



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

PRAKSISSAMMENFATNING

JOURNALFØRING

JUNI 2021

Indholdsfortegnelse

1. Forord.....	3
2. Indledning	3
2.1. Afgørelser i praksissammenfatningen	4
2.2. Betegnelser	5
3. Beskrivelse af retsgrundlag.....	5
4. Patientjournalen.....	7
5. Journalføringspligt og -ansvar (§§ 5-7)	9
5.1. Journalføringspligt	9
5.2. Hvor er der krav om journalføring?	9
5.3. Ansvaret for indholdet i journalen.....	10
6. Krav til patientjournalen (§§ 8-9).....	10
6.1. Formkrav	10
6.2. Identifikation af den journalførende samt brug af forkortelser	11
6.3. Tidspunkt for journalføring	13
7. Patientjournalens indhold (§ 10)	14
7.1. Relevans- og nødvendighedskriteriet.....	14
7.2. Stamoplysninger (§ 10, stk. 2, nr. 1)	15
7.3. Årsag til kontakten m.v. (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra a)	16
7.3.1. Årsagen til kontakten	16
7.3.2. Beskrivelse af sygehistorie	17
7.3.3. Nuværende tilstand.....	18
7.3.4. Oplysninger om aktuel behandling	19
7.3.5. Status ved indlæggelse og udskrivning	19
7.4. Observationer og undersøgelser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra b).....	20
7.4.1. Observationer	20
7.4.2. Undersøgelser	21
7.5. Rekvirerede undersøgelser og prøver (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra c).....	23
7.6. Diagnose eller sundhedsfagligt skøn (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra d)	24
7.7. Indikation for undersøgelsen/behandlingen (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra e)	25
7.8. Planlagt og udført behandling (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra f).....	26

7.9. Sundhedsfaglig pleje (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra g)	27
7.10. Komplikationer og bivirkninger (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra h)	30
7.11. Ordination af lægemidler (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra i).....	31
7.12. Henvisninger (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra j)	32
7.13. Rådgivning fra anden sundhedsperson (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra k)	32
7.14. Overflyttelser til behandling (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra l).....	34
7.15. Epikriser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra m)	35
7.16. Kontrol og opfølgning (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra n)	35
7.17. Rådgivning af patienten (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra o)	36
7.18. Video- og lydoptagelser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra p)	36
7.19. Andet relevant materiale (§ 10, stk. 2, nr. 3)	36
7.20. Oplysninger i fornødent omfang (§ 10, stk. 3)	37
7.20.1. Navn på sundhedsperson og delopgaver (§ 10, stk. 3, nr. 2).....	37
7.20.2. Plan eller opfølgning samt genoptræningsplaner (§ 10, stk. 3, nr. 4) ...	38
8. Journalføring af information og samtykke (§ 13)	39
9. Rettelser i patientjournalen (§ 14).....	40
10. Opbevaring og videregivelse (§§ 15, 20 og 26)	43
10.1. Opbevaring	43
10.2. Videregivelse	45
11. Aktindsigt (§ 29)	47
12. Journalføring som er væsentlig under normen.....	47
13. Vurdering af behandlingen, når journalen er utilstrækkelig	49
14. Bevisafvejninger.....	51
14.1. Tilfælde, hvor journalen lægges til grund.....	51
14.2. Tilfælde, hvor journalen tilsidesættes	52
15. Øvrige afgørelser.....	54
16. Sagsoversigt.....	56
17. Ændringslog.....	60

1. Forord

Med denne sammenfatning offentliggør Styrelsen for Patientklager en systematisk gennemgang af styrelsens praksis ved behandling af klager over journalføring. Sammenfatningen er opbygget med udgangspunkt i journalføringsbekendtgørelsens afsnit og bestemmelser.

En af styrelsens vigtige opgaver er at uddrage læring af de problemstillinger, som identificeres i de klagesager, som styrelsen og Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn behandler. Denne sammenfatning er et led heri. Sammenfatningen kan benyttes som opslagsværk for både klagere og klinikere.

Der er i en arbejdsgruppe nedsat af Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdet forslag og anbefalinger til en tidssvarende og effektiv journalføring. Heri blev det konkret anbefalet, 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. Praksissammenfatningen bidrager hertil og er baseret på konkrete afgørelseseksempler, som vil kunne medvirke til at sætte fokus på journalføring samt sikre en så ensartet anvendelse af reglerne som muligt.

Disse forslag og anbefalinger fra ovenstående arbejdsgruppe har blandt andet dannet grundlag for udarbejdelsen af en ændring til den nuværende journalføringsbekendtgørelse. Den nye bekendtgørelse forventes at få virkning fra juli 2021. Styrelsen forventer, at der løbende vil blive offentliggjort afgørelser truffet efter den nye journalføringsbekendtgørelse.

Sammenfatningen offentliggøres på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside www.stpk.dk og vil blive ajourført og udbygget efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne og bedes sendt til stpk@stpk.dk.

2. Indledning

Formålet med patientjournalen er ifølge journalføringsbekendtgørelsen:

- at danne grundlag for information og behandling af patienten af hensyn til patientsikkerheden
- at dokumentere den udførte behandling
- at fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten
- at 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 tilsynsager.

2.1. Afgørelser i praksissammenfatningen

Praksissammenfatningen er baseret på behandlingsklagesager behandlet af:

- Styrelsen for Patientklager
- Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Patientombuddet

Styrelsen for Patientsikkerhed og Patientombuddet varetog tidligere klagesagsbehandlingen af sagerne efter klage- og erstatningslovens § 1, men opgaven overgik til Styrelsen for Patientklager den 1. juli 2018.

Afgørelserne i sammenfatningen er udvalgt ud fra deres indhold og egnethed til at redegøre for Styrelsen for Patientklagers og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis. De gengivne afgørelser vedrører de bestemmelser i journalføringsbekendtgørelsen, som oftest danner grundlag for klagesager. Sammenfatningen indeholder således ikke afgørelser vedrørende alle journalføringsbekendtgørelsens bestemmelser.

De sager, der er medtaget i sammenfatningen, er udvalgt, fordi de er særligt egnede til at illustrere styrelsens praksis. Der er i sammenfatningen en høj andel af sager, der er afgjort med kritik for journalføringen, hvilket ikke må tages til udtryk for den generelle kritikprocent i sager om journalføring.

Sammenfatningen baserer sig hovedsageligt på afgørelser fra maj 2019 til november 2020. Ældre afgørelser også inddraget i fornødent omfang, da der er problemstillinger vedrørende journalføring, som der sjældent klages over.

Sagssøgningen er foretaget i Styrelsen for Patientklagers journaliseringssystem, hhv. Acadre, som blev brugt indtil den 4. maj 2019, og det nuværende WorkZone, som har været brugt siden 5. maj 2019.

2.2. Betegnelser

Disciplinærnævnet, nævnet og DN. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Journalføringsbekendtgørelsen. Bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). Nogle af de udvalgte sager vedrører tidligere versioner af journalføringsbekendtgørelsen. Sammenfatningen vil for overblikkets skyld henvise til de tilsvarende bestemmelser i den seneste udgave af bekendtgørelsen, hvis de er videreført uden indholdsmæssige ændringer.

STPK. Styrelsen for Patientklager. Fra den 1. juli 2018 overtog STPK al klagesagsbehandling fra STPS.

STPS. Styrelsen for Patientsikkerhed. Det tidligere Patientombuddet blev den 8. oktober 2015 en del af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen. Af hensyn til læsevenligheden benyttes "styrelsen", uanset om det har været STPK, STPS eller Patientombuddet, der har været ansvarlig for behandlingen af sagen.

3. Beskrivelse af retsgrundlag

STPK og disciplinærnævnets kompetence til at træffe afgørelse i sager om journalføring fremgår af klage- og erstatningslovens § 1 og § 2.

STPK behandler klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-9.

Disciplinærnævnet behandler klager fra patienter over autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-7 og 9 samt afsnit IV.

STPK og disciplinærnævnet træffer afgørelse om, hvorvidt den sundhedsfaglige virksomhed (herunder journalføring) har været kritisabel, jf. klage- og erstatningslovens § 1, stk. 2, og § 3, stk. 1.

Normen for almindelig anerkendt faglig standard

STPK og disciplinærnævnet tager ved sin vurdering stilling til, om der blev handlet i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard". Normen for almindelig anerkendt faglig standard beskrives blandt andet i journalføringsbekendtgørelsen, som er udstedt af STPS.

Vurderingen af, hvorvidt journalføringen var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, baseres dels på en juridisk vurdering og dels på et sundhedsfagligt skøn. Den juridiske vurdering baseres på de dagældende love, bekendtgørelser og vejledninger. Det sundhedsfaglige skøn foretages af STPK og disciplinærnævnet med bistand af en sagkyndig med særligt fagligt kendskab til det specifikke sundhedsfaglige område.

Sagsproces

Når STPK eller disciplinærnævnet modtager en klage over journalføringen er sagsgangen:

- materiale samt udtalelser fra den/de indklagede indhentes
- klagepunkter udarbejdes og sendes sammen med det indhentede materiale i partshøring hos klager
- ved behov sendes klagen, klagepunkterne og sagens øvrige relevante materiale til en sagkyndig. Den sagkyndige foretager en sundhedsfaglig vurdering af sagen med udgangspunkt i de opstillede klagepunkter og det foreliggende materiale.
- afgørelsen træffes på baggrund af en juridisk vurdering og den eventuelle sagkyndige vurdering.

Love, bekendtgørelser og vejledninger

Følgende love er relevante for afgørelser om journalføring:

- [Klage- og erstatningsloven, lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018](#)
- [Autorisationsloven, lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019](#)

Følgende bekendtgørelser er relevante for afgørelser om journalføring:

- [Journalføringsbekendtgørelsen, bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede psykologers pligt til at føre ordnede optegnelser, nr. 813 af 12. september 1994](#)

Følgende vejledninger kan være relevante for afgørelser om journalføring:

- [Vejledning om epikriser, vejledning nr. 10036 af 30. november 2018](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, vejledning nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om information og samtykke, vejledning nr. 161 af 16. september 1998](#)

4. Patientjournalen

Ifølge § 2 i journalføringsbekendtgørelsen indeholder en patientjournal oplysninger om patientens tilstand og behandling. Journalen skal også indeholde oplysninger om den information, som patienten har fået, og om patienten giver samtykke til behandlingen. Oplysninger om private forhold og andre fortrolige oplysninger er også en del af patientjournalen, hvis de opbevares i journalen.

Derudover er blandt andet sundhedsfaglige erklæringer og epikriser også en del af patientjournalen, hvis de har betydning for behandlingen. Lydfiler fra lægevagten er som udgangspunkt ikke en del af journalen, da de optages med henblik på kvalitetssikring og ikke af behandlingsmæssige årsager.

