørelsen og de tilhørende vejledninger. Det kommende arbejde med revision af reglerne vil være forankret i Styrelsen for Patientsikkerhed. Arbejdsgruppen anbefaler, at der nedsættes en faglig referencegruppe bestående af arbejdsgruppens medlemmer, som skal bistå i forbindelse med revisionen af journalføringsbekendtgørelsen.

Samlet set vurderes arbejdsgruppens forslag at indebære en række vigtige afklaringer og forenklinger for de fagprofessionelle. Det skal bemærkes, at arbejdsgruppen i et afbureaukratiseringsperspektiv har haft fokus på, at afbureaukratisering ikke alene handler om mængden af regler, men også om klarere og lettere anvendelige regler. Arbejdsgruppen har således peget på et stort behov for at få præciseret en række af de nuværende regler af hensyn til reglernes overskuelighed og anvendelighed i praksis.

Sideløbende med arbejdet i arbejdsgruppen om journalføring har der været nedsat en arbejdsgruppe om instrukser. Der har desuden sideløbende været et arbejde med revision af reglerne for sundhedspersoners brug af medhjælp. Begge disse arbejdsgrupper har tæt indholdsmæssig sammenhæng med reglerne om journalføring. I det reglerne om journalføring alene udgør ét element i et større regelkompleks, skal forslagene og anbefalingerne fra denne arbejdsgruppe ses i sammenhæng med de øvrige arbejdsgruppers anbefalinger. Nærværende forslag og anbefalinger sker således under iagttagelse af de anbefalinger, der er fremlagt af arbejdsgruppen om instrukser i september 2018, ligesom der forudsættes tæt koordinering med arbejdsgruppen om medhjælp, hvis arbejde fortsat pågår. Arbejdsgruppen lægger således vægt på, at der sikres en tæt koordinering af de samlede anbefalinger på tværs af arbejdsgrupperne.

Tabel 1. Opsummering af konkrete forslag

1. Der skal fortsat være en overordnet journalføringsbekendtgørelse, som skal være gældende for alle autoriserede faggrupper, og som skal opstille grundkrav for journalføringen. Bekendtgørelsen skal suppleres med sektorspecifikke vejledninger inden for de største sektorer i sundhedsvæsenet af hensyn til at give relevant og målrettet vejledning, som tager afsæt i de enkelte faggruppers og sektorer særlige rammer og praktiske behov.

2. Det skal i formålsbestemmelsen præciseres, at journalen primært er et arbejdsredskab for de sundhedspersoner, der er involveret i behandlingen af en patient. Arbejdsgruppen er opmærksom på, at journalen også er vigtig i andre sammenhænge, f.eks. i klage-, tilsyns- og erstatningssager. Danske Patienter og Ældre Sagen har anbefalet, at det skal afspejles i en fremtidig formålsbestemmelse, at journalen også har til formål at give patienten og eventuelt pårørende adgang til information om behandlingen samt understøtte patientens mulighed for inddragelse og varetægelse af dennes interesser.

3. Kravene til journalens indhold skal fremadrettet beskrives på et overordnet niveau, der kan omfatte alle sektorer og faggrupper. Det betyder, at visse af de indholdsmæssige emner, som kun er relevante for specifikke faggrupper eller bestemte sektorer, kan flyttes til sektorspecifikke vejledninger.

4. Bekendtgørelsen skal være overskuelig, og opdelingen mellem det individuelle og det organisatorisk ansvar skal tydeliggøres - enten gennem en ændring af bekendtgørelsens strukturelle opbygning eller gennem en udskillelse af reglerne om opbevaring samt om videregivelse og indhentelse til en selvstændig bekendtgørelse.

5. Det skal præciseres, at materiale modtaget fra patienten skal indgå i journalen, i det omfang det er relevant og nødvendigt for behandlingen. I den forbindelse skal driftsherrens ansvar for at sikre de nødvendige procedurer for håndtering og sortering af materialet afklares og præciseres.

6. Der skal ske en præcisering af ledelsesansvaret for at sikre rammerne for nødvendig og relevant journalføring, bl.a. gennem instrukser, i det omfang det er relevant.

7. Arbejdsgruppen anbefaler, at det af fremtidige regler fremgår, at det – hvor dette følger af den almindelige arbejdstilrettelæggelse på et behandlingssted – er ledelsens ansvar ved instrukser at fastlægge rammer for at sikre, at der sker journalføring i overensstemmelse med lovgivningen, og at det relevante personale har de fornødne kompetencer til at journalføre.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at det i kommende regler fastsættes, at autoriserede sundhedspersoner ikke har pligt til at kontrollere andre autoriserede sundhedspersoners journalføring. Det vil indebære, at den autoriserede sundhedsperson, der journalfører på vegne af en anden autoriseret sundhedsperson, vil have ansvaret for journalføringen.

8. Det skal præciseres, hvor og hvornår der skal føres patientjournal, og der skal indarbejdes en udtrykkelig undtagelse til journalføringspligten, når en sundhedsperson yder akut førstehjælp som tilfældigt tilstedeværende. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en del situationer i forbindelse med frivilligt arbejde i praksis vil falde inden for undtagelsen om akut hjælp.

Det skal desuden ved frivilligt arbejde præciseres, om det er arrangørens eller den enkelte sundhedspersons ansvar, at der er mulighed for at journalføre i overensstemmelse med lovgivningen, og efterfølgende at journalnotaterne kan opbevares korrekt.

9. Det skal præciseres, hvornår en sundhedsperson, som anvender teknisk bistand til journalføring, har pligt til at efterkontrollere journalnotatet.

Det skal desuden præciseres, at ledelsen har ansvaret for at stille klare rammer for, hvornår en person, som yder teknisk bistand til en journalføringspligtig sundhedsperson, skal kontakte sundhedspersonen ved tvivl om forståelsen eller rigtigheden af diktatet.

10. Kravene til identifikation af deltagende sundhedspersoner skal lattes, så det fremadrettet vil være tilstrækkeligt at registrere sundhedspersonens initialer, forudsat at behandlingsstedet til enhver tid inden for journalens opbevaringsperiode kan identificere de enkelte sundhedspersoner på baggrund af initialerne.

11. Det skal præciseres, at enhver behandling af en patient skal journalføres, herunder også behandling, der sker som led i forskning.

12. Relevans- og nødvendighedskriteriet skal fremhæves yderligere i bekendtgørelsen ved at ændre på den strukturelle opbygning af bestemmelsen. Det skal desuden præciseres, at der ved vurderingen af, om en oplysning må anses for at være relevant og nødvendig, skal tages udgangspunkt i den aktuelle situation og den viden, som sundhedspersonen havde på tidspunktet for den behandling, der journalføres.

13. Det skal præciseres, hvornår og hvordan der kan ske sortering og resumering af undersøgelsesresultater og andre dokumenter.

14. Allerede eksisterende vejledninger, herunder vejledning om tandlægers journalføring og vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, skal i fornødent omfang revideres, så de stemmer overens med arbejdsgruppens anbefalinger.

15. Det skal fremgå udtrykkeligt af bekendtgørelsen, at brug af standardfraser m.v. er tilladt, men at adgangen til at bruge disse forudsætter en pligt til i relevant omfang at tilpasse standardteksten til den konkrete patientkontakt.

16. Reglerne skal generelt ajourføres. Forældede betegnelser skal revideres, og reglerne skal afspejle de digitale muligheder, der er i dag.

17. Forskellige redskaber kan være med til at lette dokumentation af information og samtykke. Det gælder eksempelvis brug af standardfraser samt henvisning til skriftligt informationsmateriale, hvilket der således bør fastsættes regler om.

18. Det skal fremadrettet i alle tilfælde kun være den sundhedsperson i forbindelse med en konkret patientbehandling, der rådfører sig med en anden sundhedsperson, der har journalføringspligt.

19. Ved konferencebeslutninger – hvor flere sundhedspersoner drøfter en konkret patientbehandling – skal det noteres hvilken sundhedsperson, som har forelagt behandlingsproblemstillingen, og hvilke erfaringer sundhedspersoner, som aktivt har deltaget i drøftelserne og tilsluttet sig konferencebeslutningen.

20. En fremtidig regulering skal i videst muligt omfang understøtte muligheden for brugerindsigt og brugerinddragelse.

21. Reglerne om overdragelse af journaler ved ophør eller overdragelse af behandlingssteder skal opdateres.

Arbejdsgruppen har – ud over de oplistede konkrete forslag – identificeret fem anbefalinger af mere overordnet karakter, som efter arbejdsgruppens opfattelse kan være bidragene til at sikre en mere hensigtsmæssig journalføringspraksis.

Tabel 2. Opsummering af anbefalinger

1. Arbejdsgruppen anbefaler, at der iværksættes en national formidlingsindsats om normen for journalføring, der skal fokusere på de områder, der giver anledning til vanskeligheder i praksis. Det anbefales konkret, at Styrelsen for Patientklager udarbejder praksisopsamlinger afledt af klagesager med henblik på at udbrede normen og reducere usikkerheden om, hvad der kræves dokumenteret.
2. Arbejdsgruppen anbefaler, at arbejdsgiver sikrer de fornødne indsatser med kompetenceudvikling af personalet, der omfatter brugen af det konkrete journalsystem, de formelle krav til journalføring samt hvordan de formelle krav omsættes til praksis.
3. Arbejdsgruppen anbefaler, at der er let adgang til stamdata om patienten samt bedre deling af oplysninger mellem sektorer. Arbejdsgruppen er opmærksom på, at der i andre sammenhænge arbejdes med netop disse initiativer.

Arbejdsgruppen tilskynder til, at der fortsat arbejdes målrettet med disse initiativer, og at udvikle de lokale it-systemer, således at sundhedspersoner i endnu højere grad kan opleve de digitale redskaber som hjælpsomme til at løfte deres kerneopgave.

4. Arbejdsgruppen anbefaler, at der ikke i målepunkterne for det risikobaserede tilsyn formuleres krav til journalføringen, som ikke i forvejen må anses for almindelig anerkendt faglig standard på det pågældende område. Arbejdsgruppen er bekendt med, at der allerede pågår et arbejde herom i Styrelsen for Patientsikkerhed.

5. Arbejdsgruppen anbefaler, at der lokalt udvises tilbageholdenhed ved fastsættelsen af dokumentationskrav, der går videre end de nationalt fastsatte krav, fordi det kan medføre, at journalen mister praktisk anvendelighed samtidig med at kravene til journalføring kan opleves som uoverskuelige i praksis.

2. Gældende ret om journalføring

I dette afsnit beskrives den lovgivning, der regulerer kravene til journalføring inden for det sundhedsfaglige område. Dette omfatter dels de krav til journalføring, der stilles til den enkelte sundhedsperson, dels de krav, der stilles til ledelsen eller ejeren af et behandlingssted med hensyn til at sikre rammer, der understøtter en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig journalføring og organisering af journalsystemet.

De lovfastede regler om journalføring findes i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed kapitel 6 (§§ 21-25), jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018 (herefter benævnt autorisationsloven).

Af autorisationsloven fremgår det, hvem der har journalføringspligt, hvad der skal journalføres, og hvornår det skal journalføres. Det fremgår desuden, at patientjournalen kan føres manuelt eller elektronisk, og at oplysninger i patientjournalen ikke må slettes eller gøres ulæselige. Endelig er der fastsat regler om, hvor længe journalen skal opbevares.

I autorisationsloven er der givet hjemmel til, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan fastsætte nærmere regler vedrørende patientjournalen.

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af hjemlen i autorisationsloven udarbejdet bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) (herefter benævnt journalføringsbekendtgørelsen). Bekendtgørelsen indeholder blandt andet en nærmere beskrivelse af kravene til journalens indhold og omfang og suppleres med en række vejledninger, jf. nærmere herom i rapportens afsnit 3.

2.1. Journalføringspligten

Ifølge autorisationslovens § 21, stk. 1, skal læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, kontaktlinseoptikere og optometriste føre patientjournaler over deres virksomhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed har med hjemmel i autorisationslovens § 21, stk. 2, fastsat regler i journalføringsbekendtgørelsen om, at bekendtgørelsen – og dermed journalføringspligten – omfatter enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient. Bekendtgørelsen omfatter dog ikke autoriserede psykologer, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen.

Pligten til at føre journal er bundet op på, om der er foretaget sundhedsfaglig behandling. Dette er defineret i journalføringsbekendtgørelsens § 1, stk. 2, hvoraf det fremgår, at der ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Dette er i overensstemmelse med definitionen i sundhedslovens § 5, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018.

Der kan være tale om behandling, selvom en patient ikke er i direkte kontakt med en sundhedsperson. Dette kan ske i tilfælde, hvor der foretages en sundhedsfaglig vurdering, som i det væsentligste er baseret på information fra øvrige sundhedspersoner eller bygger på undersøgelsesresultater.

2.2. Patientjournalens funktioner

Den aktuelle beskrivelse af journalens funktioner i journalføringsbekendtgørelsens § 2, stk. 4, lyder således:

”Patientjournalen skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for information og behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuitet i behandlingen samt danne grundlag for tilsyn.”

Patientjournalen har således flere forskellige funktioner. I forhold til det behandlingsmæssige perspektiv skal journalen først og fremmest understøtte en sikker behandling ved at skabe indsigt og overblik over behandlingsforløbet samt fungere som kommunikationsmiddel mellem sundhedspersonalet. Derudover har journalen til formål at give patienten, og i nogle tilfælde patientens pårørende, adgang til information om behandlingen, understøtte patientens mulighed for inddragelse i egen behandling, og i øvrigt understøtte patientens retsstilling og varetagelse af dennes interesser. Sekundært kan journalen blandt andet anvendes til administrative formål, herunder til myndigheders sagsoplysning i eksempelvis klage-, erstatnings- og tilsynssager.

2.3. Definition af patientjournal

Ved en patientjournal forstås optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v., herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 2, stk. 1, 1. pkt. Optegnelser, der i øvrigt indeholder oplysninger om rent private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, er også en del af patientjournalen, jf. § 2, stk. 1, 2. pkt.

Der skal endvidere føres patientjournal ved indgreb i selvbestemmelsesretten i henhold til sundhedsloven kapitel 6 a om tilbageholdelse, tilbageførsel og brug af personlige alarm- og pejlesystemer.

Sundhedsfaglige erklæringer, diagrammer og hjælpeark, udskrivningsbreve (epikriser), hen- og tilbagevisninger, røntgenbilleder/beskrivelser, kliniske fotos, modeller samt resultatet af undersøgelses- og behandlingsforløb er også omfattet af journalen i det omfang, de har betydning for behandlingen m.v., jf. § 2, stk. 2. Biologiske prøver er ikke omfattet af patientjournalen, jf. § 2, stk. 3.

Kriteriet for, at der er tale om materiale, som er omfattet af journalen, er som udgangspunkt, om materialet har betydning for behandlingen, jf. afsnit 2.1. om behandlingsbegrebet. Udveksling af

oplysninger mellem patient og sundhedsperson, som ikke vedrører behandlingen, er dermed ikke omfattet.

Der er en stigende tendens til, at kommunikation mellem sundhedsperson og patient foregår elektronisk via f.eks. e-mail, sms, digitale applikationer og øvrige digitale platforme. I denne kommunikation er der også kun journalføringspligt for oplysninger, der er relevante for behandlingen. Det er imidlertid ikke alle oplysninger, der udveksles mellem patient og sundhedsperson via disse medier, som normalt vil være relevante i journalen, og det kan give anledning til udfordringer. Nogle systemer gemmer konsekvent al korrespondance, hvilket kan føre til, at disse oplysninger journalføres, selvom en stor del af korrespondancen ikke er relevant eller nødvendig for patientbehandlingen. Omvendt er der systemer, som intet gemmer, hvor sundhedspersonen selv skal sørge for at indføre den relevante kommunikation i journalen.

2.4. Journalføringspligt og -ansvar

2.4.1. Sundhedspersoners ansvar

Pligten til at føre patientjournal påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 1.

Enhver autoriseret sundhedsperson er ansvarlig for indholdet af sine optegnelser i journalen, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 7, stk. 1. Hvis der anvendes diktat eller lignende til brug for journalføring, skal den autoriserede sundhedsperson sikre, at diktatet er lagret korrekt, inden diktatet overgives til vedkommende, der skal indføre diktatet i journalen, jf. stk. 2.

En autoriseret sundhedsperson, der er ansat på et sygehus eller en klinik, hvor der benyttes fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, eller som er omfattet af lov nr. 362 af 9. april 2013 om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger (herefter benævnt lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger), og som anvender teknisk bistand til at indføre diktat eller lignende i patientjournalen, skal ikke efterkontrollere optegnelsen i journalen, medmindre konkrete omstændigheder svækker formodningen om, at den tekniske bistand varetages korrekt, jf. stk. 3.

En sådan formodning kan f.eks. opstå, hvis der er generelle udfordringer med den tekniske bistand, eller hvis sundhedspersonen er vidende om, at der er (eller med stor sandsynlighed kan være) fejl på det tekniske udstyr. Et andet eksempel kan være, hvis sundhedspersonen tidligere er gjort opmærksom på, at vedkommende taler utydeligt eller på anden måde er svært forståelig ved brug af diktatet.

2.4.2. Det organisatoriske ansvar

For hver patient skal der oprettes én patientjournal på hvert enkelt sygehus, klinik, praksis, kommunalt sundhedscenter, plejehjem, bosted m.v., jf. journalføringsbekendtgørelsens § 3, stk. 1. I det offentlige sygehusvæsen kan der dog for hver patient oprettes en patientjournal for hver region, når der er teknisk mulighed for det, jf. stk. 2.

En elektronisk patientjournal skal som udgangspunkt være en fælles tværfaglig patientjournal for de autoriserede sundhedspersoner og de, som handler på disses ansvar, jf. sundhedsloven § 6, der er involveret i behandlingen af den enkelte patient, jf. stk. 3. Ved en tværfaglig journal forstås en patientjournal, som benyttes af flere forskellige sundhedsfaglige faggrupper inden for den samme organisation. Det kan f.eks. være en sygehusjournal, hvor både læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale noterer i den samme journal.