Følgende eksempler illustrerer, hvilke elementer der kan anses for at være en del af patientjournalen.

CASE (SAG 1 – [LINK](#))

Der blev klaget over et afslag på en anmodning om aktindsigt. Det fremgik af en udtalelse fra behandlingsstedet, at journalen indeholdt intern kommunikation til relevante medarbejdere, og at man ikke anså disse notater for at være en del af patientjournalen.

Der blev udtalt kritik, fordi:

- der ikke opereres med interne arbejdsnotater i sundhedslovgivningen
- hvis man ønsker at foretage notater, som er til internt brug, så må der anvendes et separat system ved siden af patientjournalen, forudsat at disse notater ikke burde være en del af patientjournalen.

CASE (SAG 2 – [LINK](#))

Der blev klaget over et afslag på en anmodning om aktindsigt i patientens dagbog for indlæggelsen på et hospital. Det fremgik af en udtalelse fra behandlingsstedet, at dagbogen ikke var en del af behandlingsforløbet eller journalen.

Der blev udtalt kritik, blandt andet fordi:

- patientdagbøger for intensivpatienter sædvanligvis føres af sygeplejersker på intensiv afdeling. Sygeplejerskerne noterer observationer om patientens tilstand i dagbøgerne.
- notaterne indeholdt oplysninger om patientens helbredstilstand som eksempelvis vejrtrækningsbesvær, tilslutning til respirator, intubering, hukommelsesvigt, EEG-undersøgelse, intensivt delir og brug af sovemedicin
- ordnede optegnelser om en patients helbredstilstand i form af dagbogsnotater, som føres af autoriseret sundhedspersonale, og som har til hensigt at understøtte forebyggelsen af sygdom og sikre patientens forståelse af forløbet, er en del af den sundhedsfaglige patientjournal
- uanset det forhold, at dagbogsnotaterne alene blev ført som et supplement til den traditionelle sundhedsfaglige journal, var det styrelsens opfattelse, at dagbogsnotaterne indeholdt helbredsoplysninger om patienten, som i sig selv ikke kan udgøre et privat dokument
- der ikke i sundhedslovgivningen findes en hjemmel til at føre sådanne notater adskilt fra journalen.

Følgende eksempel illustrerer, at ophold på et socialpædagogisk botilbud kan blive omfattet af reglerne om journalføring.

CASE (SAG 3 – [LINK](#))

Der blev klaget over ukorrekt opbevaring af en patientjournal. Patienten blev behandlet på et botilbud, hvor medicinlisterne blev makuleret et halvt år efter patienten ikke boede der længere. Det fremgik af en udtalelse, at medicinen blev administreret af personalet på bostedet.

Der blev udtalt kritik, blandt andet fordi:

- medicin håndtering, såsom medicindosering, er lægeforbeholdt virksomhed
- at medicinlister er en del af patientjournalen
- der var pligt til at journalføre medicindoseringen, ligesom journalen for dette burde have været opbevaret i fem år fra den sidst foretagne oplysning.

5. Journalføringspligt og -ansvar (§§ 5-7)

5.1. Journalføringspligt

Alle autoriserede sundhedspersoner, der som led i deres virksomhed foretager behandling af en patient, har pligt til at føre patientjournaler, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 5, jf. § 1, stk. 1.

Psykologer er dog ikke omfattet af journalføringsbekendtgørelsen. Deres journalføringspligt reguleres af bekendtgørelse om autoriserede psykologers pligt til at føre ordnede optegnelser.

Følgende eksempel illustrerer, at en patient ikke kan modsætte sig, at der føres journal.

CASE (SAG 4 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke havde samtykket til, at oplysningerne fra en samtale skulle journalføres.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- en samtale til en forvisitation er omfattet af behandlingsbegrebet
- journalføringspligten ikke er betinget af patientens samtykke hertil.

5.2. Hvor er der krav om journalføring?

Det er et krav, at der bliver ført patientjournaler ved behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier og i privat praksis. Det samme gælder, når behandlingen sker i private hjem, herunder i vagtlægeordninger samt på offentlige og private institutioner, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 6.

Følgende eksempel illustrerer, at journalføringspligten gælder hos alment praktiserende læger samt begrænsningerne for at se journaloplysninger på www.sundhed.dk.

CASE (SAG 5 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der ikke blev ført journal over flere lægebesøg i en privat praksis, idet oplysningerne ikke fremgik af www.sundhed.dk.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der blev ført journal for alle konsultationer i perioden

- det er muligt at se svar på prøver på www.sundhed.dk, men ikke journaloplysninger fra konsultationer fra alment praktiserende læger.

5.3. Ansvaret for indholdet i journalen

Enhver autoriseret sundhedsperson er ansvarlig for indholdet af sine optegnelser i journalen, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 7.

En autoriseret sundhedsperson der er ansat på et sygehus eller en klinik, og som anvender teknisk bistand, har som udgangspunkt ikke pligt til at efterkontrollere journalnotatet. Dette gælder, medmindre der er konkrete omstændigheder som svækker formodningen om, at den tekniske bistand er foretaget korrekt.

Ved teknisk bistand er der tale om personale (eksempelvis en lægesekretær), der rent teknisk indfører diktater eller lignende i den enkelte patientjournal.

Følgende eksempel illustrerer, at der skal foreligge oplysninger i sagen, som kan svække formodningen for, at den tekniske bistand er varetaget korrekt.

CASE (SAG 6 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke fremgik af journalen, at patienten havde fået anlagt en blokade i foden, og hvem der havde anlagt blokaden. Det blev til sagen oplyst, at indklagede beskrev og dikterede anlæggelsen af blokaden. Efterfølgende journalførte en sekretær notatet cirka tre uger senere, hvor journalnotatet blev kontrolleret af indklagede.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der ikke var konkrete omstændigheder, som gjorde, at der burde have været foretaget en efterkontrol af journalnotatet kort tid efter behandlingen.

6. Krav til patientjournalen (§§ 8-9)

Journalføringsbekendtgørelsen stiller forskellige krav til patientjournalen. Der er i det følgende afsnit udvalgt afgørelser til at illustrere nogle af disse krav i forhold til formkrav til patientjournalen, oplysninger om vedkommende, som foretager journalnotatet samt brug af forkortelser. Derudover er det et krav, at journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

6.1. Formkrav

En patientjournal kan føres både elektronisk og på papir, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 8, stk. 1.

Hvis en patientjournal føres delvis som papirjournal og delvis elektronisk, skal det klart fremgå af begge, hvilke oplysninger der føres i den elektroniske patientjournal, og hvilke oplysninger der føres i papirjournalen, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 8, stk. 2.

Følgende eksempel illustrerer, at der kan være mulighed for at notere på papir, selv om der foreligger en elektronisk patientjournal.

CASE (SAG 7 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der blev ført journal i en lommebog. Nævnet modtog i forbindelse med sagsbehandlingen patientens journal i elektronisk form.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- en journal kan føres både elektronisk og på papir
- nævnet fik fremsendt et fyldestgørende elektronisk journalnotat, hvorfor der ikke var grundlag for at antage, at patientjournalen blev ført delvis som papirjournal og delvis elektronisk
- det, efter nævnets opfattelse, ikke vil være kritisabelt at foretage noter på papir for herefter at indføre noterne i en elektronisk patientjournal.

6.2. Identifikation af den journalførende samt brug af forkortelser

En patientjournal skal indeholde oplysninger om:

- hvem der har skrevet journalnotatet
- hvornår det er skrevet
- personens fulde navn, titel og afdelingstilknytning
- dato og om nødvendigt klokkeslæt for kontakten
- oplysninger om konsultationen, behandlingen, telefonkontakten, sygehusbesøget, m.v.
- indlæggelse og udskrivning.

Dette følger af journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 2.

Følgende eksempler illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre navn, titel og afdelingstilknytning, når der foretages behandling, og at initialer kan være tilstrækkelig identifikation af en sundhedsperson.

CASE (SAG 8 – [LINK](#))

Der blev blandt andet klaget over, at ortopædkirurgens navn og titel ikke fremgik af journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalen ikke indeholdt oplysninger om, hvem der havde foretaget journalnotatet, i form af sundhedspersonens fulde navn, titelbetegnelse og afdelingstilknytning.

CASE (SAG 9 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalnotaterne var anonyme.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalnotaterne indeholdt initialer på, hvem der havde foretaget journalnotatet og behandlingen
- sundhedspersonerne ville kunne identificeres ud fra initialer, dato og tidspunkt, og at der derfor ikke var tale om anonyme journalnotater.

Det følger af journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 5, at journalføringen, herunder forkortelser, skal være forståelige for andre autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp, der deltager i behandling af patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt, hvis journalen ikke er forståelig for andre sundhedspersoner.

CASE (SAG 10 – [LINK](#))

Der blev klaget over utilstrækkelig behandling af nakke, skuldre og ryg hos en kiropraktor. Det var ikke muligt at vurdere en del af behandlingen, idet der ikke forelå tilstrækkelig dokumentation til at afgøre, hvorvidt der var grundlag for at udtale kritik.

Der blev blandt andet udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalen indeholdt håndskrevne journalnotater, som ikke var læsbare for styrelsen, som derfor måtte bede om en konkret oversættelse
- der var anvendt bogstaver og skrå streger, som ikke var almindeligt anvendte blandt andre autoriserede sundhedspersoner, herunder andre kiropraktorer.

6.3. Tidspunkt for journalføring

Oplysninger i patientjournalen skal journalføres i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Journalnotaterne skal derudover stå i kronologisk rækkefølge, medmindre der er tale om en tværfaglig journal jf. journalføringsbekendtgørelsens § 9, stk. 3.

Følgende eksempler illustrerer, hvad der kan forstås med formuleringen "i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten". Begge afgørelser vedrører patienter, som var indlagt.

CASE (SAG 11 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at et referat fra et møde med pårørende til en patient på en psykiatrisk afdeling ikke blev journalført rettidigt. Mødet fandt sted den 8. august 2019, og referatet blev journalført den 13. august 2019.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- udarbejdelsen af notatet om samtalen med de pårørende skete fem dage efter samtalen fandt sted
- lægenotater fra samtaler skal udarbejdes hurtigst muligt, hvilket vil sige, hvis det er praktisk muligt i umiddelbar forlængelse af samtalen, og senest inden lægen afslutter sin vagt og forlader arbejdspladsen.

CASE (SAG 12 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalføringen af oplysninger omkring patientens medicin først blev journalført to dage efter indlæggelsen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- oplysninger om en patients medicin er en relevant oplysning
- journalføringen skete to dage efter indlæggelsen og dermed ikke skete i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten
- optegnelserne vedrørende patientens medicin fra indlæggelsesdatoen ikke fremgik kronologisk i journalen
- der ikke blev sikret kontinuitet i behandlingen, og at der ikke kunne ske udveksling af relevant information mellem fagpersonerne, som var involveret i behandlingen af patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der er forskel på journalnotatets tidsangivelse, og hvornår behandlingen reelt fandt sted.