En tværfaglig patientjournal skal indrettes, så den kan tilgodese de enkelte faggrupper af autoriserede sundhedspersoners journalføring, jf. stk. 5. En fælles tværfaglig patientjournal skal desuden være indrettet sådan, at reglerne i sundhedslovens kapitel 9 om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. kan overholdes, jf. stk. 6.

Der kan for hver patient oprettes henholdsvis en somatisk og en psykiatrisk patientjournal, jf. stk. 4. Det skal i sådanne tilfælde fremgå af den somatiske patientjournal, om der også er en psykiatrisk patientjournal. Ligeledes skal det fremgå af den psykiatriske patientjournal, om der også er en somatisk patientjournal.

På sygehuse, klinikker m.v., hvor der benyttes fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, har den lægelige ledelse på den enkelte sygehusafdeling, klinik m.v. det overordnede ansvar for patientjournalens opbygning, struktur, indhold og adgangen til at foretage journalføring, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 4, stk. 1.

For tandlæger har den tandlægefaglige ledelse det overordnede ansvar for den del af patientjournalen, som omfatter tandlægeforbeholdt behandling og tandpleje, jf. § 4 stk. 2, 1. pkt.

Den sygeplejefaglige ledelse har det overordnede ansvar for den del af patientjournalen, som omfatter sygefaglig pleje, jf. § 4, stk. 2, 2. pkt.

På sygehuse, klinikker m.v., som er omfattet af lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger, har den virksomhedsansvarlige læge eller tandlæge det overordnede ansvar for patientjournalen, jf. § 4, stk. 3.

På plejehjem, i plejeordninger, i privat praksis og øvrige behandlings- eller plejesteder, hvor der ikke er lægeligt personale, og hvor der benyttes en fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, har stedets ledelse det overordnede ansvar for patientjournalen, jf. § 4 stk. 4.

De overordnede ansvarlige for patientjournalen skal, jf. § 4, stk. 5, løbende og ved skift til nye tværfaglige elektroniske patientjournalssystemer sikre:

- 1) at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav i forbindelse med journalføring kan overholdes.
- 2) at patientjournalen struktureres, så den er overskuelig for de faggrupper af autoriserede sundhedspersoner, som benytter den.
- 3) at journalføringen foregår sådan, at der er mulighed for at efterkontrollere de optegnelser, som bliver indført i journalen ved anvendelse af teknisk bistand.

- 4) at der er skriftlige instrukser for kompetence- og ansvarsforhold ved brug af teknisk bistand i forbindelse med journalføring.
- 5) at der føres tilsyn med den tekniske bistand, herunder sikre at journalføring sker snarest muligt.
- 6) at der er skriftlige instrukser for, hvordan journalføring foretages i tilfælde af manglende adgang til den elektroniske tværfaglige patientjournal.

Det følger videre af driftsherreansvaret, at det er ledelsen på et behandlingssted, der har ansvaret for at sikre, at der er de nødvendige organisatoriske rammer, f.eks. bemanning, arbejdstilrettelæggelse og IT-faciliteter, til, at de enkelte sundhedspersoner kan journalføre det, de skal. Hvis dét ikke er tilfældet, skal sundhedspersonalet tage det op med deres ledelse.

Som eksempel på et område, hvor driftsherreansvaret er væsentligt for de sundhedsfagliges journalføring, kan nævnes de situationer, hvor sundhedspersoner behandler patienter, der opholder sig i eget hjem. Af hensyn til patientsikkerheden er det således efter praksis fra Styrelsen for Patientsikkerhed et krav, at den ansvarlige driftsherre skal sikre udstyr, der muliggør en umiddelbar læse- og skriveadgang til journalen, også i de tilfælde hvor behandlingen foregår i patientens eget hjem.

Det er Styrelsen for Patientsikkerhed, der fører tilsyn med, at behandlingsstederne overholder driftsherreansvaret, og Styrelsen for Patientsikkerhed kan skride ind over for ledelser, som ikke løfter deres organisatoriske ansvar, jf. sundhedslovens § 215 b.

2.5. Journalens indhold

Det følger af journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 2, at patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet. Dette omfatter sundhedspersonens fulde navn, titelbetegnelse og afdelingstilknytning. Det skal desuden fremgå, hvornår behandlingen foregik, hvilket omfatter dato og om nødvendigt klokkeslæt for kontakten. Dette gælder uanset om der er tale om behandling ved en konsultation, en telefonkontakt, et sygebesøg eller andet. Der skal tilsvarende anføres tidspunkter for indlæggelse og udskrivning.

Ifølge journalføringsbekendtgørelsens § 10 skal journalen altid indeholde patientens navn og personnummer. Hvis patienten ikke er i stand til at oplyse sit personnummer eller ikke har et dansk personnummer, kan der anvendes et entydigt erstatningspersonnummer.

2.5.1. Relevans- og nødvendighedskriteriet

Det fremgår af autorisationslovens § 22, stk. 2, at patientjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. I overensstemmelse med autorisationslovens regler fremgår det tilsvarende af journalføringsbekendtgørelsen, at journalen skal indeholde de oplysninger, der er relevante og nødvendige for en god og sikker patientbehandling.

Relevanskriteriet betyder, at det ikke er alle oplysninger, der fremkommer i kontakt med patienten, som skal journalføres. Unødig information kan gøre journalen uoverskuelig og ikke velegnet som arbejdsredskab for de sundhedspersoner, som skal benytte den.

I journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 2 og stk. 3, er der oplyst en række forhold, som kan være relevante og nødvendige, men det vil bero på en konkret vurdering, hvilke oplysninger der er relevante og nødvendige i forbindelse med det enkelte behandlingsforløb.

De nærmere krav til indholdet af journalføringen hviler på den aktuelle faglige norm inden for den pågældende autoriserede faggruppe og det relevante speciale eller fagområde samt de konkrete forhold omkring patienten. Derudover kan den lokale ledelse have fastsat instrukser om journalføring. Omfanget af journalføringspligten tager derfor udgangspunkt i fagområdets egne generelle faglige krav til, hvad der anses for en nødvendig journalføring. Styrelsen for Patientklager og Styrelsen for Patientsikkerhed benytter faglige sagkyndige, faglige selskaber m.v. til at vurdere dette niveau til brug for klagesagsbehandling og ved tilsyn.

Hvis der på de enkelte behandlingssteder er lavet instrukser for journalføringen, vil en sundhedsperson, som har fulgt disse instrukser, som udgangspunkt kunne forudsætte, at den ledelse, som har ansvaret for behandlingsstedets sundhedsfaglige behandling, har fastsat lokalt, hvad der generelt anses for relevant og nødvendigt at journalføre. Dette skal dog altid afgøres ud fra den enkelte sundhedspersons konkrete vurdering.

Indholdet af instrukserne vil i sådanne tilfælde kunne have en tungtvejende betydning for bevisvurderingen i forbindelse med vurderingen af en eventuel klagesag.

I tilsynsmæssig sammenhæng vil sundhedspersonen som udgangspunkt ikke kunne pålægges tilsynsmæssige foranstaltninger, medmindre instrukserne er åbenbart fejlagtige eller mangelfulde.

2.5.2. Journalføring af kliniske undersøgelser (negative fund)

Når der foretages kliniske undersøgelser som f.eks. blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser, skal fundene i relevant og nødvendigt omfang beskrives i journalen, så der sikres en forsvarlig opfølgning på patientens videre behandling. I forbindelse med udredning af patienter kan der være undersøgelser, som viser normale fund (i denne rapport betegnet som negative fund). Der findes efter arbejdsgruppens opfattelse ikke en alment anerkendt definition af begrebet negative fund. Resultaterne af sådanne undersøgelser skal, i det omfang de er relevante og nødvendige, journalføres, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 2, nr. 2, litra b og c, samt § 10, stk. 2, nr. 3. Dette med henblik på at sikre en forsvarlig opfølgning på patientens videre behandling.

Det indebærer, at negative fund skal journalføres, hvis det har betydning for diagnosticering, fortsat undersøgelse og korrekt behandling af patienten, herunder blandt andet sikring af et sammenhængende forløb. I det enkelte speciale kan der være diagnoser, der stilles på baggrund af upåfaldende fund. Dette kan med fordel fremgå af behandlingsstedets instrukser.

Der er således ikke noget absolut krav om, at negative fund altid skal journalføres. Der kan dog være særlovgivning på specifikke områder, som stiller andre krav.

Styrelsen for Patientklager og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn oplyser, at deres afgørelser er i overensstemmelse hermed. Det kan ikke udledes af disse myndigheders afgørelser, at der stilles krav om journalføring af negative fund, medmindre der er tale om negative fund, som er væsentlige for diagnosticering, fortsat undersøgelse og behandling af patienten. I denne sammenhæng skal der dog også tages højde for særlovgivning på specifikke områder, som stiller andre krav.

2.5.3. Information og samtykke

2.5.3.1. Indhentelse af informeret samtykke

Udgangspunktet i sundhedsloven er, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Et samtykke til behandling er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling, og en patient kan på et hvilket som helst tidspunkt standse en behandling ved at trække sit samtykke tilbage.

Patienten kan ikke selv bestemme, hvilken behandling, der skal udføres. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg af behandlingstilbud og udførelse af behandlingen.

Kravene til information og samtykke er nærmere beskrevet i sundhedslovens kapitel 5, bekendtgørelse nr. 509 af 13. maj 2018 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., samt vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

2.5.3.2. Journalføring af information og samtykke

Ifølge journalføringsbekendtgørelsens § 13, stk. 1, skal det fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information der er givet til patienten eller de pårørende eller en værge ved stedfortrædende samtykke til behandling. Det skal også fremgå af journalen, hvad patienten, de pårørende eller værgeren på denne baggrund har tilkendegivet. Det samme gælder, når der er tale om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det skal også fremgå af patientjournalen, hvis patienten har tilkendegivet, at bestemte oplysninger ikke må videregives eller indhentes, eller at bestemte sundhedspersoner ikke må indhente eller videregive hele eller dele af patientjournalens oplysninger, jf. stk. 2, 1. pkt. I disse situationer skal det endvidere fremgå, hvilken information patienten har fået om eventuelle konsekvenser, når patientjournalens oplysninger ikke må videregives eller indhentes helt eller delvist, jf. stk. 2, 1. pkt.

Patienten har ret til at frabede sig information helt eller delvist, og det skal fremgå af patientjournalen, hvis dette er tilfældet, jf. stk. 3.

Hvis en anden sundhedsperson eller Styrelsen for Patientsikkerhed har givet tilslutning til en behandling, jf. sundhedsloven §§ 18, stk. 2 og stk. 4, skal dette fremgå af journalen, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 13, stk. 4.

2.6. Andre krav til journalføringen

2.6.1. Tidspunkt for journalføring

Det fremgår af autorisationslovens § 22, stk. 2, 2. pkt., at journalføringen skal ske så snart det er muligt efter patientkontakten.

Af journalføringsbekendtgørelsen § 9, stk. 3, fremgår det tilsvarende, at journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Optegnelserne skal som udgangspunkt stå i kronologisk rækkefølge i journalen.

Styrelsen for Patientsikkerhed oplyser på deres hjemmeside, at dette indebærer, at hvis en sundhedsperson efter eller i forbindelse med en patientkontakt tilkaldes til en anden akut patient, så kan journalføringen ske senere, når den akutte situation er afværget.

Som nævnt ovenfor er det ledelsen på et behandlingssted, der har ansvaret for at sikre, at der er de nødvendige organisatoriske rammer til, at de enkelte sundhedspersoner kan journalføre det, de skal. Dette er tilsvarende gældende i forhold til de tidsmæssige rammer. Ledelsen skal derfor sikre, at der er den nødvendige tid til rådighed til, at sundhedspersonalet kan journalføre i overensstemmelse med reglerne herfor.

2.6.2. Formkrav

Journalen kan føres elektronisk og på papir, jf. journalføringsbekendtgørelsen § 8, stk. 1. I praksis benytter de fleste behandlingssteder på nuværende tidspunkt elektroniske journaler, men der er fortsat behandlingssteder, som fører journal på papir. Dette er mest udbredt blandt mindre autorisationsgrupper, for sundhedspersoner, som yder sporadisk behandling, og på bestemte typer af behandlingssteder som f.eks. visse fængsler og i akuthelikopteren.

Hvis patientjournalen føres delvis som papirjournal og delvis elektronisk journal, skal det klart fremgå af begge journaler, hvilke oplysninger der føres i henholdsvis den elektroniske patientjournal og papirjournalen, jf. stk. 2.

2.6.3. Sprog og brug af forkortelser

Journalen skal af patientsikkerhedsmæssige grunde føres på dansk, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 1, så journalen er entydig til enhver tid. Det vil sige, at også udenlandske sundhedspersoner skal journalføre på dansk. Det samme gælder, når behandlingssteder benytter sig af ydelser i udlandet. Det kan f.eks. være billeddiagnostiske undersøgelser eller andre undersøgelser, som sendes til beskrivelse eller analyse i udlandet, hvor den oprindelige gennemgang og vurdering ikke vil være på dansk.

Der kan ikke dispenseres fra kravet om, at journalen skal føres på dansk. Efter journalføringsbekendtgørelsens § 12 kan der dog ske sortering og resumering af undersøgelsesresultater og dokumenter, når alle relevante oplysninger bevares sammen med tydelig kildeangivelse. Det vil herefter være muligt at indføre et kort resumé af den udenlandske billedbeskrivelse i journalen med en tydelig henvisning til originalteksten.

Der må anvendes latinske betegnelser og almindelige forkortelser, men journalføringen, herunder anvendte forkortelser, skal være forståelig for andre autoriserede sundhedspersoner og medhjælp, der deltager i behandling af patienten, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 5.

2.7. Journalføring ved brug af medhjælp m.v.

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsen § 5, stk. 2, at det påhviler autoriserede sundhedspersoner, som benytter medhjælp ved udøvelsen af virksomheden, at sikre, at også behandling, der udføres af medhjælpen, bliver journalført, jf. dog stk. 3. Det fremgår af § 5, stk. 3, at det er ledelsen på plejehjem, botilbud og lignende, som har ansvaret for at sikre, at behandling på stedet, som udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført.

Fortolkningen af bestemmelsen i journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 2, kan give anledning til tvivl. Det skyldes uklarhed om, hvorvidt begrebet medhjælp i journalføringsbekendtgørelsen skal forstås på samme måde som begrebet medhjælp i de regler, der vedrører delegation af forbeholdt virksomhed³. Formålet med journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 2, er at sikre, at der sker journalføring af al behandling i relevant og nødvendigt omfang, uanset hvilket personale der udfører opgaverne.

Som beskrevet i afsnit 2.4.1. er udgangspunktet, at den sundhedsperson, der foretager behandling af en patient, skal føre patientjournalen.

Når sundhedspersonen lader en anden sundhedsperson udføre (en del af) behandlingen, skal denne overtagende person i almindelighed selv foretage journalføring af sin behandling.

På plejehjem, botilbud og lignende har ledelsen ansvaret for at sikre, at behandling på stedet, som udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført, jf. ovennævnte § 5, stk. 3. Det kan eksempelvis være en praktiserende læge, der har ordineret medicinsk behandling til en patient på et plejehjem. Ledelserne skal på sådanne behandlingssteder sikre, at journalføringen sker korrekt. Ledelserne kan gøre dette gennem oplæring, lokale instrukser og løbende stikprøvekontrol i relevant omfang. Det er i det nævnte eksempel således ikke lægen, som skal kontrollere dette.

Det er tilsvarende Styrelsen for Patientsikkerheds opfattelse, at eksempelvis den enkelte læge på et sygehus som altovervejende udgangspunkt ikke skal kontrollere, at f.eks. en sygeplejerske journalfører selve udførelsen af medicingivning, idet det er ledelsens ansvar, at det sygeplejefaglige personale er kvalificeret og oplært i udførelsen af de delegerede opgaver, samt at procedurerne for brug af medhjælp understøttes af de nødvendige generelle instrukser til personalet. I nogle tilfælde kan en autoriseret sundhedsperson overlade behandlingsopgaver, som

³ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009

den person, opgaven overlades til, ikke i almindelighed varetager, f.eks. i spidsbelastningssituationer. I så fald kan der være en pligt for den autoriserede sundhedsperson til at instruere og i fornødent omfang kontrollere vedkommendes journalføring.

2.8. Undtagelser til journalføringspligten

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 6, at der skal føres patientjournaler ved behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger samt på offentlige og private institutioner.

Der er efter Styrelsen for Patientsikkerheds opfattelse ikke tale om en udtømmende opregning af, hvor der skal føres patientjournal, og der er i dag ingen udtrykkelige undtagelser i lovgivningen til den journalføringspligt, som autoriserede sundhedspersoner har, når de udøver sundhedsfaglig virksomhed. Dette indebærer, at alle former for sundhedsfaglig virksomhed skal journalføres.

Som eneste undtagelse til dette udgangspunkt, har det imidlertid i almindelighed været anset for acceptabelt, at akut førstehjælp ikke er blevet journalført, hvis en sundhedsperson har ydet førstehjælp til en tilfældigt forbipasserende eller i andre sammenhænge, hvor sundhedspersonen tilfældigt har befundet sig et sted, hvor der akut blev behov for vedkommendes sundhedsfaglige kompetencer. Dette fremgik således af § 4 i den tidligere gældende journalføringsbekendtgørelse⁴.

2.9. Mundtlige ordinationer

Ved mundtlige ordinationer forstås i denne rapport ordinationer, som en autoriseret sundhedsperson mundtligt giver til andet personale med henblik på deres opfølgning. Der er således tale om en situation, hvor en anden end den ordinerende sundhedsperson udfører behandlingen på et mundtligt grundlag. En mundtlig ordination kan være en bestilling af en undersøgelse eller iværksættelse af en given behandling, herunder en lægemiddelordination.

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsen § 10, stk. 2, nr. 2, litra f, at journalen, hvor det er relevant og nødvendigt, skal indeholde oplysninger om planlagt og udført behandling, og hvilke materialer og lægemidler, der er anvendt.

Det fremgår af § 10, stk. 2, nr. 2, litra i, at journalen, hvor det er relevant og nødvendigt, skal indeholde oplysninger om ordination af lægemidler (navn, styrke, mængde, dosering og administrationsmåde, hyppighed eller de intervaller, hvormed de skal gives, eventuelle tidspunkter og behandlingsvarighed, og hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre), herunder oplysning om navnet på den ordinerende læge, tandlæge eller jordemoder, og hvordan ordinationen er foretaget, samt eventuelt batchnummer for visse biologiske lægemidler.