CASE (SAG 13 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalens notater var angivet tidsmæssigt forkert og ikke var skrevet på det klokkeslæt, hvor patienten blev undersøgt.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det er normal praksis, at journalføringen sker efter undersøgelsen er gennemført, og hvis det er en akut situation, må journalføringen vente, indtil behandlingen er iværksat
- at journalnotaterne blev ført i nær sammenhæng med behandlingen
- der var tale om en akut situation, og at det derfor var relevant først at undersøge og behandle patienten.

7. Patientjournalens indhold (§ 10)

Journalføringsbekendtgørelsens § 10 opstiller en række oplysninger, som kan være relevante at angive i en patientjournal. Afgørende for patientjournalens indhold er, at oplysningerne skal fremgå af journalen, såfremt der er tale om oplysninger, som er relevante og nødvendige. Der er derfor ikke tale om et krav om, at alle oplysningerne i journalføringsbekendtgørelsens § 10 skal fremgå af patientjournalen.

7.1. Relevans- og nødvendighedskriteriet

Journalen skal indeholde korrekte og relevante oplysninger om patienten og den konkrete patientkontakt.

Relevanskriteriet indebærer, at det ikke er alle oplysninger, der fremkommer i kontakt med patienten, som skal journalføres. Journalen skal også indeholde de oplysninger, som er nødvendige for at foretage anmeldelser og opfylde oplysningspligt fastsat i lovgivningen eller i medfør af lovgivningen.

Det vil ofte være en sundhedsfaglig vurdering, hvorvidt en oplysning er relevant og nødvendig. Derfor kan sagkyndige medvirke til at vurdere, hvorvidt journalføringen har været i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, når en sag skal afgøres i Styrelsen for Patientklager eller i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Vurderingen heraf vil bero på den aktuelle faglige norm inden for den pågældende autoriserede faggruppe og det relevante speciale eller fagområde samt de konkrete forhold omkring patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at relevans- og nødvendighedskriteriet indgår i vurderingen af, hvorvidt journalføringen er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

CASE (SAG 14 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at et ønske om at blive scannet ikke blev journalført.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der ikke er pligt til at journalføre den type oplysning
- det blev lagt vægt på, at sundhedspersonalet vurderede, at der ikke var tale om en oplysning, som var relevant eller nødvendig for behandlingen af patienten.

7.2. Stamoplysninger (§ 10, stk. 2, nr. 1)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde stamoplysninger i form af:

- patientens bopæl
- patientens nærmeste pårørende og hvordan vedkommende kan kontaktes
- hvem der skal give samtykke, hvis patienten ikke har samtykkekompetence
- særlige forhold såsom f.eks. allergi
- eventuelle samarbejdspartnere, eksempelvis sygehus, hjemmesygeplejen eller egen læge
- om patienten har oprettet et livstestamente.

Følgende eksempler illustrerer, at der ikke nødvendigvis bliver udtalt kritik, selvom der journalføres ukorrekte stamoplysninger.

CASE (SAG 15 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der af journalen fra patientens alment praktiserende læge fremgik en række faktisk forkerte oplysninger, herunder patientens tidligere bopæl og uddannelse.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- et journalnotat, hvor en samtale resumeres og gengives, i høj grad indeholder en gengivelse af sundhedspersonens forståelse af samtalen
- oplysningerne ikke havde betydning for den behandling, som patienten modtog for blandt andet sin diagnose, kronisk træthedssyndrom.

CASE (SAG 16 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at behandlingsstedet fejlagtigt havde journalført, at patienten boede sammen med sin mand, selvom patienten var enke på indlæggelsestidspunktet. Behandlingsstedet oplyste, at det fremgik af de patientadministrative data i journalsystemet, at patienten var enke, og at det efterfølgende blev rettet i journalen.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalføringen af patientens civilstand ikke havde væsentlig betydning for behandlingen, idet det var korrekt anført i de patientadministrative data, at hun var enke.

7.3. Årsag til kontakten m.v. (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra a)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger i form af:

- årsagen til kontakten
- beskrivelse af patientens sygehistorie og nuværende tilstand
- patientens aktuelle behandling
- patientens status ved indlæggelse og udskrivning.

7.3.1. Årsagen til kontakten

Følgende eksempel illustrerer, hvad der kan anses som tilstrækkelig journalføring af årsagen til kontakten, når der klages over dette.

CASE (SAG 17 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der blev noteret urigtige oplysninger i journalen, og at journalen generelt var mangelfuld.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalen indeholdt en relevant og grundig beskrivelse af, hvad der var årsagen til kontakten, herunder hvad patientens symptomer var ved konsultationen, samt hvad patienten blandt andet tidligere var udredt og behandlet for
- journalen beskrev patientens bekymringer i forhold til eget helbred
- et journalnotat, hvor en samtale resumeres og gengives, i høj grad indeholder en gengivelse af sundhedspersonens forståelse af samtalen.

7.3.2. Beskrivelse af sygehistorie

Følgende eksempel illustrerer, hvordan en klage over mangelfuld journalføring af sygehistorien kan afgøres.

CASE (SAG 18 – [LINK](#))

Der blev klaget over journalføring af forkerte oplysninger, idet det ikke fremgik af journalen, at patienten havde oplyst, at hendes blodtryk normalvis var lavere.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- oplysningerne i journalen generelt tillægges stor bevisværdi
- at disciplinærnævnet ikke har mulighed for at få sagen yderligere belyst
- at indklagede journalførte, hvad indklagede fandt relevant vedrørende patientens sygehistorie, hvorfor det ikke kunne kritiseres, at det ikke fremgik af journalen, at patienten oplyste, at hendes blodtryk normalvis var lavere.

Følgende eksempel illustrerer, at patientens sygehistorie i form af respons på medicin ikke altid er nødvendig at journalføre.

CASE (SAG 19 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det burde have været journalført, at patienten ikke responderede godt på Panodil, idet patienten i forvejen fik Bonyl.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det er sædvanlig praksis at ordinere fast smertestillende behandling uanset om en patient får Bonyl
- at der kan være en forstærkende smertestillende effekt ved at kombinere Panodil og Bonyl
- oplysningen ikke havde behandlingsmæssig betydning i forhold til den smertestillende behandling.

Følgende eksempel illustrerer, at sundhedspersonens opfattelse af sygehistorien kan lægges til grund ved vurderingen af, hvorvidt journalføringen har været i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

CASE (SAG 20 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der blev journalført forkerte oplysninger om, hvordan en skade skete. Det blev journalført, at patienten var snublet og faldet ned af

nogle trappetrin, hvor patienten havde slået baghovedet og ryggen. Det fremgik af klagen, at patienten havde haft et fald på cirka tre meter, hvor hun var landet hårdt på hoved og ryg.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det er disciplinærnævnets opfattelse, at sundhedspersoner skal anføre det, som sundhedspersonerne finder relevant og skal gengive en samtale, som de har forstået den
- et journalnotat, hvor en samtale resumeres og gengives, indeholder i høj grad en gengivelse af sundhedspersonernes forståelse af samtalen
- det blev journalført, at patienten snublede og faldet ned af nogle trappetrin, hvor hun havde slået baghovedet og ryggen, og at dette var opfattelsen af årsagen til patientens skader.

7.3.3. Nuværende tilstand

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor der er uoverensstemmelse mellem klager og indklagede omkring oplysningerne om patientens nuværende tilstand.

CASE (SAG 21 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalen ikke blev ført på relevant vis, idet det fremgik af journalen, at patienten kunne bruge hånden til blandt andet håndbold. Patienten anførte, at hun havde oplyst, at hun ikke kunne bruge hånden i hverdagen samt ikke kunne kaste og gribe en bold.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ikke kunne fastslås, at patienten havde oplyst, at hun ikke kunne bruge hånden i hverdagen samt ikke kunne kaste og gribe en bold
- journalen indeholdt information om patientens nuværende tilstand i form af en beskrivelse af håndens funktionsniveau
- journalen afspejlede sundhedspersonens forståelse af samtalen.

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor der blev fundet grundlag for at kritisere journalføringen af patientens nuværende tilstand, idet der var en lydfil tilgængelig fra opkaldet.

CASE (SAG 22 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det var ukorrekt, at det fremgik af journalen, at der ikke var opkast. Der var en lydfil tilgængelig fra opkaldet til brug for sagens behandling.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det blev journalført, at patienten ikke havde opkast, selvom der ikke blev oplyst herom
- at der ikke blev journalført konkrete oplysninger, som var relevante og nødvendige i forhold til at beskrive patientens nuværende tilstand, blandt andet at der ifølge lydfilen blev oplyst, at der dagen forinden var blevet foretaget en øjenoperation, og at patienten var svimmel og med kvalme, som var opstået pludseligt og havde varet i en time.

7.3.4. Oplysninger om aktuel behandling

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor der blev fundet grundlag for at kritisere journalføringen af patientens aktuelle behandling på et andet behandlingssted, da det havde betydning for behandlingen.

CASE (SAG 23 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke blev journalført, at patienten var blevet indlagt på et hospital grundet blodpropper i ben og lunge. Patienten boede på et plejecenter, som journalførte, at patienten var blevet indlagt grundet hævelse i benet, og at han blev sat i behandling med blodfortyndende medicin.

Der blev udtalt kritik for journalføringen på plejecenteret, fordi:

- det ikke fremgik af journalen, at patienten havde været indlagt, hvad han havde modtaget behandling for, og hvorfor der var blevet iværksat behandling med blodfortyndende medicin
- det burde have været journalført, for at sikre, at der var relevante oplysninger til rådighed om patientens aktuelle behandling for personalet på plejecenteret
- det ikke fremgik andre steder, at patienten var kendt med blodpropper, og hvordan dette skulle behandles og forebygges.

7.3.5. Status ved indlæggelse og udskrivning

Journalen skal indeholde oplysninger om patientens status ved indlæggelse og udskrivning, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

CASE (SAG 24 – [LINK](#))

Det blev klaget over, at der burde have været ført journal over hjemsendelsen af patienten.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- udskrivelse af en patient samt hjemsendelse af en patient med åben indlæggelse sker under ansvar af en læge
- der ikke forelå et journalnotat, og der burde have været ført journal omkring patientens tilstand ved hjemsendelsen.

7.4. Observationer og undersøgelser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra b)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger i form af:

- observationer
- undersøgelser
- resultatet af observationerne og undersøgelserne.

7.4.1. Observationer

Følgende eksempler illustrerer, hvilke observationer der kan være relevante at notere i journalen i forbindelse med behandling af en patient.

CASE (SAG 25 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke fremgik af journalen, at patienten havde problemer med koordination ved indtagelse af væske efter en kateterbehandling af hjernens blodkar (AVM-behandling). Det fremgik yderligere af klagen, at patienten ikke kunne ramme munden med sugerør eller krus.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der blev journalført observationer af patienten, herunder hvor meget og hvordan hun drak efter AVM-behandlingen
- oplysningerne i journalen generelt tillægges stor bevisværdi. Dette skyldes, at journalnotater bliver skrevet i umiddelbar tilknytning til behandlingen og således på et tidspunkt, hvor der endnu ikke er klaget over behandlingen.
- at det ikke fremgik af journalen, at patienten ikke kunne ramme munden med sugerør eller krus, og der blev derfor ikke fundet grundlag for at fastslå, at dette var tilfældet.

Følgende eksempel illustrerer, at patientjournalen er et arbejdsredskab, og at der derfor kan fremgå diagnostiske overvejelser og andre observationer.

CASE (SAG 26 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fremgik af patientens journal, at patienten havde en mulig personlighedsforstyrrelse, og at patienten formentligt havde taget en del anden medicin på illegal vis.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalen er et arbejdsredskab, som sædvanligvis indeholder diagnostiske overvejelser og observationer med det formål at tilrettelægge yderligere undersøgelser og det videre behandlingsforløb
- det var styrelsens opfattelse, at der var tale om relevante oplysninger, idet der var tale om oplysninger om patientens adfærd og de konklusioner som blev draget på baggrund af adfærden.

7.4.2. Undersøgelser

Følgende eksempel illustrerer, at manglende journalføring af væsentlige oplysninger omkring udførte undersøgelser kan medføre kritik.

CASE (SAG 27 – [LINK](#))

Der blev klaget over utilstrækkelig undersøgelse, hvor der efterfølgende blev påvist en tumor i tungeroden i halsen. Det fremgik af en udtalelse fra indklagede, at der blev foretaget en undersøgelse i form af palpation af patientens tunge, mundbund, kind og hals, som ikke var blevet journalført.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det blev lagt til grund ved vurderingen af behandlingen, at indklagede havde foretaget den givne undersøgelse
- der var tale om en relevant oplysning, som burde have været journalført.

Følgende eksempel illustrerer, at tilbud om relevante undersøgelser også kan være relevante at journalføre i tilfælde, hvor patienten afslår at få foretaget undersøgelserne.

CASE (SAG 28 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten blev utilstrækkeligt undersøgt for sine symptomer med mistanke om en træsplint i låret. Indklagede oplyste i en udtalelse, at hun havde tilbudt at henvise til en ultralydsscanning samt informeret patienten nærmere om undersøgelsen. Herunder at dette blev afslået af patienten, som valgte en røntgenundersøgelse i stedet.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det blev lagt til grund ved vurderingen af behandlingen, at indklagede havde anbefalet at henvise til en subakut ultralydsscanning
- der burde have været journalført tilbud og givne informationer om ultralydsscanningen samt afvisning heraf, idet det var relevante informationer ved behandling for en træsplint.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre resultaterne fra en røntgenundersøgelse.

CASE (SAG 29 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen af parodontitis (tandkødsbetændelse) hos en tandplejer. Indklagede oplyste i en udtalelse, at der blev anvendt den information, der kunne udledes af de foretagne røntgenundersøgelser ved behandlingen af patienten.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der sædvanligvis bør noteres overvejelser om fund, diagnoser og den videre behandling efter der er blevet foretaget en røntgenundersøgelse
- journalen ikke indeholdt oplysninger om fund, diagnoser og den videre behandling på baggrund af røntgenundersøgelserne
- det blandt andet burde have været journalført, at røntgenundersøgelsen viste fæstetab på flere tænder.

Følgende eksempel illustrerer, at et resultat af en undersøgelse ikke nødvendigvis skal fremgå af hovedjournalen, men kan fremgå af et bilag hertil.

CASE (SAG 30 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at resultatet af en INR-måling ikke fremgik af journalen.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- resultatet fremgik af et særskilt skema for biokemiske fund.

Følgende eksempel illustrerer, at objektivt forkerte oplysninger vedrørende undersøgelser i journalen ikke nødvendigvis i sig selv medfører kritik.

CASE (SAG 31 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fejlagtigt var angivet i journalen, at der var sket en skade på den venstre hånds tredje finger, idet skaden var sket på højre hånd. Det fremgik af en senere journaloptegnelse fra en anden afdeling, at skaden var sket på højre hånd.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det på baggrund af journalen kunne konstateres, at den korrekte finger var blevet undersøgt
- fejlen i journalen ikke havde sundhedsfaglig betydning for selve behandlingen af skaden
- objektivt forkerte oplysninger i journalen ikke nødvendigvis i sig selv medfører, at journalføringen af behandlingen er under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

7.5. Rekvirerede undersøgelser og prøver (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra c)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger i form af:

- rekvirerede undersøgelser og prøver
- resultatet af rekvirerede undersøgelser og prøver
- beskrivelser af f.eks. biologiske præparater, der danner grundlag for behandlingen
- røntgen- og laboratorieundersøgelser.

Følgende eksempel illustrerer, at journalen skal indeholde oplysninger om rekvirerede undersøgelser, hvis disse ikke gennemføres, herunder årsagen til, at de ikke gennemføres.

CASE (SAG 32 – [LINK](#))

Der blev klaget over, det fejlagtigt fremgik af journalen, at klager var udeblevet fra en CT-scanning med kontrast. Klager anførte, at hun var mødt op til scanningen, men havde fået at vide, at der ikke var nogen grund til, at hun fik foretaget scanningen. Klager anførte videre, at hun var blevet afvist, efter hun havde oplyst, at hun havde høfeber og ikke kunne tåle nødder. Der blev ikke noteret andet i journalen, end at hun var udeblevet. Idet det ikke blev bestridt af behandlingsstedet, blev det lagt til grund, at klager blev oplyst om, at der ikke var nogen grund til, at hun fik foretaget CT-scanningen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ikke blev journalført, hvorfor den planlagte CT-scanning ikke blev gennemført
- det skal noteres i journalen, hvorfor en scanning ikke gennemføres, idet nogle årsager er vigtige for eventuelle fremtidige scanninger, eksempelvis reaktioner på lægemidler, som kræver medicinsk behandling, eller at scanningen ikke fandtes indikeret på det foreliggende grundlag
- journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten
- det ikke er en kontraindikation for at få kontrast, at patienten har høfeber og manglende tolerans over for nødder.

Følgende eksempel illustrerer, at fejl i journalen angående undersøgelsesresultatet ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der gives kritik, såfremt det korrekte undersøgelsesresultat står et andet sted i journalen.

CASE (SAG 33 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der blev journalført forkert størrelse af et modermærke, som var blevet fjernet.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- oplysningen ikke havde betydning for den efterfølgende behandling, da den korrekte størrelse fremgik af patologisvaret og andre steder i journalen.

7.6. Diagnose eller sundhedsfagligt skøn (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra d)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger om diagnose eller sundhedsfagligt skøn om sygdommens art.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være relevant at journalføre overvejelser om mulige diagnoser. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [7.4.1](#).

CASE (SAG 26 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fremgik af patientens journal, at patienten havde en mulig personlighedsforstyrrelse, og at patienten formentligt havde taget en del anden medicin på illegal vis. Patienten anførte, at han aldrig havde været i udredning for en personlighedsforstyrrelse, og at ingen tidligere havde haft opfattelsen af, at han havde et stofmisbrug med illegal medicin.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- oplysningerne var relevante og havde karakter af diagnostiske overvejelser og observationer, der tjener til formål at tilrettelægge undersøgelser og behandlingsforløb.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være relevant alene at journalføre den primære diagnose, når patienten har pådraget sig flere skader.

CASE (SAG 34 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der alene blev journalført én diagnose i form af kvæstelse af hoften, selvom patienten tillige havde slået lænden.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der var journalført relevante oplysninger om patientens sygehistorie
- ikke alle overvejelser nødvendigvis skal journalføres
- det fremgik af journalen, at patienten tillige havde smerter bagtil ved overgangen mellem lænderyg og bækken.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt at journalføre en forkert diagnose.

CASE (SAG 35 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fejlagtigt blev noteret i journalen, at patienten var kendt med skizofreni. Patienten var blevet indlagt på en akutmodtagelse, idet han havde haft atypiske krampeanfald. Der blev henvist til et fysioterapeutisk tilsyn. I journalnotatet efter tilsynet blev det noteret, at patienten var kendt med skizofreni.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ikke fremgik af patientjournalen, at patienten på noget tidspunkt var diagnosticeret med skizofreni.

7.7. Indikation for undersøgelsen/behandlingen (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra e)

Journalen skal blandt andet indeholde indikation for undersøgelsen/behandlingen, hvis der er tale om relevante og nødvendige oplysninger.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre indikationen for ordination af et lægemiddel.

CASE (SAG 36 – [LINK](#))

Der blev klaget over manglende indhentelse af informeret samtykke til behandlingen med et lægemiddel. Der blev ikke fundet grundlag for at kritisere indhentelse af det informerede samtykke, men det fremgik blandt andet ikke af journalen, på hvilket grundlag lægemidlet blev ordineret.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- journalen ikke indeholdt oplysninger omkring indikation og faglige overvejelser omkring ordinationen af lægemidlet
- det ikke kunne føre til et andet resultat, at oplysninger omkring hensyn og faglige overvejelser, som lå bag ordinationen, blev journalført ved en ambulansesamtale 11 dage efter ordinationstidspunktet.

7.8. Planlagt og udført behandling (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra f)

Journalen skal indeholde oplysninger om planlagt og udført behandling, og hvilke materialer og lægemidler der er anvendt, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt at journalføre behandling, som ikke har fundet sted.

CASE (SAG 37 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der fremgik forkerte oplysninger i journalen, da der ikke var blevet udført en operation i undermundten. Det fremgik af et senere journalnotat, at beskrivelsen af operationen i undermundten var en standardtekst, som skulle have været fjernet, da der ikke blev foretaget behandling i undermundten.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der ikke blev ført en korrekt journal, idet det beskrevne operative indgreb ikke blev udført
- journalen tillægges stor bevisværdi, og ukorrekte oplysninger i form af en operation som ikke har fundet sted, skabte usikkerhed om journalens korrekthed
- det forhold, at et senere journalnotat vedrørende oplysningerne om brug af standardtekst blev tilføjet efter klagens indgivelse, ikke ændrede nævnets vurdering.

Nedenstående eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre oplysninger om udført behandling.

CASE (SAG 38 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke havde modtaget tilstrækkelig behandling og opfølgning ved genoptræning. Der blev ikke fundet grundlag for at kritisere behandlingen, men der blev udtalt kritik for journalføringen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- en patientjournal tjener flere formål, idet den både dokumenterer den udførte behandling og pleje, sikrer kontinuitet i behandlingen og plejen, informerer patienten og sikrer udveksling af relevant information mellem fagpersoner, der er involveret i behandlingen af patienten
- der alene blev journalført 5 ud af 14 holdtræninger
- der er journalføringspligt for den behandling som udføres, uanset om der er tale om et individuelt behandlingsforløb/genoptræningsforløb eller holdtræning, hvor flere patienter modtager behandling samtidigt
- der skal foretages dokumentation i journalen, så der kan ske korrekt opfølgning på den givne behandling/træning, således det er muligt at tilpasse og justere denne. Journalen skal herunder angive hvilke øvelser, der laves samt til hvilket formål og i hvilken dosis, øvelserne er lavet.