Ansvaret for, at en ordination føres til journalen, ligger altid hos den ordinerende sundhedsperson.

⁴ Den tidligere gældende bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006

Der er ikke noget lovgivningsmæssigt til hinder for, at opgaven med at indføre ordinationen i journalen overdrages til andre i praksis. For at imødekomme tvivlsspørgsmål om, hvem der har journalføringspligten, og hvad der skal journalføres, når en ordination gives mundtligt, skal den ordinerende sundhedsperson, som også anført under afsnit 2.7, konkret sikre sig, at den, der udfører behandlingen, er klar over, at denne har journalføringspligten og konkret instruere om, hvad der skal journalføres. Tvivlsspørgsmål kan alternativt undgås ved at sikre, at der på behandlingsstedet er instrukser, som utvetydigt angiver, hvem der har journalføringspligten med hensyn til ordinationer, og hvad der skal journalføres, så ikke dette er et åbent spørgsmål, hver gang en ordination gives mundtligt.

Der er som altovervejende udgangspunkt ikke en pligt for den ordinerende autoriserede sundhedsperson til at efterkontrollere, at journalføringen rent faktisk sker, eller at denne i øvrigt er korrekt, hvis opgaven utvivlsomt er overladt til andre på forsvarlig vis.

2.10. Det Fælles Medicin Kort (FMK)

Det Fælles Medicinkort (FMK) er en central database, som indeholder oplysninger om alle danske borgers elektroniske recepter samt udleverede receptpligtige lægemidler igennem de seneste to år. Læger og tandlæger har pligt til at indberette lægemiddelordinationer i FMK. Dette følger af § 10 i bekendtgørelse nr. 1615 af 18. december 2018 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger. FMK er en informationsdatabase og udgør ikke en patientjournal.

Formålet med FMK er at bidrage til at skabe overblik over borgerens aktuelle medicinering på tværs af sektorer – f.eks. sygehuse, praktiserende læger, tandlæger og speciallæger, og den kommunale hjemmesygepleje – hvorved der kan opnås øget patientsikkerhed i forhold til lægemiddelbehandling.

Oplysninger fra FMK kan deles på tværs af sektorer og kan - i det omfang behandlingsstedet har adgang til FMK - være tilgængelige for sundhedspersoner i deres lokale it løsninger, når de har patienter i aktuel behandling, og opslaget er relevant for den pågældende behandling.

Pligten til at indberette til FMK omfatter kun informationer om den konkrete ordination i form af lægemiddelordinationer og ordinationer af cannabislutprodukter, recepter, udleverede lægemidler og cannabislutprodukter, givne vacciner, indlæggelse, hvor relevant, og rettelse af egne fejlindberetninger.

Der er felter i FMK, som giver mulighed for at anføre supplerende bemærkninger til en ordination, men der er ikke en pligt for den ordinerende sundhedsperson til at anføre yderligere oplysninger om medicineringen i FMK end ovenfor anført.

Alle relevante oplysninger om medicinering, herunder både selve ordinationen, men også f.eks. indikationen for behandlingen og overvejelser herom samt behandlingsplaner og opfølgning, skal derimod fremgå af patientjournalen, jf. journalføringsbekendtgørelsen.

At ordinationer både skal fremgå af FMK og af journalen, indebærer, at den samme oplysning skal registreres to steder. Dette kan betragtes som unødvendig dobbeltdokumentation. Det er dog nødvendigt at registrere oplysningen begge steder, idet kun oplysningerne i journalen er at betragte som journalføring af patientbehandlingen, mens oplysningen i FMK er en indberetning til en database.

Mange behandlingssteder har allerede sikret, at det ikke er nødvendigt at indføre den samme oplysning begge steder ved at lave en integration mellem behandlingsstedernes journalsystemer og FMK, så ordinationer, der er anført i FMK og ændringer heri, kan føres over i den lokale journal. Det er dog ikke tilfældet for alle behandlingssteder endnu.

En anden problematik er, at mange af de eksisterende integrationsløsninger er mangelfulde, hvilket f.eks. kan medføre, at det ikke er alle relevante oplysninger, der overføres fra FMK til journalen. Dette kan tilsvarende medføre et behov for, at de pågældende oplysninger, som allerede er indført i FMK, efterfølgende også skal indføres eller tilrettes i journalen.

3. Identifikation af andre kilder end autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen og deres samspil med journalføringsreglerne

Journalføringsbekendtgørelsen beskriver de overordnede rammer for journalføring. Der er imidlertid to vejledninger, som supplerer bekendtgørelsen inden for henholdsvis sygepleje- og tandlægeområdet. Der er desuden vejledninger, som relaterer sig til nærmere regulerede områder inden for sundhedsområdet, hvor det er vurderet, at der er særlige forhold, som giver anledning til, at der stilles specifikke krav til journalføringen i disse vejledninger.

I de følgende afsnit beskrives de væsentligste af disse øvrige kilder, hvilket omfatter vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, vejledning om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin, vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse, vejledning om tandlægers journalføring, vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., vejledning om lægers og tandlægers anvendelse af implantater og bekendtgørelse om tvangsprotokoller ved beslutninger og anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. Gennemgangen er derfor ikke udtømmende.

3.1. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser

Vejledning nr. 9091 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser omfatter sygeplejefaglige journaler, som er optegnelser om sygefaglig pleje og behandling af den enkelte patient, som foretages af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Vejledningen omfatter desuden sygeplejefagligt personale, som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen.

Vejledningen uddyber journalføringspligten for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, særligt med hensyn til journalføring af sygeplejefaglig pleje og behandling. Vejledningen dækker alle sektorer inden for sundhedsvæsenet.

Vejledningen opstiller samtidig mindstekrav til uautoriseret plejepersonales journalføring. Det er i vejledningen anført, at journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten. Dette er beskrevet i vejledningens afsnit 6.

Det fremgår af vejledningen, at det som minimum skal fremgå af journalføringen om den sygeplejefaglige pleje og behandling af den enkelte patient, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for 12 specifikke sygeplejefaglige problemområder.

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

Der er således et krav om, at der er taget stilling til hvert område i forhold til den enkelte patient. Det vil derefter bero på en konkret vurdering ud fra patientens tilstand, hvornår punkterne skal revurderes. Der er ikke et krav om, at alle punkterne revurderes ved hver enkelt kontakt med patienten.

3.2. Vejledning om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin

Der er fastsat regler om journalføring ved lægers brug af telemedicin i vejledning nr. 9719 af 9. november 2005 om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin.

Ved telemedicin forstås i denne vejledning, at en læge ved hjælp af video, billeder, lyd og måleresultater inddrager en specialist, som ikke fysisk er til stede dér, hvor patienten befinder sig, i diagnostik og behandling. Telemedicinske ydelser er ikke begrænset af landegrænser, men vejledningen beskriver alene ansvarsforholdene m.v. ved brug af telemedicin i forbindelse med indhentelse af specialistvurdering og behandling m.v. i Danmark.

Vejledningen omhandler nogle af de problemstillinger, der knytter sig til ansvar i forbindelse med brug af telemedicinske ydelser til klinisk brug, herunder journalføring i forbindelse med brug af telemedicinske ydelser.

En væsentlig problemstilling i forbindelse med brugen af denne vejledning er, at der ikke er en nærmere beskrivelse af begrebet "specialist", som anvendes i beskrivelsen af vejledningens anvendelsesområde. Det indebærer, at der kan opstå tvivl om, hvornår vejledningen er gældende, og dermed hvornår der opstår en journalføringspligt hos den, der giver vejledning.

3.3. Medicinhåndtering og afhængighedsskabende medicin

Der findes flere steder beskrivelser, som er målrettet journalføring i forbindelse med medicinbehandling.

Det gælder f.eks. vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler. Ifølge pkt. 2.6.2. i vejledningen har en medhjælper, som medvirker ved håndteringen af lægemidler, journalføringspligt. Ifølge vejledningens pkt. 4.3. skal alle lægemiddelordinationer fremgå af de lokale patientjournaler, det vil sige det enkelte behandlingssteds journal. Dette kan også omfatte patienters medicinlister. Ved telefonordinationer og ændringer i lægemiddelordinationer efter aftale med en læge/tandlæge skal medhjælperen umiddelbart indføre ændringen i den lokale patientjournal på det pågældende behandlingssted.

Der er også krav til korrekt dokumentation af medicinordinationer på medicinlister i pjecen "Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011".

Der findes desuden uddybende anvisninger for journalføringen af behandling med afhængighedsskabende medicin i vejledning nr. 9166 af 19. marts 2018 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Det fremgår blandt andet af vejledningen, at der ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler skal lægges en behandlingsplan, som skal omfatte den forventede behandlingsvarighed, målet med behandlingen samt planlagt opfølgning. Dette med henblik på i videst muligt omfang at forhindre udvikling af tolerans, afhængighed og andre uønskede følgevirkninger, samt sikre at patienten ikke behandles med afhængighedsskabende lægemidler længere end højst nødvendigt. Ved opfølgning af igangværende behandling skal behandlingsplanen revurderes, og eventuelle ændringer aftales og journalføres.

Når der ikke længere er indikation for en tidligere iværksat behandling, fremgår det af vejledningen, at lægen skal tilbyde patienten hjælp til at trappe ud af behandlingen, udarbejde en plan herfor og tilbyde den nødvendige medicinske behandling og psykosociale støtte undervejs. Lægen skal journalføre sine overvejelser i forbindelse med den fortsatte ordination, hvis udtrapningen ikke lykkes, og information til patienten og patientens samtykke til den fortsatte behandling skal specifikt journalføres.

Hvis en speciallæge i psykiatri vurderer, at nedtrapning vil være uforsvarlig pga. risiko for symptomforværring af psykiatriske symptomer, farlig eller selvskadende adfærd, skal begrundelsen for risikovurderingen og den fortsatte behandling fremgå af journalen.

Ved længerevarende behandling med afhængighedsskabende lægemidler skal begrundelsen for fortsat ordination fremgå af journalen. Patienter, der er i langvarig behandling, skal revurderes grundigt mindst én gang årligt.

Længerevarende samtidig behandling med antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner m.v. frarådes generelt, men kan i særlige tilfælde anvendes efter ordination af en psykiater. Indikation, effekt og bivirkninger skal vurderes og journalføres regelmæssigt. Forsøg på ophør af den samtidige behandling skal dokumenteres, herunder hvilke komplikationer, der i den forbindelse blev konstateret og dannede grundlag for den fortsatte samtidige behandling.

Der findes desuden uddybende særregler i vejledning nr. 10375 af 28. december 2016 til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.

Den udvidede regulering inden for dette område skyldes, at der er tale om risikomedicin, som man har fundet anledning til at fastsætte særregulering omkring for at sikre, at behandlingen med disse lægemidler sker så patientsikkert som muligt.

3.4. Vejledninger om fravalg af livsforlængende behandling

Der er fastsat regler om fravalg af livsforlængende behandling i vejledning nr. 9375 af 29. maj 2018 om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse. Også i denne vejledning findes der særskilte krav til journalføringen. Detaljeringsgraden i denne særregulering er præget af, at der er tale om en vigtig beslutning, som man har fundet det relevant at have en udførlig beskrivelse af i journalen. Dette både med henblik på at sikre, at beslutningsgrundlaget kan dokumenteres og med henblik på at sikre, at alle relevante emner berøres i forbindelse med patientkontakten.

Det sygeplejefaglige- og præhospitale personales patientjournal skal som minimum indeholde henvendelser til læge med henblik på vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v. herunder begrundelse for henvendelsen, oplysninger om borgerens helbredsmæssige tilstand, pleje og behandling og effekten heraf, og eventuelle tilkendegivelser fra borgeren og svar fra lægelig side på anmodninger om vurdering/genvurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg m.v.

Den behandlingsansvarlige læges patientjournal skal som minimum indeholde patientens beslutning om fravalg af behandling, omfanget og begrundelse herfor, sammendrag af samtale med borgeren, hvor der er givet information om sygdom, prognose og mulighederne for behandling, lægens vurdering af helbredsmæssig tilstand og habilitet, evt. oplysninger om livs- og behandlingstestamente, varigheden af patientens beslutning, dvs. den aktuelle situation samt orientering af relevant sygeplejefaglige personale om beslutningen.

Beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling, skal placeres tydeligt og lettilgængeligt i patientjournalen, så oplysningerne hurtigt kan fremfindes og efterleves i en akut situation.

3.5. Vejledning om tandlægers journalføring

For tandlægerne er vejledning nr. 9447 af 18. juni 2018 målrettet de forhold, der gør sig gældende for dem.

Vejledningen beskriver grundlæggende, hvordan tandlæger skal journalføre for at leve op til journalføringsbekendtgørelsen. Vejledningen er udformet med henblik på at adressere de fagspecifikke krav, som gælder tandlægeområdet.

3.6. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Journalføring af indhentelse af informeret samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger er nærmere beskrevet i vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det fremgår af vejledningen, at den ansvarlige sundhedsperson har pligt til journalføring af relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling, herunder afvisning af information (retten til ikke at vide), og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der er givet patienten i forbindelse med informationen, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet. Sundhedspersonen bør gøre patienten bekendt med, hvad der optegnes i journalen.

Journalføringspligten omfatter også situationer, hvor patienten afviser at modtage et behandlingstilbud eller forlader behandlingsstedet.

Både et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling og et samtykke til videregivelse til andre formål skal journalføres.

Journalen skal også indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilke formål og til hvem samt tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Af journalen skal således fremgå, hvad der er videregivet med patientens samtykke, men også hvad der måtte være videregivet uden patientens samtykke.

3.7. Vejledning om lægers og tandlægers anvendelse af implantater

Der er i vejledning nr. 9798 af 12. december 2013 fastsat uddybende regler om journalføring i forbindelse med behandling med implantater.

Ifølge vejledningen skal det fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information patienten har modtaget om behandlingen med implantatet, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet. Når der foreligger en skærpet informationspligt, skal den givne information udførligt beskrives i patientjournalen.

Det fremgår videre af vejledningen, at journalen derudover i fornødent omfang skal indeholde oplysninger om implantatet. Implantatets placering i kroppen skal angives, og det anvendte implantat skal kunne identificeres entydigt og specifikt ved angivelse af implantatets navn (herunder model), størrelsen af implantatet, fabrikantens navn, og serienummer eller LOT efterfulgt af batchkode.

Formålet med journalføringen af implantater er ifølge vejledningen at kunne identificere implantater entydigt og specifikt med henblik på opfølgning af patientbehandling og eventuelle

sikkerhedsproblemer med den anvendte implantattype. I situationer hvor lægen eller tandlægen ikke har mulighed for at få alle relevante oplysninger om de enkelte implantater, f.eks. ved anvendelse af skruer eller lignende osteosyntesemateriale, journalføres oplysningerne om implantaterne så identificerbart som muligt. Dette vil typisk være ved angivelse af type, implantatets navn (herunder model), navn på fabrikant, størrelse og placering i kroppen.

3.8. Bekendtgørelse om tvangsprotokoller ved beslutninger og anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile

Der er i visse specifikke tilfælde mulighed for at anvende tvang overfor varigt inhabile patienter i forbindelse med somatisk behandling. Der skal i denne forbindelse udarbejdes tvangsprotokoller. Dette er reguleret i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, jf. lov nr. 655 af 8. juni 2017. Det fremgår af denne, at en kopi af tvangsprotokollen skal indgå i patientjournalen.

Det er uddybet i bekendtgørelse nr. 1396 af 4. december 2017 om tvangsprotokoller ved beslutninger og anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, at tvangsprotokollen eller en kopi heraf skal indgå i patientjournalen, eller andre pligtige optegnelser, som ikke-autoriserede personer skal foretage som led i pleje, sygdomsbehandling, genoptræning eller forebyggelse og sundhedsfremme over for den enkelte patient. Det er nærmere specificeret i denne lovgivning, hvornår tvangsprotokollerne skal udarbejdes, og hvad tvangsprotokollerne skal indeholde.

4. Spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt sundhedspersonalet

4.1. Formål og fremgangsmåde

Arbejdsgruppens kortlægning af relevante temaer inden for journalføring er blandt andet sket gennem en spørgeskema- og interviewundersøgelse, som Implement Consulting Group har faciliteret på vegne af Sundheds- og Ældreministeriet.

Det, der er søgt belyst gennem undersøgelsen, er sundhedspersoners vurderinger af uhensigtsmæssige krav og udfordringer ved de forskellige aspekter, de oplever knytter sig til kravene til journalføring. Undersøgelsen er designet således, at der kan identificeres tendenser og mønstre i sundhedspersonernes opfattelser og vurderinger. Derfor er der anvendt kvalitative interviews og en semi-kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, der kan afdække generelle tendenser og variationer. Det er ikke relevant for formålet med undersøgelsen at indsamle et materiale, der kan bruges til at lave analytisk statistik.

Implement's undersøgelse blev indledt i april 2018 med drøftelser i arbejds- og interessentgruppen om design, fokusering og fremgangsmåde. Herefter gennemførte Implement otte pilotinterviews blandt læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og tandlæger og udarbejdede et spørgeskemaudkast, der blev kommenteret af arbejdsgruppen.

Fra maj til primo august blev spørgeskemaundersøgelsen og 24 individuelle interviews gennemført og datamaterialet analyseret. Deltagerne i interview- og spørgeskemaundersøgelsen er udvalgt af de faglige foreninger i arbejds- og interessentgruppen på baggrund af fastsatte udvælgelseskriterier.

Foreningerne har tilsendt spørgeskemaet til egne medlemmer, og det er søgt distribueret til i alt cirka 11.000 personer. Der er modtaget cirka 3.100 hele og delvise besvarelser. Fordelingen af de modtagne besvarelser på sektorer og faggrupper afspejler nogenlunde den tilstræbte vægtning. Der er modtaget besvarelser fra alle faggrupper, men særligt faggrupperne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, jordemødre, ergoterapeuter og social – og sundhedsassistenter er velrepræsenteret. Respondentfordelingen i undersøgelsen på tværs af sektorerne afspejler, at undersøgelsens primære fokus har været på at indhente besvarelser fra regionale arbejdspladser, dernæst fra kommuner og slutteligt fra øvrige praksisområder og private leverandører.