7.9. Sundhedsfaglig pleje (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra g)

Journalen skal indeholde informationer om den sundhedsfaglig pleje, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, hvilke generelle betragtninger der kan gøre sig gældende vedrørende journalføringen af plejen på et sygehus, herunder at gentagelser ikke nødvendigvis skal noteres i en journal.

CASE (SAG 39 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det blandt andet ikke fremgik af journalen, hvor mange sugninger der blev foretaget i patientens mundhule, at der ikke blev journalført oplysninger om plejen udført den 3. maj 2018 kl. 7, samt antallet af bleskift i løbet af en nattevagt.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der allerede var konstateret et stort behov for sugning, og at det ikke var relevant at gentage journalføringen af denne observation

- det ikke er sædvanligt at lave et journalnotat, hver gang en patient tilses af en sygeplejerske, hvis dette ikke har betydning for den allerede udførte observation, pleje og behandling
- det ikke er sædvanligt at journalføre antallet af bleskift i løbet af en vagt, når patienten er indlagt med et andet behandlingssigte, men alene at bleskift er blevet foretaget.

Følgende eksempel illustrer, at det kan være tilstrækkeligt at journalføre observationer af patienten i forbindelse med plejen. Afgørelsen er også omtalt i afsnit [7.4.1.](#)

CASE (SAG 25 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke fremgik af journalen, at patienten havde problemer med koordination ved indtagelse af væske.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- styrelsen ikke fandt grundlag for at fastslå, at patienten ikke kunne ramme munden med sugerør eller krus ud fra sagens materiale
- journalen i øvrigt indeholdt oplysninger om hvordan og hvor meget patienten drak.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være tilstrækkeligt alene at journalføre ændringer i patientens tilstand eller behandling på et plejehjem. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [6.2.](#)

CASE (SAG 9 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget tilstrækkelig journalføring, idet flere behandlinger ikke var journalført på et plejehjem. I forbindelse med sagsbehandlingen blev der fremsendt en instruks vedrørende dokumentation af sygeplejeindsatser fra den pågældende kommune.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- en patientjournal tjener flere formål, idet den både dokumenterer den udførte behandling og pleje, sikrer kontinuitet i behandlingen og plejen, informerer patienten og sikrer udveksling af relevant information mellem fagpersoner, der er involveret i behandlingen af patienten
- det fremgik af instruksen, at sygeplejeindsatser ikke skal dokumenteres særskilt, hvis udførelsen af indsatsen leveres uden afvigelser, særlige observationer eller ændringer i tilstand eller handlingsanvisning

- der på denne baggrund ikke skulle journalføres for hvert enkelt besøg, men derimod ved ændringer i patientens tilstand eller behandling
- alle sygeplejefaglige problemområder blev journalført sammen med oprettelsen af relevante sygeplejeindsatser for blandt andet væske, ernæring, mobilisering, personlig pleje og sårpleje. Der blev hertil journalført handlingsanvisninger og handleplaner, som derudover var med til at sikre kontinuitet i behandlingen og plejen.
- journalføringen var i overensstemmelse med instruksen, hertil at behandlingen og plejen blev journalført ved at markere besøget hos patienten som udført eller leveret. Hertil blev der tilstrækkeligt journalført ved ændringer i behandlingen og patientens tilstand i form af observationer og ved opdatering af helbredstilstande, handlingsanvisninger og handleplaner i journal-systemet.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre observationer af ændringer i en patients tilstand.

CASE (SAG 9a – [LINK](#))

Der blev klaget over, at behandlingen af et sår på skinnebenet ikke blev journalført. Behandlingen blev foretaget af hjemmeplejen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- sundhedspersoners pligt til at føre journal omfatter oplysninger, der er nødvendige og relevante for behandlingen
- det er sædvanlig procedure, at der i plejeloger kun noteres, såfremt der er afvigelser fra standarden, eller hvis der ellers er behandlingsændringer og ny værdifuld pleje samt sundhedsfaglig information, som plejepersonalet fremover skal være opmærksomme på.
- der blev foretaget observationer af patientens sår på hendes ben, der var en afvigelse fra standarden og en værdifuld pleje, der krævede en rettidig behandling af såret, hvorfor behandlingsstedet burde have ført det i journalen, således der ikke skete en forsinkelse heraf

Følgende eksempel illustrerer, hvad der kan være nødvendigt at journalføre i tilfælde af et fald på et plejehjem.

CASE (SAG 40 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig journalføring af patientens fald på cykel, herunder at det ikke fremgik af journalen, hvordan og hvorfor det skete.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen af, hvordan og hvorfor uheldet skete, fordi:

- det blev journalført, at patienten havde været med i et cykeluheld, og at det var behandlingsstedets opfattelse af årsagen til skaderne. Det var derfor tilstrækkelig journalføring af årsagen til patientens tilstand at journalføre, at han havde været med i et fald med den cykel, som blev brugt til at køre ture i byen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen af patientens tilstand, fordi:

- der ikke blev journalført tilstrækkelige oplysninger om patientens tilstand og observationer i umiddelbar tilknytning til faldet, hvorfor de senere involverede sundhedspersoner ikke havde tilstrækkeligt med oplysninger til at informere vagtlægen relevant, og dermed henvise til en tilstrækkelig udredning
- symptomer i relation til et fald har betydning for den videre behandling, hvorfor der bør være opmærksomhed på at få nedskrevet oplysninger vedrørende symptomer til hjælp for den videre behandling
- det ikke blev journalført, at patienten havde smerter i siden, som det var blevet oplyst af en cykelføreren, som var tilstede ved faldet.

7.10. Komplikationer og bivirkninger (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra h)

Journalen skal indeholde oplysninger om indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v., herunder fejl og forsømmelser i forbindelse med behandlingen. Dette gælder, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre oplysninger om indtrådte komplikationer ved en operation i en operationsbeskrivelse.

CASE (SAG 41 – [LINK](#))

En afgjort sag omhandlende fjernelse af livmoderen blev genoptaget på baggrund af nye væsentlige oplysninger i form af patologisvaret fra operationen, som beskrev, at livmoderen med et fribrom blev fremsendt i flere dele. Det fremgik ikke af journalen, at livmoderen var delt.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det burde have været beskrevet i operationsbeskrivelsen, at der var optrådt komplikationer i forbindelse med fjernelsen af livmoderen i form af, at der skete deling af livmoderen med fibromet.
- det er almindelig anerkendt faglig standard at angive i operationsbeskrivelsen, om der har været problemer ved fjernelse af livmoderen gennem skeden, når livmoderen er løsnet fra bughulen. Dette særligt, hvis livmoderen deles i forbindelse hermed, idet det har afgørende betydning for behandlingsvalg i de sjældne tilfælde, hvor man, trods relevante og tilstrækkelige forundersøgelser, formoder godartet sygdom, alligevel finder kræftsygdom.

7.11. Ordination af lægemidler (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra i)

Journalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger om:

- ordination af lægemidler (bl.a. navn, styrke, mængde og dosering)
- hvornår behandlingen skal ophøre
- navnet på den ordinerende sundhedsperson
- eventuelt batchnummer.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre seponeringen af et lægemiddel i det Fælles Medicinkort eller i den elektroniske patientjournal.

CASE (SAG 42 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke blev journalført i den elektroniske patientjournal (EPJ), at lægemidlet Daxas mod kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) skulle seponeres, og at ordinationen derfor blev stående som aktiv. Det blev fra behandlingsstedet oplyst, at det blev journalført, at patienten oplyste, at han var ophørt med brug af Daxas på grund af bivirkninger, men at seponeringen ikke blev gennemført i EPJ eller det Fælles Medicinkort (FMK).

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- seponeringen med Daxas ikke blev journalført i FMK eller EPJ.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre batchnummeret ved en vaccination.

CASE (SAG 43 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at vaccineres batchnummer i forbindelse med børnevacciner ikke blev noteret i journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der burde have været journalført oplysninger om børnevaccinernes batchnumre i både journalen og vaccinationskortet
- det aktuelle batchnummer i tilfælde af en uventet vaccinationsreaktion skal kunne dokumenteres ud fra journalnotatet.

7.12. Henvisninger (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra j)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger i form af:

- henvisning til sygehus, klinik m.v. og viderehenvisning eller tilbagevisning
- årsagen, undersøgelsesresultater, diagnose og ordinerede og udførte behandlinger ved tilkald af en anden autoriseret sundhedsperson.

Følgende eksempel illustrerer, hvad der bør journalføres i en henvisning.

CASE (SAG 44 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen efter en bilulykke, hvor patienten blandt andet blev henvist til en røntgenundersøgelse og fysioterapi. Der blev ikke udtalt kritik for behandlingen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- årsagen til patientens henvendelse, beskrivelsen af hendes sygehistorie, nuværende tilstand samt oplysninger om hendes nuværende behandling samt henvisningsårsag til videre udredning ikke blev journalført
- henvisningsårsagen ikke blev journalført.

7.13. Rådgivning fra anden sundhedsperson (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra k)

Journalen skal indeholde oplysning om rådgivning indhentet fra en anden autoriseret sundhedsperson, herunder dennes navn og titel, i forbindelse med behandling af patienten, når oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ikke at journalføre det fulde navn eller

titel på den pågældende, så længe oplysningerne er tilstrækkelige til at identificere sundhedspersonen.

CASE (SAG 45 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der ved kontakt til onkologer på et andet behandlingssted ikke blev anført navn og titel på lægerne, ligesom det ikke blev journalført, hvordan man kom frem til beslutningen om iværksættelse af strålebehandling. Yderligere blev der klaget over, at der blev henvist til en ikke-navngiven neurokirurg to gange i journalen.

Der blev ikke udtalt kritik for den manglende journalføring af navnene på onkologerne på det andet behandlingssted, fordi:

- henvendelsen til onkologerne på det andet hospital blev vurderet som en tidsbestilling, og det er ikke nødvendigt at journalføre navnet på en sundhedsperson ved henvendelser om tidsbestilling på et andet hospital, fordi der ikke var tale om rådgivning.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføring af beslutningen om strålebehandling, fordi:

- der blev anført initialer på den overlæge, som der blev konfereret med i forbindelse med beslutningen om strålebehandlingen
- det var i overensstemmelse med normen for almindeligt anerkendt faglig standard at anføre en sundhedspersons initialer i journalen, så længe dette er tilstrækkeligt til at identificere sundhedspersonen.

Der blev udtalt kritik for manglende journalføring af navnet på en neurokirurg, fordi:

- navnet på neurokirurgen burde have været journalført, idet det ikke var muligt at identificere den pågældende.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre, at der er blevet konfereret, og hvem der konfereres med.

CASE (SAG 46 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen, herunder at patienten ikke blev henvist til en røntgenundersøgelse på et tidligere tidspunkt på en akutafdeling. Det blev i en udtalelse fra indklagede oplyst, at behandlingen blev konfereret med en erfaren læge, som vurderede, at der ikke var indikation for en røntgenundersøgelse, og at patienten skulle hjemsendes. Dette fremgik ikke af journalen. Det var ikke muligt for nævnet at identificere lægen, som der blev konfereret med.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- en patientjournal bør indeholde oplysninger, som er af væsentlig betydning for behandlingen af en patient. Det forhold, at en læge har konfereret med en mere erfaren kollega er en væsentlig oplysning for behandlingen og bør derfor journalføres.
- det på baggrund heraf burde have været journalført, at behandlingen blev konfereret med en erfaren kollega, herunder navn og titel på den pågældende, samt at det var denne kollegas vurdering, at patienten skulle hjemsendes.

7.14. Overflyttelser til behandling (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra I)

Patientjournalen skal, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige, indeholde oplysninger i form af:

- overflyttelser til behandling
- hvorfor patienten er blevet overflyttet
- patientens status ved overflytningen.

Følgende eksempel illustrerer, at ikke alle oplysninger ved en overflytning mellem to afdelinger nødvendigvis er relevante at journalføre.

CASE (SAG 47 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke blev tilstrækkeligt journalført, hvornår behandlingsstedets afdelinger havde været i kontakt med hinanden i forbindelse med patientens overflytning fra kardiologisk afdeling til mave-tarm kirurgisk afdeling.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der ikke foreligger klinisk praksis for at journalføre de præcise tidspunkter for alle kollegiale kontakter, herunder eksempelvis telefonisk kontakt vedrørende overflytninger mellem afdelinger
- en overflytning sker i et løbende samarbejde med personlige og telefoniske kontakter, hvorefter en konkret og formel rekvisition sendes elektronisk. Disse rekvisitioner angives med et præcist klokkeslæt.

7.15. Epikriser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra m)

Journalen skal indeholde oplysninger om indhold af udskrivningsbreve (epikriser), herunder hvem de er sendt til og hvornår, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, at det ikke nødvendigvis skal fremgå af selve epikrisen, hvem den er sendt til og hvornår.

CASE (SAG 48 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det ikke fremgik af epikrisen, hvem den var sendt til og hvornår. Til vurdering af sagen blev vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. inddraget.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det var styrelsens opfattelse, at der ikke i henhold til denne vejledning var krav om, at selve epikrisen indeholder oplysning om, hvem den er sendt til, og hvornår den er fremsendt, men at der alene er krav om, at disse oplysninger skal fremgå af patientjournalen.

7.16. Kontrol og opfølgning (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra n)

Journalen skal indeholde oplysninger vedrørende aftaler om og resultatet af kontrol og opfølgning, hvis oplysningerne er relevante og nødvendige.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre oplysninger omkring opfølgning på behandling.

CASE (SAG 49 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen af muskelsmerter i skuldre, ryg og ben. Der blev i forbindelse med behandlingen foretaget en blodprøve, som muligvis indikerede, at patienten havde gigt. Det fremgik af en udtalelse til sagen fra indklagede, at han informerede patienten om at blive tilset af en læge på baggrund af blodprøvesvaret. Dette fremgik ikke af journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- indklagede burde have journalført, at han havde vurderet og givet svar om, at patienten skulle tilses af en læge på baggrund af de seneste blodprøvesvar.

7.17. Rådgivning af patienten (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra o)

Journalen skal indeholde oplysning om rådgivning givet til patienten, hvis oplysningen er relevant og nødvendig.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre oplysning om, hvordan en patient skal forholde sig ved forværring af sin tilstand.

CASE (SAG 50 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen af smerter i lænden hos en kiropraktor. Det fremgik af en udtalelse til sagen, at patienten fik løbende information om at henvende sig ved forværring. Dette fremgik ikke af journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det burde have været journalført, at patienten modtog råd og vejledning i tilfælde af forværring.

7.18. Video- og lydoptagelser (§ 10, stk. 2, nr. 2, litra p)

Journalen skal indeholde video- og lydoptagelser m.v. foretaget som led i behandling, indtil nødvendige oplysninger herfra er journalført. Dette gælder såfremt oplysningerne er relevante og nødvendige.

Det har ikke været muligt at finde afgjorte sager, hvor der er blevet taget stilling til journalføringen i forbindelse med video- og lydoptagelser.

7.19. Andet relevant materiale (§ 10, stk. 2, nr. 3)

Journalen skal indeholde andet relevant materiale, behørigt dateret og identificeret, såfremt det er relevant og nødvendigt.

Dette er eksempelvis:

- røntgenbilleder
- kliniske fotos, herunder beskrivelser og andet diagnostisk billedmateriale f.eks. CT- og MR-scanningsbilleder og anæstesijournaler.

Det har ikke været muligt at finde afgjorte sager, hvor der er blevet taget stilling til journalføringen af andet relevant materiale.

7.20. Oplysninger i fornødent omfang (§ 10, stk. 3)

Patientjournalen skal i øvrigt i fornødent omfang indeholde en række oplysninger, som vil blive gennemgået i det følgende afsnit.

Det har ikke været muligt at finde illustrerende afgørelser over den type af oplysninger, som er angivet i journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 3:

- nr. 1 vedrørende navnet på patientens sundhedsfaglige kontaktperson
- nr. 3 vedrørende oplysninger om, hvilke beslutninger der er truffet på (afdelings-) konferencer, herunder hvem der er ansvarlig for et eventuelt besluttet undersøgelsesprogram og/eller behandling og eventuelle ordinationer samt for iværksættelsen heraf.
- nr. 5 vedrørende oplysninger om implantation af medicinsk udstyr
- nr. 6 vedrørende indberetning til Lægemiddelstyrelsen om bivirkninger ved lægemidler og hændelser ved medicinsk udstyr
- nr. 7 vedrørende information til patienten om skader, som må antages at give ret til erstatning.

7.20.1. Navn på sundhedsperson og delopgaver (§ 10, stk. 3, nr. 2)

Journalen skal, i fornødent omfang, indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget behandling m.v., herunder varetaget delopgaver ved f.eks. operative indgreb.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre, at behandlingen udføres af en anden end den journalførende sundhedsperson.

CASE (SAG 51 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalføringen var utilstrækkelig, idet det fremgik af journalen, at patienten blev tilset af en læge. Det blev i klagen anført, at patienten kun blev tilset af en sygeplejerske. Journalnotatet var blevet udarbejdet af en læge, som i en udtalelse oplyste, at patienten blev undersøgt og behandlet af en behandlersygeplejerske.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- lægen journalførte en undersøgelse, der var foretaget af en anden sundhedsperson, uden at det fremgik af journalnotatet, at lægen ikke selv havde udført undersøgelsen
- at dokumentationen for en undersøgelse sædvanligvis bygger på sundhedspersonens egen undersøgelse eller henvisning til en andens sundhedspersons undersøgelse.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre, hvis en operation delvist foretages af andre sundhedspersoner.

Det bemærkes, at der er henvist til journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 3, nr. 3, i afgørelsen, hvor der rettelig skal henvises til journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 3, nr. 2.

CASE (SAG 52 – [LINK](#))

Der blev blandt andet klaget over udførelsen af en kikkertundersøgelse. Det blev i en udtalelse anført, at to andre læger blev tilkaldt, da indklagede havde problemer med at udføre undersøgelsen. Der blev ikke fundet grundlag for at kritisere behandlingen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det burde have været journalført, at indklagede blev assisteret af to kollegaer under operationen.

7.20.2. Plan eller opfølgning samt genoptræningsplaner (§ 10, stk. 3, nr. 4)

Der skal i fornødent omfang fremgå oplysninger i journalen om plan eller aftale om videre opfølgning, herunder genoptræningsplaner.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre en genoptræningsplan.

CASE (SAG 53 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke blev henvist til genoptræning på relevant vis. Det fremgik af en udtalelse til sagen, at der i forbindelse med udskrivelsen blev lavet en almen genoptræningsplan til brug i kommunalt regi. Genoptræningsplanen fremgik ikke af journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- genoptræningsplanen ikke fremgik af journalen
- patientjournalen sikrer udveksling af relevant information mellem fagpersoner, der er involveret i behandlingen af patienten
- det vil være relevant at journalføre en genoptræningsplan med henblik på korrekt opfølgning, og så det er muligt at tilpasse og justere behandlingen.

8. Journalføring af information og samtykke (§ 13)

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). Det skal desuden fremgå af journalen, hvad patienten (eller pårørende/værgen) på denne baggrund har tilkendegivet.

Den ansvarlige sundhedsperson har pligt til at journalføre relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling (herunder afvisning af information og videregivelse af helbredsoplysninger mv.). Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der er givet til patienten, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet.

Sundhedspersonen bør gøre patienten bekendt med, hvad der optegnes i journalen. Pligten omfatter også situationer, hvor patienten afviser et behandlingstilbud eller forlader behandlingsstedet. Dette følger af vejledning nr. 161 af den 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke punkt 3.3:

- at sundhedspersonen altid skal give information om alvorlige og ofte forekommende komplikationer
- at sundhedspersonen ofte skal give information ved alvorlige og sjældent forekommende eller bagatelagtige og ofte forekommende komplikationer
- at der ikke kan stilles krav om, at sundhedspersonen skal informere om bagatelagtige og sjældent forekommende komplikationer. Vurderingen af hvornår der skal gives information, beror på sundhedspersonens skøn.

Klagerne går ofte på, at patienten ikke blev informeret tilstrækkeligt forud for behandlingen. Det er fast og langvarig praksis at anse journalføringen af det informerede samtykke for at være en integreret del af en sådan klage.

STPK har i april 2015 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis i sager vedrørende informeret samtykke samt journalføring heraf. [Praksissammenfatningen kan findes her.](#)

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre, hvilke informationer patienten har fået i forbindelse af afgivelse af et informeret samtykke. I eksemplet blev der klaget over et behandlingssted.

CASE (SAG 54 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog information om risici forud for udtagningen af en vævsprøve i øjet. Det fremgik alene af journalen, at der var afgivet et informeret samtykke.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ikke var muligt at vurdere, hvorvidt patienten havde afgivet et tilstrækkeligt informeret samtykke
- at det forud for udtagning af en vævsprøve i relation til øjet er relevant at informere om risikoen for blødning, betændelse og det forhold, at en vævsprøve ikke altid er repræsentativ for den svulst, som er årsagen til, at man ønsker at tage en vævsprøve
- at risikoen for betændelse og blødning er minimal, men at det stadig er almindelig anerkendt, at det er relevant at nævne
- at det informerede samtykke burde have været yderligere beskrevet, idet det skal fremgå af journalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der blev givet til patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre, at der er afgivet et informeret samtykke. I eksemplet var der klaget over en konkret sundhedsperson.