Resultaterne fra spørgeskema- og interviewundersøgelsen blev kvalificeret og forslag til tiltag identificeret på et arbejds møde med arbejds- og interessentgrupperne medio august.

Implement har på baggrund af spørgeskemaundersøgelsens, de gennemførte interviews og det opfølgende arbejds møde udarbejdet en rapport til brug for arbejdsgruppens videre arbejde, *jf. bilag 2*. I det følgende opsummeres rapportens fund og forslag fra Implement, mens der henvises til den vedlagte rapport for en detaljeret gennemgang af undersøgelsesmateriale, fund og resultater.

4.2. Resultater og forslag

4.2.1. Regler for journalføring

HVOR FÅR
SUNDHEDS-
PERSONERNE
VIDEN FRA? – OG
HVORDAN
OPFATTER DE
REGLERNE FOR
JOURNALFØRING?

Opsummering af fund

Mange respondenter får primært deres viden om journalføring på arbejdspladsen i form af lokale retningslinjer, sidemandsoplæring (særligt radiografer, læger og bioanalytikere), oplæringsprogram i egen organisation og slutteligt også fra grunduddannelsen (særligt fodterapeuter, jordemødre, læger, kiropraktorer, kliniske diætister, kliniske tandteknikere og tandplejere).

Den faggruppe, der i højest grad får deres viden om journalføring fra journalføringsbekendtgørelsen, er tandlægerne og dernæst optikere, kiropraktorer og kliniske tandteknikere. Faggrupperne, der i lavest grad får deres viden fra bekendtgørelsen, er radiografer og bioanalytikere.

De faggrupper, der i højest grad orienterer sig i vejledninger fra faglig-/brancheorganisation er kliniske tandteknikere, kiropraktorer og tandlæger.

Informanterne fra interviewene ser det ikke som relevant, at man orienterer sig i bekendtgørelsen, så længe det andet materiale, man orienterer sig i, tager afsæt i kravene fra bekendtgørelsen. Der peges dog på en oplevelse af en generel overfortolkning og overimplementering af kravene, som udmønter sig i skærpede krav blandt andet i journalsystemerne.

Cirka en tredjedel af alle respondenterne i undersøgelsen angiver ikke at kende særlig godt til indholdet i journalføringsbekendtgørelsen og er usikre på, hvordan kravene i bekendtgørelsen kan efterleves i praksis. Når data fordeles på sektorer, viser der sig et billede af, at det er sundhedspersonerne fra sygehusene og dernæst fra kommunerne, der kender mindst til indholdet i journalføringsbekendtgørelsen. Fordelt på faggrupper angiver cirka en tredjedel af bioanalytikere, sygeplejersker, ergoterapeuter, læger og social- og sundhedsassistenter, at de har begrænset kendskab til indholdet i journalføringsbekendtgørelsen.

Blandt den gruppe af respondenter, der angiver at kende indholdet i journalføringsbekendtgørelsen, peges der på udfordringer med følgende specifikke paragraffer:

- Krav i bekendtgørelsen, som er svære at forstå, er særligt § 8-9, § 4, § 5-7

- Krav i bekendtgørelsen, som angives at være unødvendige, er særligt § 13 Information og samtykke m.v., § 8-9 Journalføring, § 22-23 Overdragelse af patientjournaler ved overdragelse af praksis m.v.
- I forlængelse heraf peger informanter fra interviewene særligt på, at følgende krav er unødvendige: samtykke, identifikation af patienter, registrering af negative fund og seksualitet samt detaljeringsniveauet i beskrivelse af fremgangsmåde/teknik

I den vedlagte rapport, jf. bilag 2, beskrives centrale fund nærmere, og der er uddraget mønstre og illustrerende udsagn.

Centrale udfordringer og Implements forslag til tiltag

Det er en udfordring, at cirka en tredjedel af alle respondenterne i undersøgelsen angiver ikke at kende særlig godt til indholdet i journalføringsbekendtgørelsen og er usikre på, hvordan kravene i bekendtgørelsen kan efterleves i praksis. Sammenholdt med de forskellige fortolkende kilder til deres viden og opfattelse af kravene kan der opstå tvivl og usikkerhed blandt sundhedspersonerne. Denne tvivl kan medføre, at der genereres dokumentation uden – efter mange respondenter opfattelse – at øge patient- eller retssikkerheden.

Det skal bemærkes, at undersøgelsen ikke omfatter andre regelsæt end autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen. Undersøgelsen kan derfor ikke anvendes til vurdering af kendskabet til f.eks. vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser.

Forslag 1: Forenkle kravene til journalføring

Bekendtgørelsen og vejledningerne kan gennemgås med henblik på at reducere ekspliciteringen og rækkevidden af krav, der vurderes ikke at øge patientsikkerheden, og/eller der kan tilføjes et tydeligere relevanskriterium. Dækningsområdet kan præciseres – hvem skal journalføre og hvornår.

Det kan reducere usikkerheden ved de enkelte og samlede krav samt mindske unødvendig dokumentation.

Forslag 2: Ændre snittet mellem bekendtgørelsen og tilhørende vejledninger

Bekendtgørelsen, der omfatter alle autorisationsgrupper, kan gennemgås med henblik på eventuelt at flytte nogle krav, som ikke

behøver at være generelle, men i stedet kan flyttes til vejledninger for specifikke sektorer eller autorisationsgrupper.

Det kan reducere læsernes usikkerhed og risiko for fejlfortolkninger, og oplevelsen af relevans kan øges.

Forslag 3: Afstemme formuleringer i bekendtgørelsen og vejledningerne

Bekendtgørelsen og vejledningerne kan gennemgås med henblik på at identificere formuleringer, der ikke er fuldt sammenfaldende og præcisere dem.

Det kan give færre indbyrdes uoverensstemmelser i lovgrundlaget og dermed reducere usikkerhed og fejlfortolkninger i praksis.

Forslag 4: Formidle journalføringskravene

Der kan vedvarende undervises lokalt i god praksis for journalføring og om de formelle krav – hvad der skal dokumenteres og ikke dokumenteres f.eks. om negative fund. Formidlingen kan understøttes fra centralt niveau f.eks. ved at udarbejde eksempler på god journalføringspraksis, som kan gøres tilgængelige for sundhedsvæsenet og sundhedspersoner, eventuelt gennem e-læring.

Det kan reducere usikkerhed, opfattelsen af generelt omfattende krav og risiko for fejlfortolkninger, at der sker en vedvarende formidling af kravene og forventningerne til journalføringen.

Forslag 5: Præcisere driftsherre- og arbejdsgiveransvaret for rammerne for journalføring

Det kan angives i bekendtgørelsen, at der påhviler arbejdsgiverne (regionsråd, kommunalbestyrelse og klinikejere) et ansvar for rammerne for sundhedspersonernes journalføring. Det kan f.eks. gælde kompetencer, arbejdsgange og journalsystemers hensigtsmæssighed samt understøttende instrukser om journalføring.

Det kan tilskynde til indsatser på tværs af organisatoriske enheder, faggrupper og enkelte sundhedspersoner.

Forslag 6: Lette kravene i lovgivningen vedrørende opbevaring og overdragelse af journaler

Lovgivningen kan gennemgås for eventuelle uhensigtsmæssigheder angående opbevaring og overdragelse af journaler.

Det kan lette arbejdsgange og øge kvaliteten i forbindelse med en patients skifte mellem klinikker, i klinikfællesskaber og ved overtagelse af klinikker.

4.2.2. Formål med patientjournalen

HVORDAN
OPFATTER
SUNDHEDS-
PERSONERNE
PATIENTJOUR-
NALENS FORMÅL?

Opsummering af fund

Mange respondenter angiver, at patientjournalen primært bør være med til at skabe patientsikkerhed og fungere som et arbejdsdokument. Den mindst væsentlige funktion er som et informationsdokument til patienten. I interviewene blev der peget på, at det kan være problematisk, hvis journalen også skal være et oplysningsdokument til patienten, da der qua journalens funktion som et arbejdsredskab for sundhedspersoner bruges mange latinske betegnelser. Til sammenligning er 84 pct. af tandlægerne meget enige i, at journalen primært er et arbejdsdokument for sundhedspersoner, og kun 23 pct. af tandlægerne er meget enige i, at patientjournalen også bør være et oplysningsdokument for patienten.

Blandt informanterne i interviewene mente nogle, at den gode journal både tilgodeser det kliniske og det juridiske formål, mens andre mener, at det juridiske aspekt (brugen af journalen i klage-, tilsyn-, og erstatningssager) netop er med til at komplicere journalens primære formål. Altså at der som følge af det juridiske aspekt bliver dokumenteret alt for mange detaljer, som resulterer i en uoverskuelig patientjournal, der kan være til fare for patientsikkerheden.

Centrale udfordringer og Implement's forslag til tiltag

Mange sundhedspersoner tilskriver journalens primære formål som værende deres arbejdsredskab, men den har samtidig en anden status og andre anvendelser (f.eks. som juridisk dokument og til oplysning af patienter), og det kan både vanskeliggøre og udvide journalføringsopgaven.

Forslag 1: Styrke andre kanaler end journalen til oplysning af brugere

Samtaler mellem brugere og sundhedspersoner, der er eller har været involveret i konkrete forløb, patientvejledere eller på anden vis, kan øges. I samtalerne kan den aktuelle del af journalen gennemgås og forklares.

Det kan forbedre brugernes informationsniveau, mindske misforståelser og begrænse efterspørgslen efter journalen som kilde til oplysning, og det kan reducere forventningerne om journalernes læsbarhed for patienter og pårørende som lægmænd.

4.2.3. Anvendelse af journalsystem

HVORDAN
UNDERSTØTTER
JOURNAL-
SYSTEMERNE
JOURNALFØRING
OG ANVENDELSE?

Opsummering af fund

Respondenterne vurderer samlet set journalsystemerne som værende gennemsnitlige (3,0 på en skala fra 1-5). Respondenterne fra sygehusene og respondenterne fra kommunerne er markant mere utilfredse med journalsystemet målt på alle de stillede spørgsmål sammenlignet med respondenterne fra praksissektoren og fra private leverandører.

Journalsystemerne vurderes lavest på tilfredshed med hensyn til 'udveksling af data med andre it-systemer' men også 'udveksling af data med egne systemer' samt 'dobbeltregistreringer' og 'manglende ensartethed i, hvor der registreres hvad i systemet'.

Om at journalføre (dokumentere)

Respondenterne fra sygehusene og fra kommunerne er mere utilfredse med funktionaliteterne i forbindelse med dokumentation i journalsystemet sammenlignet med respondenter fra praksissektoren og private leverandør. F.eks. udtrykker 41 pct. af respondenterne fra kommunerne og 31 pct. fra sygehusene, at journalsystemet ikke gør det let at journalføre, mens det er henholdsvis 18 pct. blandt de private leverandører og to pct. i praksissektoren.

Når data fordeles på regioner (sygehusansatte) tegner der sig et billede af, at respondenterne fra Region Hovedstaden og Region Sjælland er mere utilfredse med deres journalsystem end respondenterne fra de tre andre regioner, da der er en forskel i tilfredshed på omkring 30-40 pct. mellem de mest tilfredse og de mindst tilfredse regioner. På ét parameter er der dog ikke en større forskel i vurderingerne på tværs af de fem regioner, og det er med hensyn til, om autotekster/makroer er en hjælp. Mange respondenter peger på, at autoteksterne i overvejende grad er en stor hjælp, når der skal dokumenteres. Dog, når det kommer til at læse journalen, gør autoteksterne det svært at finde den relevante information i mængden.

Om at bruge journalen

Cirka en tredjedel af respondenterne har svært ved at finde de vigtige oplysninger i patientjournalen, og cirka en fjerdedel af respondenterne

mener, at autofraserne skaber usikkerhed om den behandling, der reelt er foretaget.

Respondenterne fra sygehuse og kommuner er mindre tilfredse med journalsystemet med hensyn til at læse i journaler end respondenterne fra privat praksis og private leverandør.

Når data fordeles på regioner, viser der sig et tydeligt billede af, at respondenterne fra Region Hovedstaden og Region Sjælland er mere utilfredse med funktionaliteterne i journalsystemet, når de skal finde oplysninger end respondenterne fra de andre tre regioner. Der er en procentvis forskel på op til 46 pct.

I interviewene bliver der særligt peget på, at autoteksterne/makroerne er med til at skabe usikkerhed om og gør det uoverskueligt med hensyn til, hvor den vigtige information om patienten står.

Om det systemtekniske

Cirka en tredjedel af respondenterne mener, at journalsystemet er uoverskueligt. De største systemtekniske udfordringer, som respondenterne peger på, handler om at dele data på tværs af interne systemer og i endnu højere grad at dele data med eksterne systemer. Det er særligt respondenter fra privat praksis og private leverandør, som oplever udfordringer med udveksling af data.

På tværs af alle fem regioner er respondenterne overvejende enige om, i hvilken grad de oplever udfordringer med dataudveksling og systemnedbrud. På den overordnede vurdering af journalsystemet er det dog respondenter i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der er mest utilfredse, idet der er en forskel mellem den mest tilfredse og den mest utilfredse region på 59 pct.

I interviewene er det udfordringer med udveksling af data mellem it-systemer, der peges på.

Centrale udfordringer og Implements forslag til tiltag

Særligt journalsystemerne på sygehuse og i kommuner omfatter store mængder af information fra mange faggrupper, og hvad enten journalerne er meget højt eller lavt struktureret, er mange journaler vanskelige at finde rundt i. I lavt strukturerede journaler kan der være meget sammenhængende tekst, der skal skimmes for at få et overblik eller finde de ønskede oplysninger, mens der i højt strukturerede journaler skal klikkes rundt mellem mange forskellige faner/celler med fragmenterede oplysninger.

Forslag 1: Vedvarende kompetenceudvikle personalet

Lokale indsatser med vedvarende kompetenceudvikling. Det kan omfatte såvel brugen af det konkrete journalsystem som baggrunden i de formelle krav til journalføring. Det kan eventuelt tilrettelægges som tværfaglig undervisning.

Det kan lette journalføringen og fremme en udvikling, hvor faggrupperne får større gensidig forståelse for skrivemåder og tilnærmer sig hinanden (termer, omfang m.v.) og derved letter læsningen af journalerne.

Forslag 2: Definere stamdata med adgang for alle relevante sundhedspersoner

Der kan udarbejdes en national standard for stamdata og en tilhørende database, som relevante sundhedspersoner kan tilgå.

Det kan reducere behovet for lokalt at indhente stamdata og dermed være tidsbesparende og reducere omfanget af journaldokumentation.

Forslag 3: Udarbejde indholdsstandarder

Det kan afsøges, om der kan udarbejdes nationale indholdsstandarder, som systemejere og it-leverandører kan bruge som reference i forbindelse med anskaffelse af journalsystemer.

Det kan ensarte journalsystemerne og koble den forventede daglige dokumentation tættere på den juridiske kilde i stedet for flere led af fortolkninger.

4.2.4. Betydning af tilsyn, klagesager m.v.

HVORDAN
OPFATTER
SUNDHEDS-
PERSONERNE
MULIGHEDEN FOR
SENERE
OPFØLGNING FOR
JOURNAL-
FØRINGEN?

Der tegner sig et billede af, at respondenternes journalføring er påvirket af muligheden for klage- og erstatningssager i højere grad end muligheden for tilsynsbesøg og lokale opfølgninger.

I interviewene bliver der af flere informanter peget på, at tilsynene betragtes positivt, og som noget der giver et lærende element. Informanterne påpeger derimod, at frygten for klage- og erstatningssager medfører overdokumentation og en frygt for, at det der journalføres, ikke er godt nok.

Når data fordeles på respondenter med ledelsesansvar og respondenter uden ledelsesansvar, viser der sig et billede af, at ledelsesansvaret medfører, at man i højere grad er påvirket af muligheden for klage- og erstatningssager.

Det er særligt respondenterne fra privat praksis og private leverandører, der lader deres journalføring påvirke af tilsynsbesøg og lokale opfølgninger. På tværs af de fire sektorer er respondenternes journalføring dog påvirket af muligheden for klage- og erstatningssager i overvejende samme grad.

Centrale udfordringer og Implements forslag til tiltag

Generelt giver informanterne udtryk for, at risikoen for eventuelle klagesager – hvor dokumentationen kan få betydning – påvirker deres journalføring, så de er meget opmærksomme på at have alt med, hvilket kan medføre unødigt dokumentation i klinisk sammenhæng.

Måden hvorpå kravene til journalføring først tolkes af forskellige kilder, f.eks. tilsynsmyndighed, klagemyndighed og ledelse, og siden hen opfattes af sundhedspersonerne i praksis skaber usikkerhed og unødigt dokumentation, som bidrager til at gøre patientjournalerne uoverskuelige.

Forslag 1: Informere om tilsyn, klagesager m.v. til sundhedspersoner

Sundhedspersoner kan informeres om journalføringskrav afledt af tilsyn, klagesager m.v.

Det kan reducere usikkerheden om, hvad der kræves dokumenteret.

Forslag 2: Forenkle målepunkter

Det risikobaserede tilsyns målepunkter med betydning for kravene til journalføring kan forenkles.

Det kan reducere de facto-kravene til journalføring, og forskellige oplevelser af, hvad der kræves afhængigt af det pågældende tilsyns temaer/målepunkter.

Forslag 3: Forenkle journalføringskrav fra kvalitetsprogrammer

Gennemgå større kvalitetsprogrammer med henblik på at reducere ekspliciteringen og rækkevidden af krav til journalføring, der ikke selvstændigt øger patientsikkerheden og/eller kan tilføjes et tydeligere relevanskriterium.

Det kan reducere usikkerheden ved de enkelte og samlede krav samt mindske unødvendig dokumentation.

5. Undersøgelse af patientperspektivet

5.1. Formål og fremgangsmåde

Ved siden af den gennemførte spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt de autoriserede faggrupper har Implement Consulting Group på vegne af Sundheds- og Ældreministeriet iværksat en supplerende undersøgelse med henblik på at afdække patientperspektivet på dokumentation af helbredsoplysninger.