CASE (SAG 55 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog tilstrækkelig information forud for kiropraktisk behandling. Det blev i en udtalelse fra indklagede oplyst, at der blev informeret om almindelige komplikationer og bivirkninger ved manipulationsbehandling. Det fremgik imidlertid ikke af journalen, at der var afgivet et informeret samtykke, eller at der var blevet oplyst om almindelige komplikationer og bivirkninger ved behandlingen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det burde have været journalført, at der var indhentet et tilstrækkeligt informeret samtykke forud for behandlingen, herunder at der var informeret om bivirkninger og komplikationer.

9. Rettelser i patientjournalen (§ 14)

Journalførte oplysninger må ikke slettes eller gøres ulæselige, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 14, stk. 1.

I tilfælde, hvor det er nødvendigt at rette eller tilføje i patientjournalen, skal dette gøres således, at den oprindelige tekst bevares. Det skal af journalen fremgå, hvem der har foretaget rettelsen eller tilføjelsen og hvornår. I den forbindelse skal der sondres mellem tilføjelse af supplerende oplysninger eller rettelse af eksisterende fakta i patientjournalen, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 14, stk. 2.

Den oprindelige version af oplysningerne i en elektronisk patientjournal, der er ændret i, skal fortsat være tilgængelig, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 14, stk. 3.

Nedenstående eksempel illustrerer, at ikke alle ønsker om rettelse i journalen skal efterkommes.

CASE (SAG 56 – [LINK](#))

Der blev blandt andet klaget over, at det i en henvisning fremgik, at patienten havde diagnosen atoksisk diffus struma, og at der rettelig skulle stå atoksisk solitært adenom, hvilket den henvisende afdeling ikke ville rette.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ikke havde klinisk betydning at skelne imellem de to undertyper af sygdomme i skjoldbruskkirtlen, idet patienten havde normalt stofskifte, og idet der kun var indikation for at behandle, da hun havde tryksymptomer
- der var således ikke grundlag for at sende en ny henvisning med en anden diagnose, og der var heller ikke grundlag for at journalføre en berigtiget henvisningsdiagnose.

Nedenstående eksempel illustrerer et tilfælde, hvor behandlingsstedet imødekom en anmodning om at rette journalen med et efterfølgende notat.

CASE (SAG 57 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fejlagtigt blev noteret, at patienten havde demens. I sagen blev en 28-årig patient tilset af en læge den 15. januar 2018 på grund af smerter efter en tidligere albuefraktur. I journalen blev foretaget afkrydsning ved, at oplysningerne var begrænset af demens.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- diagnosen demens ikke blev påført diagnoselisten, hvorfor oplysningen ikke blev videreført i efterfølgende epikriser, hvilket kunne have givet risiko for følger ved senere indlæggelse eller egen læges vurdering af patientens henvendelser
- det på relevant vis i journalen blev noteret den 22. februar 2018, at oplysningen i notatet fra den 15. januar 2018 om demens var en tastefejl, og

idet berigtigelsen blev foretaget i det øjeblik, man blev opmærksom på den begåede fejl

- det følger af journalføringsbekendtgørelsen, at en sundhedsperson alene kan lave en tilføjelse i patientjournalen med oplysning om, at der er skrevet forkert i journalen, og der kan således ikke foretages rettelser eller slettes i allerede dokumenterede notater i patientjournalen
- fejltastning i journalen ikke i sig selv er under normen for almindelig anerkendt faglig standard, såfremt fejlen korrigeres, så snart man bliver opmærksom herpå, og såfremt den ikke får indflydelse på forløbet.

Følgende eksempel illustrerer, at korrektion i journalteksten i forbindelse med en endelig godkendelse af et journalnotat ikke betragtes som en rettelse.

CASE (SAG 58 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at et journalnotat blev ændret. Det blev oplyst af klager, at hun havde læst journalnotatet på www.sundhed.dk efter undersøgelsen, og at der efterfølgende var ændret formuleringer i teksten. Det blev oplyst fra behandlingsstedet, at beskrivelser af den type undersøgelse typisk blev foreløbigt signeret og herefter gennemlæst og godkendt, hvilket som regel var samme dato. Det fremgik af journalen, at undersøgelsen blev foreløbigt beskrevet og godkendt samme dato.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- at den fremsendte log bekræftede, at der ikke var sket senere ændringer, idet beskrivelsens godkendelsesdato og tidspunkt var identisk med sidste beskrivelses godkendelsesdato og tidspunkt
- at korrektion i journalteksten foretaget i forbindelse med endelig godkendelse af et journalnotat ikke er at betragte som en journalrettelse eller tilføjelse og derfor ikke fremgår i journalen som en rettelse
- foreløbig udfærdigelse og efterfølgelse korrektion og godkendelse af journalnotater inden for kort tid efter en patientkontakt er vanlig procedure på mange hospitalsafdelinger
- at det forhold, at patienten havde læst noget andet i sin e-journal på www.sundhed.dk, ikke kunne føre til en anden vurdering, idet det er journalføringen på hospitalet, der er afgørende.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt at journalføre oplysninger vedrørende en anden patient i journalen uden at rette i patientjournalen.

CASE (SAG 59 – [LINK](#))

Der blev i sagen klaget over, at der i klagers journal fremgik oplysninger vedrørende en anden patients sygehistorie. Den behandlende afdeling anførte i en udtalelse til sagen, at der i klagers journal fremgik et notat vedrørende en anden patient, hvilket havde medført forkert opfølgning.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der blev journalført oplysninger om en anden patient i klagers journal
- det ikke fremgår af journalen, at der blev journalført oplysninger om en anden patient, eller at der efterfølgende blev tilføjet et notat med rettelse af journalen
- journalførte notater kan have væsentlig betydning for den fremtidige behandling af en patient og skal derfor være korrekte og give et retvisende billede af det forløb, som patienten har gennemgået i forbindelse med indlæggelsen. Særligt i tilfælde hvor patienten indlægges i en tilstand, hvor patienten ikke selv er i stand til at svare for sig og dermed korrigerer eventuelle fejl i sin journal, kan det have konsekvenser for beslutningen om den behandling, som skal iværksættes, såfremt der er journalført forkerte oplysninger.

10. Opbevaring og videregivelse (§§ 15, 20 og 26)

10.1. Opbevaring

I journalføringsbekendtgørelsens § 15 sondres mellem to grupper af autoriserede sundhedspersoner, som har pligt til at opbevare patientjournalen. Varigheden heraf afhænger af, hvilken type autoriseret sundhedsperson som opbevarer patientjournalen. Særligt gælder det dog, at patientjournaler af betydning for en klagesag skal opbevares, så længe sagen verserer efter opbevaringsperiodens udløb.

Den ene gruppe af autoriserede sundhedspersoner, som skal opbevare deres patientjournaler i mindst 10 år, omfatter i følge journalføringsbekendtgørelsens § 15, stk. 1:

- læger
- tandlæger
- kiropraktorer
- jordemødre
- kliniske diætister
- kliniske tandteknikere

- tandplejere

Den anden gruppe omfatter alle andre autoriserede sundhedspersoner, der er forpligtet til at opbevare deres patientjournaler i mindst 5 år, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 15, stk. 2, medmindre optegnelserne er en del af en tværfaglig elektronisk patientjournal, jf. stk. 6 (10 år).

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at overholde den 10-årige opbevaringspligt.

CASE (SAG 60 – [LINK](#))

En patient var indlagt på en akutmodtagelse efter et fald. Der blev blandt andet klaget over, at et journalnotat fra en specifik dato ikke fremgik af journalen. Akutmodtagelsen havde i en udtalelse til sagen anført, at det ikke var muligt at genskabe journalnotatet. Klagen blev indgivet ca. 1 år og 9 måneder efter behandlingen. På baggrund af oplysningerne i sagen lagde styrelsen til grund, at journalnotatet ikke fremgik af journalen.

Der blev udtalt kritik for opbevaringen af journalen, fordi:

- patientjournalen ikke var blevet tilstrækkeligt opbevaret i mindst 10 år
- der ikke var blevet sikret den nødvendige dokumentation og udveksling af informationer om patienten til brug for behandlingen.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at overholde den 5-årige opbevaringspligt.

CASE (SAG 61 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at en fysioterapeut ikke havde opbevaret journalen fra en patient på relevant vis. Klagen blev indgivet ca. 2 år og 9 måneder efter behandlingen. Fysioterapeuten havde i en udtalelse til sagen anført, at journalnotaterne fra fire konsultationer ved en fejl var blevet makuleret.

Der blev udtalt kritik for opbevaringen af journalen, fordi:

- journalen for de fire konsultationer var blevet makuleret, således at det ikke var muligt at vurdere, hvorvidt journalføringen af behandlingen var i overensstemmelse med de dagældende regler om indholdet af patientjournalen
- patientjournalen ikke var blevet opbevaret i overensstemmelse med reglerne i journalføringsbekendtgørelsen, idet fysioterapeuter skal opbevare deres patientjournaler i mindst 5 år.

Nedenstående eksempel illustrerer et tilfælde, hvor behandlingsstedet ikke fremsendte en egentlig journal, hvorfor det blev lagt til grund, at journalen ikke blev opbevaret efter reglerne herom.

CASE (SAG 62 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen i en klinik for fysioterapi. Styrelsen anmodede i forbindelse med sagen klinikken om at fremsende journalmaterialet vedrørende klageperioden. Klinikken fremsendte imidlertid alene en udtalelse samt en sammenfatning af den pågældende behandling i behandlingsperioden. Klinikken kunne ikke fremskaffe en egentlig patientjournal over behandlingen. Klagen blev indgivet ca. 2 uger efter behandlingen.

Der blev udtalt kritik for opbevaringen af journalen, fordi:

- udtalelsen og sammenfatningen var nedskrevet efter styrelsens anmodning om journalmateriale til brug for sagen
- det ikke var muligt at fremskaffe en egentlig patientjournal over behandlingen på forespørgsel herom
- fysioterapeuter skal opbevare deres patientjournaler i mindst 5 år.

10.2. Videregivelse

I journalføringsbekendtgørelsens §§ 20-28 er reglerne om videregivelse af journalen beskrevet.

Patientjournalerne skal videregives til STPS til forsat opbevaring inden for opbevaringsperioden, når en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson ophører med at drive praksis, og praksis ikke er overdraget til forsat drift, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 20, stk. 1.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, hvis behandlingsstedet ad flere omgange forsøger at videregive patientjournalen til STPS.