Formålet med undersøgelsen har været at belyse brugererfaringer med og forventninger til behandlingen af helbredsoplysninger (i journaler) særligt på sygehuse og i hjemmeplejen. Intentionen har været at afdække ligheder og forskelle i brugeres erfaringer og forventninger – deres bevæggrunde og overvejelser.

Til belysning af brugererfaringer og forventninger er der anvendt interviews, som er blevet perspektiveret gennem et uddrag af nyere danske undersøgelser. Temaerne i interviewene er uddraget af hovedresultaterne fra spørgeskema- og interviewundersøgelsen blandt de sundhedsprofessionelle, der er vurderet umiddelbart at have en patientvinkel med hensyn til adgang og anvendelse.

Målgrupperne omfatter brugere, der på forskellige måder har været i kontakt med sundhedsvæsenet og dermed kan antages at have forskelligartede erfaringer og forventninger:

- Voksne efter (akut) indlæggelse med livstruende sygdom på sygehus (især talende ud fra sygehuserfaringen)
- Voksne med kronisk sygdom (især talende ud fra sygehuserfaringen)
- Voksne med psykiatrisk sygdom (især talende ud fra sygehuserfaringen)
- Voksne i længerevarende rehabiliteringsforløb (talende ud fra sygehus- og hjemmesygeplejeerfaringerne)
- Forældre til børn indlagt på sygehus (især talende ud fra sygehuserfaringen)
- Pårørende til ældre medicinske patienter (talende ud fra sygehus- og hjemmesygeplejeerfaringerne)

Implement's undersøgelse er sammenfattet i en rapport til brug for arbejdsgruppens videre arbejde, *jf. bilag 3*. I det følgende opsummeres rapportens resultater, mens der i øvrigt henvises til den vedlagte rapport for en detaljeret gennemgang af undersøgelsesmateriale og resultater.

5.2. Resultater

Med interviewene og uddragene af undersøgelserne kan det konstateres, at patienter og pårørende ser (dele af) dokumentationen i patientjournalen som et væsentligt bidrag til deres samlede viden, men at den ikke kan stå alene og skal ses i sammenhæng med den mundtlige og dialogbaserede information.

Videre giver undersøgelsen anledning til følgende seks opmærksomhedspunkter, som spejler sig i nogle af hovedresultaterne fra den gennemførte spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle.

Patienter er optaget af, at der er ordentligt grundlag for egne og sundhedsprofessionelles beslutninger, og det kræver velinformeret personale og patienter. Mange søger at holde sig orienteret ved at læse dele af journaloplysningerne enten udleveret (ofte blodprøvesvar og udskrivningsrapporter) eller via sundhed.dk. Nogle oplever at skulle gøre sundhedspersoner opmærksomme på helbredsoplysninger for at undgå misforståelser, som f.eks. utilstrækkelig læsning af journalen kan give anledning til.

Ifølge interviewene og undersøgelserne er journaloplysninger en relevant kilde til information for patienter og pårørende, men udelukkende som et supplement til den mundtlige dialog med sundhedspersoner. Det er relevant, fordi patienter og pårørende ikke kan huske alt, hvad der bliver sagt, eller at ikke alt relevant bliver sagt (forståeligt).

Det er en særlig situation, når det gælder pårørende til syge ægtefæller og forældre til børn, idet de i mange situationer forventer/forventes at være meget aktive i at støtte, følge op og tage ansvar, men de kan have svært ved at gøre det uden adgang til information – mundtligt og skriftligt – og især, hvis de som først nævnt selv er ældre og eventuelt helbredsmæssigt svækket. Denne adgang er ikke i alle tilfælde let at få, men kræver stor aktivitet fra vedkommendes side.

Generelt forventer patienter, at sundhedsprofessionelle videregiver informationer til andre i sundhedsvæsenet, hvor det er relevant for forløbet. Nogle ønsker at blive spurgt om deres samtykke til dette – om ikke andet så for at vide, hvem der informeres om hvad – mens andre finder samtykket mindre afgørende, så længe de kan stole på, at informationen kun gives de relevante.

Generelt oplever patienterne, at der optræder en del fagtermer blandt helbredsoplysningerne, som kan gøre dem vanskeligt forståelige eller i hvert fald først efter noget tid falder på plads. Forståeligheden kan derfor blive bedre, men samtidig accepteres det dog også, at journalen primært er de sundhedsprofessionelles.

Nogle – men ikke flertallet – ønsker adgang til at supplere journaloplysningerne skriftligt eller kommunikere med personalet ad en anden skriftlig kanal. Det er dog ikke entydigt den eneste løsning, idet det vigtigste hensyn er, at de relevante informationer kommer til at fremgå af journalen, og det kan også ske via de sundhedsprofessionelle.

6. Arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til en tidssvarende og effektiv journalføring

6.1. Forslag

6.1.1. Fremtidig model for regulering af journalføring

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der fortsat bør være en overordnet bekendtgørelse, som er gældende for alle autoriserede faggrupper, hvori der opstilles grundkrav, som skal opfyldes i forbindelse med journalføring.

Arbejdsgruppen har - ud fra de forslag, der løbende er kommet - derefter primært beskæftiget sig med to modeller. Den ene grundmodel bestod af en revideret overordnet bekendtgørelse med grundkrav for journalføringen, som skal være gældende for alle autoriserede faggrupper. Den anden grundmodel bestod af en overordnet bekendtgørelse med grundkrav for journalføringen, som skal være gældende for alle autoriserede faggrupper, og som suppleres med sektorspecifikke vejledninger. For begge modeller forudsættes det, at reglerne implementeres gennem lokalt tilpassede instrukser i det omfang dette efter de kommende regler er påkrævet.

I forhold til den første model med en overordnet bekendtgørelse suppleret med en pligt for behandlingsstederne til at lave lokale instrukser for journalføringen blev der fremhævet den fordel, at dette vil muliggøre en fleksibel og løbende tilpasning til de lokale forhold på det enkelte behandlingssted og gennemsigtighed for sundhedspersonalet med hensyn til, hvad der ledelsesmæssigt anses for korrekt journalføring. I klage- og tilsynssager vil dette forventeligt også medføre, at den enkelte sundhedsperson ikke vil blive kritiseret for sin journalføring i en eventuel klage- eller tilsynssag, hvis den pågældende har fulgt instruksen. Formålet med modellen er således, at ledelsen på behandlingsstedet får mulighed for at fastlægge, hvad der lokalt anses for tilstrækkelig journalføring og samtidig fastsætte en lokal ansvars- og opgavefordeling med hensyn til journalføring.

I arbejdsgruppen blev der udtrykt bekymring for, om lokale instrukser kan medføre manglende ensartethed og en deraf følgende nedsat kvalitet for både sundhedspersoner og patienter. Det blev bl.a. fremhævet, at det kan være en udfordring at opnå ensartethed i journalføring på tværs af regioner eller kommuner ved brug af lokale instrukser, idet dette medfører en risiko for, at der på landsplan kan opstå væsentlige forskelle i kravene til sundhedspersonalet. Samme risiko kan opstå internt i de enkelte regioner og kommuner.

I forhold til den anden model med en overordnet bekendtgørelse suppleret med fag- eller sektorspecifikke vejledninger er fordelen en mulighed for at målrette regelsættet, så der gives både ledelser og sundhedspersonale en nærmere generel uddybning af journalføringskravene tilpasset de enkelte faggrupper og sektorers særlige rammer og praktiske behov. Dermed vil journalføringsreglerne fremstå mere overskuelige og relevante for den enkelte sundhedsperson og deres faglige ledelser.

De væsentligste ulemper ved en sådan model er omfanget af regulering og det deraf følgende behov for løbende revision og opdatering fra centralt hold i modsætning til udelukkende tilpasning lokalt efter behov. Hertil kommer risikoen for, at flere vejledninger kan give anledning til uklarhed,

fordi det kan vise sig vanskeligt at sikre en tilstrækkelig grad af sammenhæng mellem vejledningerne. Dertil kommer, at nogle områder dobbeltreguleres (eksempelvis journalføring af medicinhåndtering på sygehuse og i primær sektor eller kommuner). Desuden vil vejledninger altid være af overordnet karakter, og derfor vil der stadig være en række situationer, som ikke direkte er beskrevet i nogen vejledning. Dertil kommer, at yderligere regulering kan medføre mindre fleksibilitet for den enkelte sundhedsperson i forhold til behovet for dokumentation i det konkrete tilfælde.

Efter drøftelserne af de to modeller er det samlet set arbejdsgruppens opfattelse, at den overordnede generiske bekendtgørelse bør suppleres med sektorspecifikke vejledninger inden for de store sektorer.

Arbejdsgruppen bemærker i den forbindelse, at afbureaukratisering ikke alene handler om omfanget af regulering, men ligeledes om forståeligheden og anvendeligheden af reglerne. Det er således arbejdsgruppens opfattelse, at sektorspecifikke vejledninger vil bidrage til en lettere anvendelig regulering, end det er tilfældet i dag.

Baggrunden for forslaget er primært, at der inden for de enkelte sektorer er forskellige behov med hensyn til journalens indhold for at sikre en god og sikker patientbehandling.

Som eksempel er journalen i almen praksis primært et arbejdsredskab for den eller de praktiserende læger i klinikken og eventuelle vikarer, og patienten har oftest lange forløb og kontakt med få behandlere, ligesom der i almen praksis som udgangspunkt ikke er tale om specialiseret behandling.

På sygehusene er behovet i langt højere grad, at journalen skal fungere som et tværfagligt redskab og det interne kommunikationsmiddel mellem sundhedspersonerne, idet patienterne oftere har komplekse og akutte forløb, som kan gå på tværs af faggrupper og afdelinger. Generelt vil der på større behandlingssteder være behov for, at journalen fungerer som et tværfagligt redskab og det interne kommunikationsmiddel mellem sundhedspersonerne.

På plejecentre, i hjemmesygeplejen og på bosteder er der derudover typisk også et særligt behov for at journalføre eksempelvis kommunikationen med eksterne parter som eksempelvis den behandlingsansvarlige læge, f.eks. observationer eller forespørgsler om tilpasning af behandling.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at vejledningerne skal tilstræbe at være tidssvarende og relevante for den enkelte sundhedsperson og ledelserne på behandlingssteder i de enkelte sektorer. Arbejdsgruppen finder, at vejledningerne skal være overskuelige og kunne bruges operationelt. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der i vejledningerne skal være fokus på, hvad det er nødvendigt at registrere for at opnå en god og sikker patientbehandling, og de skal desuden optimalt set også behandle særlige typiske områder, hvor der i dag er en vis usikkerhed om kravene til journalføringen, som f.eks. journalføring af information og samtykke og negative fund, herunder gerne indeholde eksempler i det omfang det er relevant. Arbejdsgruppen opfordrer til, at relevante interessenter inddrages ved udarbejdelse af vejledningerne.

Arbejdsgruppen finder det hverken nødvendigt eller hensigtsmæssigt, at der udarbejdes vejledninger for samtlige autoriserede faggrupper, da dette vil medføre et unødigt stort antal vejledninger og risiko for manglende sammenhæng mellem de enkelte vejledninger. Arbejdsgruppen mener, at det vil være relevant at lave sektorbestemte vejledninger, som omfatter følgende sektorer:

- Sygehus og præhospital virksomhed
- Almen praksis og speciallægepraksis
- Tandlæger
- Øvrige privatpraktiserende autoriserede grupper
- Hjemmesygepleje, plejehjem og bosteder

Det er således samlet set arbejdsgruppens anbefaling, at der skal være en overordnet generisk journalføringsbekendtgørelse, som skal suppleres med ovennævnte sektorspecifikke vejledninger for de største sektorer inden for sundhedsvæsenet. Arbejdsgruppens forslag til, hvilke vejledninger der bør laves, er afgrænset ud fra en vurdering af dels behovet for målrettet vejledning, dels hensynet til at den foreslåede reguleringsmodel ikke fører til et uoverskueligt antal vejledninger med de ulemper, dette kan medføre.

Allerede eksisterende vejledninger, som er relateret til arbejdsgruppens forslag, herunder vejledning om tandlægers journalføring og vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, skal i fornødent omfang ændres og tilpasses, så disse kommer i overensstemmelse med arbejdsgruppens anbefalinger.

Med hensyn til det videre forløb opfordrer arbejdsgruppen til en inddragende proces, hvor relevante interessenter inddrages ved udarbejdelsen af de nye regler. For de vejledninger, der omfatter flere grupper af autoriserede sundhedspersoner, f.eks. vejledningen målrettet de øvrige privatpraktiserende autoriserede grupper, er det væsentligt, at alle berørte faggrupper inviteres til at deltage i arbejdet. Dette med henblik på at sikre, at forhold, der giver anledning til særlige vanskeligheder for de enkelte faggruppers journalføring, kan adresseres og afdækkes i relevant omfang.

6.1.2. Formål med journalføringen

Det har i arbejdsgruppen været drøftet, om der bør ændres på beskrivelsen af formålet med journalføring, som for nuværende er beskrevet i journalføringsbekendtgørelsens § 2, stk. 4.

Det har blandt andet i arbejdsgruppen været foreslået, at det i en fremtidig bekendtgørelse alene bør fremgå af formålsbestemmelsen, at journalføringsreglerne har til formål at sikre en god og sikker patientbehandling. Der blev i denne forbindelse lagt op til, at det i kommende vejledninger eventuelt nærmere kan præciseres, at journalen har forskellige primærformål til sikring af en god og sikker patientbehandling alt efter sektor og faggruppe.

Det har desuden været foreslået at ændre på det indholdsmæssige i bestemmelsen, sådan at det fremgår, at patientjournalen er et arbejdsredskab, der af hensyn til patientsikkerheden skal danne

grundlag for behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuiteten i behandlingen og sikre dokumentation af information af patienten og dokumentation af patientens samtykke.

Endelig har det i arbejdsgruppen været fremført, at formålsbestemmelsen i højere grad bør tage højde for patientperspektivet, idet patientjournalen – især i fremtiden – også kan være et redskab for patienten, f.eks. i forhold til at sikre egenomsorg. Danske Patienter og Ældre Sagen har konkret anbefalet, at det skal afspejles i en fremtidig formålsbestemmelse, at journalen også har til formål at give patienten og eventuelt pårørende adgang til information om behandlingen samt understøtte patientens mulighed for inddragelse og varetagelse af dennes interesser.

På baggrund af de ovenfor nævnte overvejelser, er det samlet set arbejdsgruppens anbefaling, at det bør slås fast i formålsbestemmelsen, at journalen i forhold til den sundhedsfaglige behandling primært er et arbejdsredskab for de sundhedspersoner, der er involveret i behandlingen af en patient.

Arbejdsgruppen er samtidig opmærksom på, at journalen er en vigtig adgang til information for patienterne, ligesom patientjournaler også fremover er et vigtigt element i mange offentlig- og privatretlige sammenhænge, eksempelvis klage-, tilsyns- og erstatningssager, og at journaloplysningerne derfor også i praksis anvendes til andre formål end dem, der er udspecificeret i bekendtgørelsen.

6.1.3. Overflødige krav

Arbejdsgruppen har ikke identificeret bestemmelser i den nuværende bekendtgørelse, der i sin helhed kan undværes.

Af journalføringsbekendtgørelse § 10 fremgår en række emner i forbindelse med patientbehandlingen, som skal fremgå af journalen i det omfang, de er relevante og nødvendige. Arbejdsgruppen har konkret peget på, at dele af journalføringsbekendtgørelsens § 10 kun er relevant for visse faggrupper. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at kravene til journalens indhold fremadrettet skal beskrives på et overordnet niveau, der kan omfatte alle sektorer og faggrupper.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at visse af de indholdsmæssige emner, som i dag fremgår af bekendtgørelsen, men som kun er relevante for specifikke faggrupper eller bestemte sektorer flyttes til sektorspecifikke vejledninger, der er relevante for netop det område.

Arbejdsgruppen er dog opmærksom på, at det kan være vanskeligt nærmere at pege på, hvilke dele af bestemmelsen der med sikkerhed aldrig vil være relevant for specifikke faggrupper.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at bekendtgørelsen ved revisionen systematisk gennemgås for at identificere og udskille krav, der kun har relevans for enkelte faggrupper.

6.1.4. Opbygning af bekendtgørelsen

Der har i arbejdsgruppen været givet udtryk for, at den nuværende journalføringsbekendtgørelse er for lang og uoverskuelig.

Journalføringsbekendtgørelsen indeholder både regler for sundhedspersonens journalføring i det konkrete arbejde, og regler, der definerer et organisatorisk ansvar, f.eks. reglerne om organisering, opbevaring og videregivelse. I forhold til de sidstnævnte mere formelle krav ligger driftsherreansvaret i sygehusregi på et regionalt plan, og tilsvarende flere steder centralt i kommunerne, og disse bestemmelser er derfor ikke relevante for langt hovedparten af de regionalt og kommunalt ansatte sundhedspersoner i deres hverdag. Dette kan bidrage til en uklarhed om, hvem bekendtgørelsen er målrettet.

Der har på denne baggrund i arbejdsgruppen været fremsat forslag om, at delingen mellem disse to ansvarsforhold tydeliggøres, og at opdelingen sker mere hensigtsmæssigt, så det er lettere at finde frem til de regler, der er relevante for den enkelte.

Det har desuden i arbejdsgruppen været foreslået, at overskueligheden og relevansen for den enkelte sundhedsperson kan forbedres ved, at en ny bekendtgørelse udelukkende regulerer selve indholdet af journalen og fastslår ansvaret for at sikre formelle krav om journalens opbygning, struktur og indhold samt adgangen til journalen. Regler om opbevaring og journalføring af videregivelse og indhentelse af oplysninger kan derefter fremgå af en selvstændig bekendtgørelse.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at opdelingen mellem ansvarsforholdene tydeliggøres – enten gennem en ændring af bekendtgørelsens strukturelle opbygning eller gennem en udskillelse af reglerne om opbevaring samt om videregivelse og indhentelse til en selvstændig bekendtgørelse.

6.1.5. Uklare krav

Arbejdsgruppens drøftelser har anskueliggjort, at regelsættet anvendes forskelligt, og at den nuværende bekendtgørelse kan tolkes forskelligt i forhold til kravene til indholdet. Arbejdsgruppen har således identificeret en række uklare krav, som der er behov for en præcisering af, jf. nærmere nedenfor.

6.1.5.1. Uklare krav vedr. pligten til og ansvaret for journalføring

6.1.5.1.1. Ledelsesansvar

Arbejdsgruppen anbefaler, at der sker en præcisering af ledelsesansvaret for at sikre rammerne for nødvendig og relevant journalføring, blandt andet gennem instrukser i det omfang det er relevant. I denne forbindelse bør en ny formulering tænkes sammen med de nye lovregler om organisatorisk ansvar i sundhedsloven samt arbejdet med revidering af vejledning nr. 9001 af 20/11/2000 om udfærdigelse af instrukser.

6.1.5.1.2. Journalføring ved brug af medhjælp m.v.

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 2, at det påhviler autoriserede sundhedspersoner, som benytter medhjælp ved udøvelsen af virksomheden, at sikre, at også behandling, der udføres af medhjælpen, bliver journalført.

Som anført i afsnit 2.7 giver den nuværende bestemmelse anledning til tvivl.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det af fremtidige regler fremgår, at det – hvor dette følger af den almindelige arbejdstilrettelæggelse på et behandlingssted – er ledelsens ansvar ved instrukser at fastlægge rammer for at sikre, at der sker journalføring i overensstemmelse med lovgivningen, og at det relevante personale har de fornødne kompetencer til at journalføre.

Arbejdsgruppen anbefaler videre, at det i kommende regler tydeliggøres, at autoriserede sundhedspersoner ikke har pligt til at kontrollere andre autoriserede sundhedspersoners journalføring. Det vil indebære, at den autoriserede person, der journalfører på vegne af en anden autoriseret sundhedsperson, vil have ansvaret for journalføringen.

Der er tale om en anden situation, når en autoriseret sundhedsperson overlader selve udførelsen af en behandling, som den autoriserede sundhedsperson har ansvaret for, til en ikke-autoriseret sundhedsperson, idet den ikke-autoriserede sundhedsperson som udgangspunkt ikke har selvstændigt journalføringsansvar. Der er i arbejdsgruppen udtrykt forskellige holdninger til, hvorvidt en autoriseret sundhedsperson har pligt til at kontrollere journalføringen i de tilfælde, hvor denne overlader udførelsen af en behandling til en ikke-autoriseret sundhedsperson. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at retsstillingen bør afklares i det videre arbejde og desuden afvente afrapporteringen fra arbejdsgruppen om medhjælp, således at der sikres den fornødne koordinering mellem de nedsatte arbejdsgrupper.

Arbejdsgruppen anbefaler endelig, at de kommende regler beskriver rammerne for brugen af teknisk bistand ved journalføring nærmere. Se i øvrigt herom under afsnit 6.1.5.1.4.

6.1.5.1.3. Undtagelser til journalføringspligten

Journalføringsbekendtgørelsens § 6 beskriver, at der skal føres patientjournaler ved behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger samt på offentlige og private institutioner.

Det kan efter arbejdsgruppens opfattelse være uklart, om der med den nuværende formulering er tale om en udtømmende opregning, og om det derfor medfører en implicit afgrænsning af, hvor der ikke skal føres journal.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at hensynet til patientsikkerheden taler for, at det præciseres, at journalføringspligten ikke stedligt skal afgrænses efter organisatoriske forhold.

Arbejdsgruppen har desuden drøftet en opgavemæssig afgrænsning i forbindelse med udøvelse af akut førstehjælp som tilfældigt tilstedeværende sundhedsperson og som frivillig sundhedsperson.

Som anført under rapportens punkt 2.8, er der ikke for nuværende en udtrykkelig undtagelse til autoriserede sundhedspersoners journalføringspligt, og efter gældende regler skal alle former for sundhedsfaglig virksomhed derfor journalføres i relevant og nødvendigt omfang.

I forhold til akut førstehjælp som tilfældigt tilstedeværende sundhedsperson, vil det i praksis være særdeles vanskeligt at varetage journalføringspligten i en sådan situation, ligesom det vil kunne give anledning til vanskeligheder i relation til opbevaring af oplysningerne. Der kan desuden argumenteres for, at der ikke i patientsikkerhedsmæssig sammenhæng er behov for journalføring af behandlingen, når der er tale om foreløbig hjælp, f.eks. førstehjælp, hvor den involverede sundhedsperson overleverer patienten til ambulancepersonale eller henviser til skadestue, vagtlæge eller egen læge, hvis der er behov herfor. Den fortsatte behandling på det behandlingssted, som overtager patienten vil i denne forbindelse kunne journalføre de relevante forhold.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at der indarbejdes en udtrykkelig undtagelse til journalføringspligten i forhold til akut førstehjælp.

Mange sundhedspersoner yder frivilligt arbejde med baggrund i deres egenskab af at være sundhedsfagligt uddannet. Det frivillige arbejde kan være af meget varierende karakter, herunder f.eks. lokale sportsarrangementer, koncertarrangementer, festivaler, sociale indsatser, spejderlejr og meget andet. Nogle arrangementer er tilbagevendende, andre er enkeltstående. Nogle fordrer som udgangspunkt kun mindre opgaver som f.eks. sårrens og førstehjælp ved mindre skader som forstuvninger, mens andre kan give anledning til større opgaver som f.eks. afrusning.

Der kan, ligesom ved akut førstehjælp som beskrevet ovenfor, argumenteres for, at det i praksis kan være vanskeligt at varetage journalføringspligten ved frivilligt arbejde, hvis der ikke er adgang til et journalsystem, ligesom det vil kunne give anledning til vanskeligheder i relation til opbevaring af oplysningerne.

Arbejdsgruppen har drøftet, om der fremadrettet bør fastsættes en nedre grænse for journalføringspligten også ved frivilligt arbejde. En sådan undtagelse fra journalføringspligten vil imidlertid ikke ændre på, at sundhedspersonen fortsat har ansvaret for den behandling, som gives. En utilsigtet virkning kan derfor blive, at der ved eventuelt efterfølgende patientklage- eller erstatningssager intet journalmæssigt grundlag vil være til at bedømme sagerne ud fra. Dette vil umiddelbart først og fremmest forringe patienternes retsstilling.

Formålet med en nedre grænse skulle i givet fald være at sikre, at sundhedspersoner ikke på grund af ansvaret for journalføring og opbevaring afholder sig fra at deltage i frivilligt arbejde inden for det sundhedsfaglige område. Frivilligt arbejde dækker over en mangfoldighed af arrangementer og situationer, som kan løftes af civilsamfundet, der er med til at fremme det frivillige sociale arbejde.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en del situationer i forbindelse med frivilligt arbejde i praksis vil falde inden for akut hjælp som beskrevet ovenfor. Hvis arbejdsgruppens anbefaling om undtagelse til journalføringspligt vedrørende akut hjælp gennemføres, vil dette derfor i et vist omfang imødekomme hensynet ovenfor.

Arbejdsgruppen er dog opmærksom på, at der også kan være tale om andre opgaver inden for det sundhedsfaglige felt, som ikke har karakter af akut hjælp, og hvor den frivillige autoriserede sundhedsperson melder sig eller bliver valgt som frivillig på baggrund af sin sundhedsfaglige baggrund.

Arbejdsgruppen har overvejet, om den nedre grænse i givet fald kunne fastsættes på samme måde, som de undtagelser der er i dag til registrering af og gebyrbetaling for behandlingssteder. Det drejer sig blandt andet om enkeltmandsvirksomheder, der kun udfører frivillig og ulønnet sundhedsfaglig behandling i forbindelse med arrangementer som festivaler, landsstævner, spejderlejre, sportslige begivenheder samt for humanitære organisationer, sportsklubber m.v. og midlertidige behandlingssteder på arrangementer som festivaler, landsstævner, spejderlejre, sportslige begivenheder m.v. med under 1.000 deltagere, hvor kun frivillige ulønnede sundhedspersoner udfører sundhedsfaglig behandling.

Arbejdsgruppen er også opmærksom på, at frivilligt arbejde kan have meget forskellig karakter, og omfanget af behandlingen samt de risici, der er ved den behandling, der udføres på stedet, kan deraf tilsvarende være meget varierende. Styrelsen for Patientsikkerhed har bemærket, at en sontring imellem om arbejdet er lønnet eller ulønnet, eller antallet af forventede deltagere til arrangementet, ikke ud fra et patientsikkerhedsmæssigt synspunkt vil være en relevant sontring, fordi det ikke siger noget nærmere om den sundhedsfaglige virksomheds karakter og alvorlighed. Reglerne om registrering og gebyrbetaling for behandlingssteder henholdsvis journalføringsreglerne tjener således også forskellige formål. De hensyn, der f.eks. har begrundet en undtagelse fra gebyrbetalingen, gør sig ikke nødvendigvis gældende med hensyn til journalføringspligten. En undtagelse fra journalføringspligten – som går videre end undtagelsen vedrørende akut hjælp – kan i modsætning til reglerne om gebyrbetaling medføre en risiko for svækkelse af patientsikkerheden.

Hertil kommer, at der fortsat er mulighed for at journalføre på papir, og da det frivillige arbejde vil kunne planlægges på forhånd, vil der dermed være mulighed for at finde en løsning i de konkrete tilfælde. Det gælder også med hensyn til opbevaring af oplysningerne.

Afvejningen af på den ene side hensynet til ikke at have unødige barrierer for frivilligt arbejde og på den anden side patientsikkerhedsmæssige hensyn og hensyn til patienternes retsstilling samt de afgrænsningsvanskeligheder, som knytter sig til at fastsætte en relevant nedre grænse for journalføringspligten, indebærer samlet set, at arbejdsgruppen ikke i enighed har fundet grundlag for at anbefale, at der fremover indføres en undtagelse fra journalføringspligten med hensyn til frivilligt arbejde.

Arbejdsgruppen anbefaler derimod, at det præciseres, i hvilke tilfælde det er arrangørens eller den enkelte sundhedspersons ansvar, at der er mulighed for at journalføre i overensstemmelse med lovgivningen, og efterfølgende at journalnotaterne kan opbevares korrekt i overensstemmelse med

reglerne for dette. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det i hvert fald ved større arrangementer bør være arrangørens ansvar at sikre, at der er mulighed for at journalføre og at sikre forsvarlig opbevaring af oplysningerne.

6.1.5.1.4. Teknisk bistand

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 7, stk. 3, at en autoriseret sundhedsperson, der er ansat på et sygehus eller en klinik omfattet af § 4, stk. 1 og 3, og som anvender teknisk bistand til indførelse af diktat eller lignende i patientjournalen, ikke er pligtig til at efterkontrollere optegnelsen, medmindre konkrete omstændigheder svækker formodningen om, at den tekniske bistand varetages korrekt.

Arbejdsgruppen anbefaler, at bestemmelsen præciseres, så det fremgår mere klart, hvad dette i praksis medfører af pligter for sundhedspersonalet og den tekniske bistand. Det bør i den forbindelse tydeliggøres, at ledelsen har ansvaret for at stille klare operationelle rammer for, hvornår den person, som yder den tekniske bistand, skal kontakte sundhedspersonerne, hvis der er tvivl om forståelsen eller rigtigheden af et diktat. Det blev i denne forbindelse bemærket, at bl.a. lægesekretærer falder uden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns kompetenceområde og Styrelsen for Patientsikkerhed som tilsynsmyndighed.

6.1.5.1.5. Identifikation af deltagende sundhedspersoner

Der er i den nuværende bekendtgørelse et krav om, at journalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet, herunder det fulde navn, titelbetegnelse og afdelingstilknytning. Formålet med dette er, at sundhedspersonen skal kunne identificeres.

I praksis er sundhedspersonen dog ofte angivet med initialer, idet mange af de eksisterende journalsystemer understøtter dette. Der kan desuden være beskyttelseshensyn til sundhedspersonalet i konkrete tilfælde, hvor det ikke er hensigtsmæssigt, at det fulde navn fremgår af journalen. Dette giver bekendtgørelsens regler for nuværende principielt ikke mulighed for.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at registrering af initialer skal være tilstrækkeligt, hvis der samtidigt indføres en pligt til, at det af arbejdsgiver skal sikres, at det ud fra initialerne er muligt at identificere sundhedspersonen entydigt i hele den periode, hvor der er opbevaringspligt for journalen.

6.1.5.1.6. Journalføringspligt ved forskningsprojekter

Lovfortolkningsmæssigt har det givet anledning til tvivl, om der skal ske journalføring af behandling, der foretages som led i et forskningsprojekt. Al behandling skal som udgangspunkt journalføres, for at de behandlende læger kan få overblik over patientens fulde behandlingsforløb. Omvendt kan der være stærke interesser fra forskeren i, at uvedkommende ikke har adgang til oplysninger, som kan være forskningshemmeligheder. Der har været tvivl om, hvorvidt dokumentation i forskningsprotokollen, som ikke er en del af journalen, var tilstrækkeligt.

Som eksempel kan tvivlsspørgsmålet opstå, når en patient er indlagt på en stamafdeling, og kun elementer af behandlingen vedrører forskningsprojektet. Det er i sådanne tilfælde ikke kun forskeren, der har behov for at have indblik i den samlede behandling, patienten får, men det kan for forskningsprojektet være væsentligt, at kun forskeren ved, præcis hvilken behandling, patienten har fået i forbindelse med forskningsprojektet.

I arbejdsgruppen var der enighed om, at enhver behandling af patienten af hensyn til patientsikkerheden skal journalføres, uagtet at behandlingen sker som et led i forskning. Dette uanset at de samme oplysninger også fremgår af forskningsprotokollen. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette præciseres i den kommende regulering af journalføringsområdet.

6.1.5.2. Uklare krav vedr. journalens indhold

6.1.5.2.1. Relevans- og nødvendighedskriteriet

Bestemmelsen i journalføringsbekendtgørelsen, som regulerer indholdet i journalen, anfører en lang række forhold, som skal journalføres i det omfang, de er relevante og nødvendige. Mængden af oplyste forslag kan virke uoverskuelig, og budskabet om, at oplysningerne kun skal journalføres, hvis de er relevante og nødvendige, kan overses.

Der er blandt arbejdsgruppens medlemmer en opfattelse af, at der i stigende grad ses en tendens til at lave unødigt lange journalnotater med henvisning til, at det er sundhedspersonernes oplevelse, at dette er nødvendigt for at leve op til journalføringsbekendtgørelsens krav. Dette bunder efter arbejdsgruppemedlemmernes opfattelse bl.a. i, at sundhedspersonerne oplever, at deres skøn over, hvad der er relevant og nødvendigt at journalføre i forbindelse med konkrete patientkontakter, tilsidesættes i forbindelse med klage- og tilsynssager.

I arbejdsgruppen er der imidlertid enighed om, at en lang journal ikke nødvendigvis er det samme som en god journal.

En stigende tendens til defensiv journalføring, som er præget af at være unødigt omfangsrig og med mange gentagelser, kan være problematisk i forhold til overskueligheden i journalen, hvilket kan være en risikofaktor i forhold til at sikre kvaliteten og kontinuiteten i patientbehandlingen. En fremhævelse af relevans og nødvendighedskriteriet kan muligvis bidrage til at modvirke dette.

Det blev desuden drøftet, om det kan være relevant at indføre en bestemmelse om, at der ikke skal ske journalføring af irrelevante oplysninger, herunder dobbeltregistrering, ligesom det er tilfældet i Norge. Det er dog i den forbindelse væsentligt, at der for den enkelte sundhedsperson er rum til at foretage et skøn i forhold til, hvilke oplysninger der er relevante at journalføre i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient.

Det er på baggrund af overvejelserne arbejdsgruppens anbefaling, at relevans- og nødvendighedskriteriet fremhæves yderligere ved at ændre på den strukturelle opbygning af bestemmelsen.

Arbejdsgruppen har ikke vurderet, at en bestemmelse udelukkende med krav om nødvendighed og relevans nødvendigvis vil sikre tilstrækkelige anvisninger på, hvilke krav der almindeligvis stilles til

journalføring ud fra gældende praksis, eller til at understøtte en ensartet tilgang på landsplan og/eller i den pågældende sektor.

Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at det specificeres nærmere i vejledninger, hvad der inden for hver sektor må anses for relevant og nødvendigt.

Det er desuden arbejdsgruppens anbefaling, at det præciseres, at der ved vurderingen af, om en oplysning må anses for at være relevant og nødvendig, skal tages udgangspunkt i den aktuelle situation og den viden, som sundhedspersonen havde på det pågældende tidspunkt.

6.1.5.2.2. Materiale fra patienten

Arbejdsgruppen har drøftet, om journalen i sin definition også skal omfatte materiale fra patienten. Der kan i denne forbindelse være tale om materiale, som patienten selv indsender, og materiale, som sundhedspersonen selv har bedt patienten monitorere og indsende, herunder PRO-data (patientrapporterede data om patientens helbredstilstand), som er patientens svar på spørgeskemaer om deres helbredstilstand. Der kan i begge tilfælde være tale om ikke ubetydelige mængder af materiale, og det kan være materiale af meget svingende betydning for den konkrete behandling.

Der blev i den forbindelse peget på, at ikke alt materiale, som patienten indsender på eget initiativ, nødvendigvis er relevant for behandlingen, og at en generalisering af dette dermed kan bidrage til at gøre journalen unødigt omfangsrig og uoverskuelig.

En præcisering af, hvilket materiale der bør være en del af journalen, er aktuel, idet skriftlig korrespondance med patienterne (i behandlingsmæssigt øjemed) er en stigende tendens, både i form af e-mailkonsultationer, korrespondance på sms, via digitale applikationer og andre digitale platforme.

Ansvaret for vurderingen af relevansen af materiale indsendt af patienten bør adresseres, herunder i hvilket omfang sundhedspersonen har pligt til at tage stilling til alt, hvad patienten måtte sende ind med henblik på relevant journalføring af henvendelserne og opfølgning herpå.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at det præciseres i bekendtgørelsen, at materiale fra patienten skal indgå i journalen, i det omfang det er relevant og nødvendigt for behandlingen. Dette gælder også PRO-data eller anden data, som patienten indsender.

Det bør i denne forbindelse præciseres, at det er driftsherrens ansvar at sikre procedurer for, hvordan materiale fra patienten håndteres og sorteres med henblik på at afgrænse de oplysninger, der skal journalføres, således at det relevante føres til journalen.

6.1.5.2.3. Sortering og resumering af undersøgelsesresultater m.v.

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 12, at der kan ske sortering og resumering af undersøgelsesresultater og dokumenter, når alle relevante oplysninger bevares sammen med

tydelig kildeangivelse. Det skal fremgå, hvis der på nogle punkter er tale om den autoriserede sundhedspersons tolkning.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvad der ligger i dette, og hvilke situationer bestemmelsen kan benyttes i, når der er tale om rådgivning mellem kollegaer.

Styrelsen for Patientsikkerhed har hertil oplyst, at en sundhedsperson af hensyn til overskueligheden og brugbarheden af journalen som arbejdsredskab kan foretage en sortering eller resumering af indkomne undersøgelsesresultater og dokumenter, som skal indgå i journalen. Kilden til oplysningerne skal dog altid fremgå.

Der stilles således ikke krav om, at der eksempelvis opbevares originale svar fra et sygehus, når de relevante oplysninger fra de omhandlede dokumenter er trukket ud og overført til den modtagende sundhedspersons journal med tydeliggørelse af, hvorfra oplysningerne stammer.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det enten i bekendtgørelsen eller i kommende vejledninger præciseres, hvornår og hvordan sortering og resumering af undersøgelsesresultatet og andre dokumenter kan foretages samtidig med at journalføringspligten overholdes.

6.1.5.2.4. Sygeplejefaglige optegnelser

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at omfanget af dokumentation af de 12 sygeplejefaglige problemområder bør præciseres i vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser. Det kan f.eks. præciseres, at ikke alle 12 problemområder nødvendigvis skal gennemgås hver gang, man har kontakt med den samme patient. En eventuel forenkling skal dog fortsat sikre en journalført vurdering af, at der ikke er aktuelle eller potentielle problemer, der kræver sygeplejefaglig intervention. Dette medfører en præcisering af kompetencekravene til den sygeplejefaglige vurdering, hvor niveau og hyppighed for gennemgang af de 12 problemområder fastlægges patientsikkert.

6.1.5.2.5. Brug af fraser og makroer

Der er generelt en oplevelse af, at fraser og makroer benyttes i forsøg på at lette dokumentationsbyrden for den enkelte sundhedsperson.

Brug af fraser indebærer den risiko, at teksten ikke afspejler det reelle scenarie, hvis ikke denne tilpasses omhyggeligt. Det er væsentligt for såvel involverede sundhedspersoner som patienten, at den reelle behandling afspejles i journalen, så der senere kan dannes et retvisende billede af den planlagte og udførte behandling.

En bekymring ved brug af standardfraser i forbindelse med dokumentation er også, at journalnotaterne bliver unødigt lange, idet de skal kunne tage højde for mange forskellige scenarier, hvilket kan være forstyrrende for journalens overskuelighed.

Det er på denne baggrund arbejdsgruppens anbefaling, at det eksplicit bør fremgå af de reviderede journalføringsregler, at adgangen til brugen af makroer bør suppleres med en pligt til at tilpasse eventuelle standardtekster til den konkrete patientkontakt. Dette uddybes i afsnit 6.1.7.2.

for så vidt angår standardmateriale, der anvendes i forbindelse med dokumentation af information og samtykke.

6.1.6. Forældede betegnelser

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at reglerne om journalføring generelt skal ajourføres, så de afspejler de digitale muligheder, der er i dag. Det skal desuden afspejles i reglerne, at udgangspunktet i dag er, at journalen er elektronisk.

Det er endvidere arbejdsgruppens opfattelse, at journalføringsbekendtgørelsens § 10 vedrørende journalens indhold bør revurderes og opdateres. Det er herunder blandt andet foreslået, at journalføring ved anvendelse af pejle- og alarmsystemer flyttes til et separat kapitel i bekendtgørelsen.

Arbejdsgruppen bemærker, at bekendtgørelsens § 10, stk. 3, nr. 1, om kontaktperson er forældet, da kontaktpersonordningen er afskaffet.

Det er endelig arbejdsgruppens opfattelse, at kommende journalføringsregler skal tage højde for de nye lovregler om organisatorisk ansvar.

6.1.7. Journalføring af informeret samtykke

Der skal sondres mellem kravene til indhentelse af informeret samtykke og kravene til dokumentationen af indhentelsen af det informerede samtykke i journalen. Mens arbejdsgruppen har til formål at arbejde med reglerne for journalføring, er det ikke en del af arbejdsgruppens opdrag at arbejde med reglerne for indhentelse af informeret samtykke. Se desuden rapportens afsnit 2.5.3 om reglerne for journalføring af informeret samtykke.

Det centrale for patienterne i en aktuel behandlingssituation er, at informationen bliver givet, sådan at patienterne har mulighed for at udøve deres selvbestemmelsesret. Det er desuden væsentligt for sundhedspersonerne, at der let kan sikres overblik over, hvad patienten tidligere er informeret om i situationer, hvor patienten behandles af flere forskellige sundhedspersoner, eller hvis patienten skifter behandler eller behandlingssted.

Arbejdsgruppen har peget på forskellige aspekter med hensyn til dokumentation af information og samtykke, som arbejdsgruppen med fordel mener kan præciseres og/eller lempes i forbindelse med en revision af reglerne, jf. nærmere herom nedenfor.

6.1.7.1. Komplikationer og bivirkninger

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 509 af 13. maj 2018 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., at en patient, der er fyldt 15 år, har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre behandlingsmuligheder samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information. Der skal altså foretages en vurdering af, om sundhedspersonen ud fra de konkrete omstændigheder vurderer, at der er forhold, som har betydning for den enkelte patients stillingtagen i den konkrete situation.

Det er ikke muligt entydigt at fastsætte, i hvilket omfang sundhedspersonen har pligt til at informere om mulige komplikationer m.v. i forbindelse med undersøgelse og behandling. Det må vurderes i forhold til dels sygdommens alvor, dels hvad der forventes opnået ved den påtænkte undersøgelse/behandling.

Som udgangspunkt skal sundhedspersonen vurdere, om der er tale om 1) alvorlige og ofte forekommende komplikationer m.v. 2) alvorlige og sjældent forekommende 3) bagatelagtige og ofte forekommende eller 4) bagatelagtige og sjældent forekommende. På grundlag af en sundhedsfaglig vurdering skal der i tilfælde 1) altid informeres. I tilfælde 2) og 3) skal der ofte informeres og i tilfælde 4) er det som udgangspunkt ikke påkrævet at informere. De nævnte tilfælde indeholder en række mellemstadier, hvor det vil være overladt til det sundhedsfaglige skøn, i hvilken udstrækning og hvor grundigt, der bør informeres om risici for komplikationer og bivirkninger i forbindelse med en given behandling.

Der er i arbejdsgruppen udtrykt ønske om, at det præciseres nærmere, hvilken information vedrørende bivirkninger, der skal fremgå af journalen. Det bør i den forbindelse overvejes, om der er behov for at præcisere, hvilke bivirkninger, der skal informeres om i de regelsæt, som regulerer dette.

6.1.7.2. Standardfraser til journalføring af informeret samtykke

Set fra sundhedspersonernes side kan kravet om, at det skal dokumenteres, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, patienten har fået, i flere sammenhænge, eksempelvis ukomplicerede behandlinger, virke unødigt detaljeret. Det er derfor blandt andet blevet drøftet, om dokumentationen af det informerede samtykke kan forenkles ved brug af standardfraser, afkrydsningsfelter og lignende.

Brug af fraser medfører dog altid den risiko, at teksten ikke afspejler det reelle scenarie, hvis ikke denne tilpasses omhyggeligt. Desuden er der i denne forbindelse blevet peget på, at informationen ifølge lovgivningen skal tilpasses den enkelte patient, og at det er væsentligt for patienten, at dette afspejles i journalen, så der senere kan dannes et retvisende billede af, hvilket oplysningsgrundlag patienten accepterede behandlingen ud fra.

En bekymring ved brug af standardfraser i forbindelse med dokumentation af informeret samtykke er også, at disse bliver unødigt lange, idet de skal kunne tage højde for mange forskellige scenarier, hvilket kan være forstyrrende for journalens overskuelighed. Det blev på denne baggrund drøftet i arbejdsgruppen, at der allerede findes eksisterende systemer, hvor dialogen bag afgivelse af et informeret samtykke kan beskrives i et notat, der ligger som en del af journalen, men er placeret i en elektronisk undermappe. Dette kan være en løsningsmodel for at undgå, at denne dialog virker forstyrrende for journalens mere behandlingsrelaterede indhold.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en sådan model forudsætter, at notatet kobles til det konkrete journalnotat, det hører til, så oplysningerne er let tilgængelige og brugbare for patienter og sundhedsprofessionelle i det videre forløb.

Det er på baggrund af de ovennævnte overvejelser arbejdsgruppens opfattelse, at brug af standardfraser kan være et nyttigt arbejdsredskab for sundhedspersonalet, men at adgangen til at anvende standardfraser forudsætter en pligt for sundhedspersonen til at tilpasse standardteksten til den konkrete patient og behandlingssituation. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette kommer til at fremgå udtrykkeligt af de kommende reviderede regler. Arbejdsgruppen bemærker også, at anvendelse af standardfraser – bl.a. af hensyn til at bevare journalens overskuelighed – skal ske med omhu og samvittighedsfuldhed. Der henvises i øvrigt til afsnit 6.1.6.2.6. vedr. generel brug af fraser og makroer.

6.1.7.3. Henvisning til skriftligt udleveret materiale

Arbejdsgruppen har endvidere drøftet, om det er tilstrækkelig journalføring af den information, der er givet, at henvise til udleveret skriftligt informationsmateriale eller at henvise til, at patienten har fået information i henhold til afdelingens instruks. Det bemærkes i denne forbindelse, at det i den nuværende lovgivning er et krav, at informationen til patienten gives mundtligt. Udleveret skriftligt materiale er derfor et supplement til den påkrævede mundtlige information.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det kan lette journalføringen i praksis, hvis dokumentation kan ske ved at henvise til udleveret skriftligt informationsmateriale, eller ved at henvise til, at patienten har fået information i henhold til afdelingens instruks. Henvisning hertil vil imidlertid forudsætte, at indholdet af informationsmaterialet er dækkende, relevant og tilstrækkeligt i forhold til den konkrete patients behandlingssituation, og i det hele lever op til de krav, der i øvrigt findes for indhentelse af informeret samtykke.

Hvis der er givet individuel information til patienten, f.eks. om særlige risici på grund af særlige forhold hos patienten, som ikke fremgår af det udleverede skriftlige materiale, vil der – ud over henvisning til det skriftlige materiale – skulle ske dokumentation af den individuelle information.

Det vil desuden forudsætte, at det tydeligt fremgår, hvilken version, der er informeret ud fra, og at arbejdsgiveren og driftsherren sikrer, at det udleverede skriftlige informationsmateriale til enhver tid kan genfindes i de anvendte versioner.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det tydeligt fastsættes i den kommende bekendtgørelse, at en journalføringspraksis svarende til ovenstående er tilstrækkelig.

6.1.7.4. Regulering af journalføring af indhentelse af informeret samtykke uden for journalføringsbekendtgørelsen

Der var i arbejdsgruppen forslag om, at dele af journalføringsbekendtgørelsens § 13, der vedrører dokumentation af information og samtykke, udgår fra journalføringsbekendtgørelsen, og derefter alene er reguleret i en separat vejledning.

Det skal i denne forbindelse indgå i overvejelserne, at kravene til journalføring af det informerede samtykke allerede er specificeret i vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

6.1.7.5. Øvrige overvejelser om information og samtykke

Uanset udfaldet af arbejdsgruppens arbejde i forhold til journalføringen, anbefales der generelt oplysning til sundhedspersoner omkring reglerne for indhentelse af informeret samtykke og dokumentationen heraf, idet der har vist sig at være en vis usikkerhed blandt sundhedspersoner på dette område. Dette kan f.eks. være i form af pjecer og praksissamlinger fra relevante myndigheder.

6.1.8. Rådgivning

Det sker ofte, at en sundhedsperson ikke er alene om sin beslutning om, hvilken behandling en patient skal tilbydes. Det forekommer i praksis ganske ofte inden for alle sektorer på tværs af faggrupper, at en sundhedsperson modtager rådgivning fra en anden sundhedsperson i forbindelse med behandlingen af en patient.

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 2, nr. 2, litra k, at der skal ske journalføring af rådgivning indhentet fra en anden autoriseret sundhedsperson, herunder dennes navn og titel, i forbindelse med behandling af patienten.

Det er for nuværende ikke fastlagt, hvem der har journalføringspligten i forhold til rådgivning indhentet fra en anden sundhedsperson.

Arbejdsgruppen peger på et stort behov for at få præciseret disse regler, idet ansvarsfordelingen er yderst sparsomt beskrevet i lovgivningen og situationen er ofte forekommende.

Ud fra ovenstående bestemmelse i journalføringsbekendtgørelsen fortolkes det i praksis i dag sådan, at det er den sundhedsperson, som rådfører sig med en anden sundhedsperson, der har journalføringspligten.

Styrelsen for Patientklager har oplyst, at deres praksis også peger på, at det kun er den sundhedsperson, der søger råd – som udgangspunkt den sundhedsperson, der har behandlingsansvaret for patienten – som skal journalføre. Dette gælder som udgangspunkt både i forhold til bagvagsfunktioner og på tværs af organisationer og sektorer.

Lægeforeningen har peget på, at der i praksis kan være konkrete omstændigheder, som kan medføre, at det kan være relevant for den rådgivende sundhedspersons retssikkerhed at lave et selvstændigt journalnotat, f.eks. hvis der hos den rådgivende sundhedsperson opstår tvivl om, hvorvidt et givet råd er forstået. Dette kan dog give udfordringer i praksis, fordi den rådgivende sundhedsperson måske ikke har patienten registreret i sit eget journalsystem, hvis sundhedspersonerne ikke er tilknyttet det samme behandlingssted, eller hvis rådgivningen sker fra en nattevagt med tilkaldefunktion, som ikke hjemmefra har adgang til journalsystemet.

Dette aktualiserer to modsatrettede hensyn; På den ene side hensynet til den sundhedsperson, der giver råd, og hvis retssikkerhed er udsat, fordi vedkommende i mange situationer ikke vil have mulighed for at lave et selvstændigt notat om sit råd og på den anden side hensynet til, at der ikke indføres unødvendige bureaukratiske regler.

Som ovenfor beskrevet peger praksis på, at kun den rådsøgende sundhedsperson har en journalføringspligt. En løsningsmodel kan være, at den rådgivende sundhedsperson kan sikre sig formuleringen af det afgivne råd af hensyn til dokumentation i journalen, eventuelt ved at bede den rådsøgende sundhedsperson gentage formuleringen. Arbejdsgruppen vurderer det dog ikke hensigtsmæssigt at lovfastsætte en sådan pligt.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det præciseres, at kun den sundhedsperson, som rådfører sig med en anden sundhedsperson, har journalføringspligt.

Det forudsættes i øvrigt, at en sundhedsperson specifikt fører til journalen, hvis vedkommende vælger ikke at følge et givent råd fra en anden sundhedsperson, som vedkommende har rådført sig med.

De ovenstående betragtninger bygger på en situation, hvor rådgivningen drejer sig om en specifik patient i forbindelse med en konkret behandlingssituation.

6.1.8.1. Vejledning fra specialist

I vejledning om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin udgivet af den daværende Sundhedsstyrelse i 2005, fremgår følgende:

"Pligten til at føre ordnede optegnelser (journaler) påhviler enhver læge, der som led i sin virksomhed foretager undersøgelse og behandling m.v. af patienter. Journalføringspligten påhviler ved brug af telemedicin, som omhandlet i denne vejledning, således både specialisten og den læge (rekvirenten), der behandler en patient på grundlag af indhentet vurdering fra specialisten. Den behandlende læge (rekvirenten) kan aftale med specialisten, at denne sender sine optegnelser m.v., således at der ikke opstår tvivl om, hvilken vurdering, der er foretaget".

Specialistbegrebet er ikke nærmere beskrevet i vejledningen for telemedicin, og det er derfor usikkert, hvornår dette krav om dobbeltdokumentation opstår. Såfremt vejledningen fortsat skal være gældende, mener arbejdsgruppen, at specialistbegrebet bør præciseres, så det ikke fremadrettet kan give anledning til tvivl. Det er i imidlertid også blevet drøftet i arbejdsgruppen, at

vejledning om ansvarsforholdene m.v. ved lægers brug af telemedicin kan ophæves, hvis reglerne for journalføring af rådgivning præciseres tilstrækkeligt andetsteds.

6.1.9. Konferencebeslutninger

Ud over den almindelige rådgivningssituation, hvor en sundhedsperson søger råd hos en anden sundhedsperson, kan der også være tale om, at mange sundhedspersoner samles for at drøfte den konkrete behandling af enkelte patienter. I nogle tilfælde vil der være tale om faste skemalagte procedurer, og i andre tilfælde vil der være tale om en samling af en specifik gruppe sundhedspersoner, som skal tage stilling til en enkeltstående konkret behandlingssituation. Fælles for konferencebeslutningerne vil være, at der er tale om flere sundhedspersoner, som drøfter en konkret patientbehandling på baggrund af oplysninger, som forelægges på konferencen.

Journalføring af konferencebeslutninger er beskrevet i journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 3, nr. 3, hvoraf det fremgår, at patientjournalen i fornødent omfang skal indeholde oplysninger om beslutninger truffet på (afdelings)konferencer, herunder hvem der er ansvarlig for et eventuelt besluttet undersøgelsesprogram og/eller behandling og eventuelle ordinationer samt for iværksættelsen heraf.

Det er for nuværende ikke fastlagt, hvem der har journalføringspligten i forhold til konferencebeslutninger, men udgangspunktet er i praksis, at det er den sundhedsperson, som rådfører sig på konferencen.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds opfattelse, at svære/problematiske beslutninger, f.eks. om indstilling af behandling, bør journalføres af en overlæge/speciallæge, hvis konferencen afholdes blandt læger, eller af den af de tilstedeværende, der rent faktisk tager beslutningen, men dette er for nuværende ikke reguleret nærmere.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at den nuværende bestemmelse ikke er tilstrækkeligt konkret, og heller ikke er tilstrækkeligt praktisk anvendelig i hverdagen.

Det væsentligste praktiske problem består i, at der kan være ganske mange deltagere på konferencer, hvoraf nogle kan have forskellige faglige særkompetencer, og der kan være flere sundhedspersoner, herunder flere erfarne sundhedspersoner og specialister, som på konferencen træffer en beslutning i fællesskab.

Som følge heraf er den journalførende læge ofte ikke den, der har ansvaret for den behandlingsplan, der bliver lagt, hvilket kan være svært gennemskueligt, hvis der på et senere tidspunkt bliver behov for at ansvarsplacere, hvem der var ansvarlig for beslutningen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det præciseres, at det ved konferencebeslutninger som udgangspunkt er den sundhedsperson, som rådfører sig på konferencen, der har journalføringspligten. Det bemærkes i den forbindelse, at andet specifikt kan aftales, hvilket f.eks. kan være relevant ved særligt svære eller problematiske beslutninger, som bør journaliseres af en overlæge/speciallæge eller den af de tilstedeværende, der rent faktisk tager beslutningen.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at det skal noteres, hvilken sundhedsperson der har forelagt behandlingsproblemstillingen, og hvilke erfarne sundhedspersoner, der aktivt har deltaget i drøftelserne og tilsluttet sig konferencebeslutningen.

6.1.10. Brugerindsigt og brugerinddragelse

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at patientjournalens primære funktion er at være arbejdsredskab for sundhedspersonerne. Der henvises til afsnit 6.1.2. om journalens formål.

Arbejdsgruppen er dog samtidig opmærksom på, at patienter og pårørende anvender journalen som et supplement til dialogen med den sundhedsprofessionelle, herunder anvender journalen som led i at sikre overblik, forebygge fejl og understøtte egen behandling som led i den grundlæggende ret til indsigt i oplysningerne om behandlingen.

Danske Patienter har fremhævet, at patientjournalen skal gøres mere læsbar, forståelig og brugbar for patienten. Konkret har Danske Patienter foreslået, at latinske ord suppleres med en parentes med en dansk betegnelse, og at forkortelser og fagtermer begrænses. Der er imidlertid ikke tilslutning til et sådant forslag fra et flertal i arbejdsgruppen.

Den samlede arbejdsgruppen anbefaler, at en fremtidig regulering i videst muligt omfang understøtter muligheden for brugerindsigt og brugerinddragelse. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at de gældende krav om, at patientjournalen skal føres på dansk, videreføres. Desuden bør kravet om, at journalnotaterne, herunder anvendte forkortelser, skal være forståelige for andre autoriserede sundhedspersoner, fastholdes.

6.1.11. Overdragelse af journaler ved ophør eller overdragelse af behandlingssteder

6.1.11.1. Overdragelse af journaler ved fratagelse af autorisation

Når Styrelsen for Patientsikkerhed har frataget en sundhedspersons autorisation midlertidigt, anser Styrelsen for Patientsikkerhed virksomheden for at være ophørt, hvis ikke behandlingsstedet drives videre af øvrige sundhedspersoner. Dette har den retsvirkning, at journalerne skal overdrages til styrelsen, jf. journalføringsbekendtgørelsen § 20. Sundhedspersonen vejledes om dette ved autorisationsfratagelsen, men det er for nuværende ikke nærmere beskrevet i lovgivningen.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at dette bør være beskrevet i en fremtidig journalføringsbekendtgørelse. I den forbindelse bør der tages højde for de overenskomster, som i dag er gældende på området.

6.1.11.2. Karenstid ved forsøg på overdragelse

Det følger af journalføringsbekendtgørelsen § 22, at når en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson overdrager sin praksis til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe til fortsat drift, skal patientjournalerne fra praksis overdrages til den, der har overtaget praksis.

Hvis en praksis ikke overdrages, men derimod ophører, vil journalerne skulle afleveres til Styrelsen for Patientsikkerhed. Processen med at overdrage en praksis kan dog indimellem tage tid, f.eks. fordi der fortsat søges efter en køber. Der er ikke for nuværende indlagt en periode, hvor sundhedspersonen kan beholde journalerne under forsøget på at overdrage sin praksis, hvilket kan medføre situationer, hvor der er tvivl om, hvorvidt journalerne skal afleveres til Styrelsen for Patientsikkerhed eller kan afvente fortsatte forsøg på at overdrage praksis, således at patienternes journaler kan forblive i den pågældende praksis.

Arbejdsgruppen mener, at en karenstid vil være hensigtsmæssig for den afgivende sundhedsperson, og at en karenstid før journalerne skal indleveres til Styrelsen for Patientsikkerhed specifikt bør fremgå af regelsættet. Der bør dog også være en mulighed for, at styrelsen undtagelsesvist kan modsætte sig dette pga. særlige omstændigheder.

I den forbindelse bør der tages højde for de overenskomster, som i dag er gældende på området.

6.1.11.3. Regions- og udbudsklinikker

Når det ikke er lykkedes at overdrage en klinik, vil den normalt ophøre med den virkning, at journalerne skal indleveres til Styrelsen for Patientsikkerhed jf. journalføringsbekendtgørelsens § 20. Regionen kan dog undtagelsesvis overtage ydernummeret og oprette en regionsklinik med ansatte læger. Den afgivende læge vil i denne situation være ophørt, selvom der fortsat drives klinik på adressen, og patienterne er overført til den nye regionsklinik.

Arbejdsgruppen ønsker, at situationen fremadrettet i reglerne udtrykkeligt betragtes som en overdragelse jf. § 22, idet situationen i høj grad kan sidestilles med dette rent proceduremæssigt. Anden tilgang er uhensigtsmæssig både i forhold til ressourcer og i forhold til patientsikkerheden, da journalerne ellers skal overføres til Styrelsen for Patientsikkerhed for umiddelbart efter at bliver rekvireret af regionsklinikken, hvilket kan medføre en periode, hvor adgangen til patienternes journalmateriale er vanskelig.

I den forbindelse bør der tages højde for de overenskomster, som i dag er gældende på området.

6.1.11.4. Format ved aflevering af journaler til Styrelsen for Patientsikkerhed

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, at elektroniske patientjournaler, som er omfattet af §§ 20-21 og § 22, stk. 4 (og dermed skal afleveres til Styrelsen for Patientsikkerhed), skal afleveres i et særligt format, som Styrelsen for Patientsikkerhed anviser. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der er behov for at tydeliggøre denne, så der ikke blot er tale om en anvisning, men at styrelsen kan stille et eksplicit krav.

6.2. anbefalinger

6.2.1. anbefaling om formidlingsindsats

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der i dag er en vis usikkerhed blandt sundhedspersonalet om journalføringsbekendtgørelsens regler, herunder hvad og hvor meget der skal journalføres i praksis. Arbejdsgruppen finder, at den manglende viden om reglerne i bekendtgørelsen og den faglige norm skaber risiko for overfortolkning og overimplementering af kravene.

Arbejdsgruppen hæfter sig ved, at respondenterne i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse angiver, at de får deres viden om journalføring fra meget forskellige kilder, som må karakteriseres som overvejende lokale. Mange får primært deres viden om journalføring på arbejdspladsen i form af lokale retningslinjer, sidemandsoplæring, oplæringsprogram i egen organisation og slutteligt også fra grunduddannelsen. I de lokale kilder kan reglerne være fortolket og formidlet til et bestemt formål, og der kan indgå andre krav end dem, der stammer fra autorisationsloven, journalføringsbekendtgørelsen og de tilhørende vejledninger.

Arbejdsgruppen finder det på den ene side hensigtsmæssigt og helt afgørende, at kravene til journalføring tilpasses de lokale forhold, der er gældende på de enkelte behandlingssteder. Samtidig finder arbejdsgruppen det centralt, at der er en vis ensartethed og kvalitet i journalføringen på tværs.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der iværksættes en national formidlingsindsats om normen for journalføring, der skal fokusere på de områder, der giver anledning til vanskeligheder i praksis. Det gælder f.eks. dokumentation af information og samtykke og negative fund, som giver anledning til tvivl hos især lægerne som faggruppe. For andre faggrupper kan det være andre områder, der bør sættes i fokus f.eks. i hvilke situationer sygeplejersker ikke skal dokumentere i forhold til alle 12 problemområder i vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser.

En national formidlingsindsats skal ses i lyset af det faktum, at den kliniske hverdag er dynamisk og fastlægger normer, som udvikler sig over tid. Det betyder, at det ikke er muligt at udarbejde nationale regler, der kan dække alle tænkelige situationer, og det vil derfor altid bero på et skøn fra den enkelte sundhedsperson i den konkrete situation, hvad der skal anføres i journalen.

Det anbefales konkret, at Styrelsen for Patientklager udarbejder praksisopsamlinger afledt af klagesager m.v. med det formål at udbrede normen og reducere usikkerheden om, hvad der kræves dokumenteret.

Arbejdsgruppen finder det afgørende, at praksisopsamlingerne gøres tilgængelige ét samlet sted og samtidig udbredes til sundhedsvæsenet.

Det bemærkes, at formidlingsindsatsen ikke erstatter den gensidige læring og dialogen mellem tilsyns- og klagemyndighed og de faglige organisationer. Arbejdsgruppen finder det således vigtigt, at der er en tæt dialog mellem styrelserne og organisationer om fortolkningen af reglerne. Arbejdsgruppen henviser bl.a. til den dialog, der foregår i Det Rådgivende Praksisudvalg, som er

sammensat af repræsentanter for patientorganisationer m.v., faglige organisationer på sundhedsområdet, regioner og kommuner.

6.2.2. Anbefaling om kompetenceudvikling

De autoriserede sundhedsprofessionelle skal have de fornødne kvalifikationer og kompetencer. Det gælder ikke mindst med hensyn til journalføring.

Arbejdsgruppen har ikke undersøgt, hvilken praksis der findes lokalt med hensyn til kompetenceudvikling i journalføring, men arbejdsgruppen hæfter sig ved, at cirka en tredjedel af alle respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen angiver ikke at kende særlig godt til indholdet i journalføringsbekendtgørelsen og angiver at være usikre på, hvordan kravene i bekendtgørelsen kan efterleves i praksis.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at formidling af journalføringsreglerne har en væsentlig relevans i forhold til at klæde den enkelte sundhedsperson på til at anvende regelsættet i den kliniske hverdag.

Arbejdsgruppen finder det derfor vigtigt, at arbejdsgivere, driftsherrer og uddannelsesinstitutioner prioriterer uddannelse i journalføring. Det gælder både uddannelse i journalsystemet og de formelle krav til journalføring, men også hvordan de formelle regler anvendes, dér hvor sundhedspersonen er ansat.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der fra arbejdsgivers side sikres de fornødne indsatser med kompetenceudvikling, der omfatter såvel brugen af det konkrete journalsystem, de formelle krav til journalføring, som hvordan de formelle krav omsættes til praksis. Arbejdsgruppen finder det vigtigt, at sundhedspersoner uddannes ved nyansættelse, men finder også, at vedligeholdelse og repetition er vigtigt for at få det nødvendige udbytte af undervisningen.

Arbejdsgruppen har drøftet, om det kan være relevant at indføre journalføring som obligatorisk kursus, der skal gennemføres med jævne mellemrum, ligesom der i dag f.eks. på visse sygehuse er krav om hygiejnekurser. Kurser i journalføring, f.eks. som e-learning, kan udvikles lokalt eller som et nationalt koncept med mulighed for tilpasning til faggrupper og/eller sektorer. Arbejdsgruppen har imidlertid ikke fundet grundlag for at anbefale et krav om obligatoriske kurser, idet et sådant krav ikke nødvendigvis giver mening i alle sektorer.

6.2.3. Anbefaling om adgang til stamdata og bedre deling af oplysninger

I et travlt sundhedsvæsen er det vigtigt, at sundhedspersonalets tid og ressourcer anvendes effektivt og prioriteres til de opgaver, der skaber mest mulig værdi for patienterne.

I dag deles viden, som er kendt hos én aktør, ikke altid mellem de relevante medarbejdere og er ikke altid let tilgængelige, men må ofte "bæres rundt" af patienterne selv og deres pårørende. Det betyder, at patienterne ofte skal afgive den samme oplysning flere gange, og at sundhedspersoner

både bruger tid på at registrere de samme oplysninger flere gange i journalerne og på at fremskaffe relevant information om de patienter, som får behandling og sygepleje.

Arbejdsgruppen hæfter sig ved, at respondenterne i den gennemførte undersøgelse vurderer journalsystemerne lavest på tilfredshed med hensyn til udveksling af data med andre it-systemer, men også udveksling af data med egne systemer samt dobbeltregistreringer og manglende ensartethed i, hvor der registreres hvad i systemet.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at der skal være let adgang til stamdata om patienten og bedre deling af oplysninger mellem sektorer. Det vil understøtte sammenhængende patientforløb og bedre arbejdsgange for sundhedspersonalet. Herved undgås det også, at sundhedspersonalet bruger tid på at dobbeltregistrere oplysninger og lede efter relevant information. Det vil være tidsbesparende og reducere omfanget af dokumentation.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at der i andre sammenhænge arbejdes med netop disse initiativer, herunder bl.a. i "Strategi for Digital Sundhed 2018-2022",

Arbejdsgruppen har herunder f.eks. noteret, at der udvikles og afprøves ét samlet patientoverblik til deling af relevante oplysninger mellem it-systemerne på sygehuse, i kommuner og praksissektoren. Herunder skal et "Fælles Stamkort" give sundhedspersoner let og hurtig adgang til relevante oplysninger.

Arbejdsgruppen har ligeledes noteret, at der med L 127 Forslag om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre om børnevaccinationer og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland), som er vedtaget den 14. marts 2019, arbejdes på at skabe en fælles digital infrastruktur, der samler og udstiller udvalgte oplysninger om patienten i et samlet patientoverblik. Lovforslaget skal desuden forenkle reglerne for sundhedspersoners adgang til at indhente oplysninger i elektroniske systemer til brug for patientbehandling, således at det sikres, at alle sundhedspersoner kan få let adgang til relevante helbredsoplysninger m.v., når det er nødvendigt i forbindelse med patientbehandling.

Arbejdsgruppen henviser til det pågående arbejde og tilskynder til, at der fortsat arbejdes målrettet med disse initiativer og at udvikle de lokale it-systemer, således at sundhedspersoner i endnu højere grad kan opleve de digitale redskaber som hjælpsomme til at løfte deres kerneopgave. På samme vis tilskynder arbejdsgruppen til, at der er fokus på it-systemernes brugervenlighed og muligheden for via forenklinger at kunne nedsætte tidsforbruget.

6.2.4. Anbefaling om forenkling af målepunkter for det risikobaserede tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har siden 2017 gennemført løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder ud fra en vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden (risikobaseret tilsyn). Tilsynene gennemføres i henhold til et sæt målepunkter, som er en samling af krav baseret på lovgivningen og patientsikkerhedsmæssige forhold målrettet en bestemt type af behandlingssted.

Hvert år vælger styrelsen i samarbejde med Den Strategiske Følgegruppe et eller flere temaer, risikoområder og typer af behandlingssteder, der skal have planlagte tilsyn det pågældende år. Der skal derfor hvert år udvikles nye målepunkter målrettet de risikoområder og temaer samt typer af behandlingssteder, som er valgt.

Styrelsen for Patientsikkerhed betragter journalgennemgange som en væsentlig del af tilsynet, idet det er styrelsens vurdering, at grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i behandling og pleje af den enkelte patient.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds ambition, at målepunkterne skal have fokus på det, der er relevant for en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig behandling. Derfor anvender styrelsen i høj grad sundhedsfaglige ressourcer og interessentinddragelse ved vurderingen af, hvad der skal måles på ved tilsyn inden for hver enkelt behandlingsstedstype. Det er de faglige input, der afspejler, hvilken norm der i målepunkterne lægges for, hvad der er relevant og nødvendigt at journalføre på et givent område.

Arbejdsgruppen er enig i opfattelsen af, at målepunkterne skal have fokus på, hvad der er relevant for patientsikkerheden, og anbefaler på den baggrund, at der rettes et særligt fokus på det, der er væsentligt. Arbejdsgruppen er samtidig bekendt med, at der allerede pågår et arbejde herom i Styrelsen for Patientsikkerhed.

Arbejdsgruppen finder det desuden væsentligt af hensyn til overskueligheden for sundhedspersonerne, at der ikke i målepunkterne formuleres krav til journalføringen, som ikke i forvejen må anses for almindelig anerkendt faglig standard på det pågældende område efter autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed. Det bemærkes i den forbindelse, at målepunkterne udvikles i samarbejde med relevante sagkyndige og interessenter, hvorigennem dette bør sikres.

6.2.5. Anbefaling om lokal disciplin ved fastsættelsen af supplerende krav

De gennemførte undersøgelser har anskueliggjort, at der lokalt findes en lang række supplerende dokumentationskrav, som ikke hidrører fra de nationalt fastsatte regler om journalføring. Det kan være krav, der stammer fra lokale instrukser og/eller kvalitetsprogrammer.

Det er arbejdsgruppens indtryk, at der i praksis ikke altid er klarhed over, hvor de enkelte krav stammer fra, og det har den konsekvens, at lokale krav kan regnes for værende nationalt fastsatte.

Arbejdsgruppen finder, at de lokale krav er bidragende til, at kravene til journalføring kan opleves som værende uoverskuelige i praksis. Arbejdsgruppen finder også, at de supplerende lokale krav er en af årsagerne til, at sundhedspersonalet oplever at skulle dokumentere i videre omfang end nødvendigt.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at der lokalt udvises disciplin ved fastsættelsen af dokumentationskrav, der går videre end de nationalt fastsatte krav. Arbejdsgruppen finder således,

at krav til journalføring, der ikke følger af de nationale regler, og som ikke selvstændigt øger patientsikkerheden, skal overvejes nøje.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en reduktion af supplerende lokale krav kan reducere usikkerheden ved de enkelte og samlede krav til journalføring samt mindske dobbeltdokumentation og anden unødvendig dokumentation.