CASE (SAG 63 – [LINK](#))

Der blev i sagen klaget over, at en patients journal ikke var blevet tilstrækkeligt opbevaret efter ophøret af en klinik for kiropraktik. Patienten modtog i 2016 behandling i klinikken i en periode på ca. 3 måneder. Klinikken ophørte i 2018, og patienten kunne efterfølgende ikke få udleveret sin journal fra perioden.

Der blev ikke udtalt kritik for opbevaringen og videregivelsen af journalen, fordi:

- indklagede i januar 2018 havde informeret STPS om det forestående praksisophør og havde forhørt sig om, hvordan patientjournalerne skulle videregives til forsat opbevaring hos styrelsen
- indklagede forsøgte at videregive patientjournalerne til forsat opbevaring hos STPS ved at instruere sin systemudbyder i at overdrage patientjournalerne fysisk to gange, dog uden at overdragelsen blev modtaget og registreret hos STPS
- indklagede med sine oplysninger til STPS, aftale om leveringsmetode og forsøg på fysisk overdragelse ad to omgange havde udvist omhu og samvittighedsfuldhed ved sin opbevaring og videregivelse af patientjournalerne.

Hvis en patient vælger en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe, uden at dette sker på baggrund af praksisophør eller praksisoverdragelse, skal patientjournalen videregives til den nye privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson til forsat opbevaring. Opbevaringen skal ske indtil udløbet af opbevaringsperioden.

Dette gælder, hvis patienten giver sit samtykke hertil, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 26, stk. 1, 1. pkt.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at videregive patientjournalen uden unødigt forsinkelse.

CASE (SAG 64 – [LINK](#))

En patient var i en periode i behandling hos en tandlægeklinik (Klinik A), og valgte at skifte til en anden tandlægeklinik (Klinik B). Klinik B anmodede med samtykke fra patienten om journalen den 8. august 2018. Klinik A oplyste, at klinikken havde modtaget anmodningen den 31. august 2018. Klinik A oplyste videre, at journalen blev sendt den 25. oktober 2018. Klinik B modtog journalen den 21. november 2018.

Der blev udtalt kritik for videregivelsen af journalen, fordi:

- klinik A havde pligt til at videregive journalen til det nye behandlingssted, idet der forelå samtykke fra patienten
- videregivelsen efter praksis skal ske uden unødigt forsinkelse
- videregivelsen skete ca. 2 måneder efter anmodningen blev modtaget, hvilket blev vurderet at være unødigt forsinkelse.

11. Aktindsigt (§ 29)

Patientjournalen skal indeholde oplysning om, at der er givet aktindsigt i patientjournalen. Det skal derudover fremgå, hvilke oplysninger, der er udleveret, og til hvem det er sket, herunder om der er givet fuldmagt til at få udleveret oplysningerne. Dette følger af journalføringsbekendtgørelsens § 29, stk. 1.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan inddrages i STPK's bevisafvejning, hvis det ikke fremgår af journalen, at der er meddelt aktindsigt i patientjournalen.

CASE (SAG 65 – [LINK](#))

Forældrene til en 17-årig dreng klagede over, at de ikke fik aktindsigt i deres søns journal fra et privathospital. De havde bedt om aktindsigt via en online formular på hospitalets hjemmeside, ligesom de havde anmodet om aktindsigt telefonisk og via fremmøde i receptionen.

Der blev udtalt kritik for hospitalets håndtering af aktindsigtsanmodningen, fordi:

- forældrene havde forældremyndigheden over sønnen og havde været en del af hans forløb på hospitalet
- der ikke var oplysninger, som tydede på, at deres interesse i at få aktindsigt burde vige for hensynet til deres søns krav på fortrolighed
- det ikke fremgik af journalen, at patientjournalen var blevet udleveret til forældrene.

12. Journalføring som er væsentlig under normen

I nogle sager er journalføringen så mangelfuld eller utilstrækkelig, at det vurderes, at journalføringen er væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard. I sådanne tilfælde indskærpes det over for de autoriserede sundhedspersoner, at de skal udvise større omhu i deres fremtidige virke, og der udtales kritik med indskærpelse.

Det bemærkes, at det kun er Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, som har kompetence til at udtale kritik med indskærpelse, når behandlingen eller journalføringen har været væsentlig under normen for almindelig anerkendt faglig standard. I disse tilfælde offentliggøres afgørelsen på www.stpk.dk samt www.sundhed.dk og vil være tilgængelig i to år.

I det følgende afsnit vil der blive gennemgået sager, hvor det blev vurderet, at journalføringen var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Følgende eksempel illustrerer, at en utilstrækkelig beskrivelse af komplikationer i forbindelse med en operation kan give anledning til kritik med indskærpelse. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [7.10](#).

CASE (SAG 41 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen i forbindelse med fjernelsen af livmoderen samt højre æggeleder og æggestok på grund af et fibrom i underlivet. Indklagede noterede, at operationen foregik ukompliceret. Det fremgik efterfølgende af patologisvaret, at livmoderen var blevet fremsendt i flere dele, hvilket ikke fremgik af operationsbeskrivelsen.

Der blev udtalt kritik med indskærpelse for journalføringen, fordi:

- indklagede undlod at beskrive fjernelsen af livmoderen i detaljer. I fald der efterfølgende findes kræftsygdom, er oplysninger om dette væsentlige for patientens videre behandling.
- indklagede burde have beskrevet i operationsbeskrivelsen, at der var optrådt komplikationer i forbindelse med fjernelse af livmoderen i form af, at der skete deling af livmoderen med fibromet
- det er almindelig anerkendt faglig standard at beskrive i operationsbeskrivelsen, om der har været problemer ved fjernelse af livmoderen gennem skeden, når livmoderen er løsnet fra bughulen. Dette særligt, hvis livmoderen deles i forbindelse hermed. Det har afgørende betydning for behandlingsvalg i de sjældne tilfælde, hvor man trods relevante og tilstrækkelige forundersøgelser formoder godartet sygdom og alligevel finder kræftsygdom.

Følgende eksempel illustrerer, at utilstrækkelig journalføring kombineret med meget sen journalføring og tilføjelser, efter der er indgivet en klage, kan give anledning til kritik med indskærpelse.

CASE (SAG 66 – [LINK](#))

Der blev klaget over behandlingen hos en tandlæge, som foregik i en periode på ca. 1 år. Der skulle foretages sinusløft og implantatbehandling. Journalen for behandlingsperioden var generelt uden detaljerede informationer om de udførte behandlinger, og behandlingsplanen begrænsede sig til en gul post-it lap.

Der blev udtalt kritik med indskærpelse for journalføringen, fordi:

- indklagede ikke havde journalført snarest muligt efter patientkontakten, idet det første notat vedrørende behandlingen var indsat næsten to år efter

behandlingen var udført, og efter indklagede havde modtaget orientering om klagesagen

- indklagede havde korrigeret eller indsat ny tekst på samtlige datoer i behandlingsperioden, hvor patienten havde henvendt sig på klinikken. Alle disse ændringer blev lavet næsten to år efter behandlingen.
- det kun var ydelser til fakturering, der var indsat samme dag, som de var udført. Der var i den forbindelse ikke nogen kliniske beskrivelser eller behandlingsrelevante overvejelser.
- journalen generelt var uden detaljerede informationer om de udførte behandlinger, herunder var der ingen operationsbeskrivelser, prognosevurderinger, beskrivelser af bidfunktionelle forhold eller patientinformation
- at den behandlingsplan, der blev udarbejdet af tandlægen, begrænsede sig til en gul post-it lap.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan medføre kritik med indskærpelse, hvis der ikke foretages journalføring over en længere periode.

CASE (SAG 67 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at en autoriseret psykolog ikke havde journalført behandlingen af en patient i en periode på ca. 5 måneder. Der forelå alene e-mails og vedhæftede dokumenter fra patienten til psykologen, hvor psykologen på nogle af disse med håndskrift havde tilføjet enkelte løsrevne kommentarer og understregninger.

Der blev udtalt kritik med indskærpelse for journalføringen, fordi:

- det blev lagt til grund, at der var foretaget en sundhedsfaglig behandling af patienten i perioden, og at psykologen derfor havde pligt til at føre en ordnet optegnelse (journal)
- at de foreliggende e-mails og vedhæftede dokumenter fra patienten til psykologen med kommentarer og understregninger ikke kunne betragtes som ordnede optegnelser (journal).

13. Vurdering af behandlingen, når journalen er utilstrækkelig

I nogle sager er der anført oplysninger i udtalelsen fra den indklagede, som ikke fremgår af journalen. Hvis denne oplysning bliver lagt til grund og er væsentlig, i forhold til at der ikke udtales kritik for behandlingen, kan der udtales kritik for manglende journalføring, hvis oplysningen burde være journalført.

I det følgende afsnit vil der blive gengivet afgørelser, som illustrerer denne situation.

Følgende eksempel illustrerer, at det kan være kritisabelt ikke at journalføre et tilbud om en væsentlig undersøgelse, som afslås af patienten. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [7.4.2](#).

CASE (SAG 28 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog relevant behandling og tilstrækkelig undersøgelse for mistanke om en træsplint i låret. Indklagede oplyste i sin udtalelse, at hun havde anbefalet en akut ultralydsscanning, ligesom hun også tilbød en subakut ultralydsscanning til foretagelse inden for de følgende dage, men at forældrene til patienten havde afvist dette. Dette blev ikke journalført.

Der blev ikke udtalt kritik for behandlingen, fordi:

- der blev foretaget en relevant og tilstrækkelig undersøgelse af patienten, blandt andet idet det blev lagt til grund, at der var blevet anbefalet en ultralydsscanning, som ville vise en eventuel træsplint.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- at der ikke blev journalført tilbud om en relevant undersøgelse i form af en ultralydsscanning samt patientens afslag herpå, da det var relevant for behandlingen af den pågældende skade.

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor disciplinærnævnet ikke kunne tage stilling til behandlingen af en patient, idet der ikke forelå et journalnotat fra behandlingen.

CASE (SAG 68 – [LINK](#))

En patient blev tilset på en akutafdeling, idet han havde pådraget sig et 2 cm langt åbent sår på højre knæ. Der blev klaget over utilstrækkelig behandling, og at behandlingen burde have været iværksat tidligere. Det fremgik af en udtalelse fra ledelsen, at en navngiven sygeplejerske indledningsvist havde tilset patienten og triageret ham grøn. Dette fremgik ikke af journalen.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- disciplinærnævnet ikke havde mulighed for at tage stilling til sygeplejerskens undersøgelse og triagering, da der ikke forelå et journalnotat

- en patientjournal tjener flere formål, idet den både dokumenterer den udførte behandling og pleje, sikrer kontinuitet i behandlingen og plejen, informerer patienten og sikrer udveksling af relevant information mellem sundhedspersoner, der er involveret i behandlingen af patienten
- sundhedspersoners pligt til at føre journal omfatter oplysninger, herunder undersøgelser, der er nødvendige og relevante for behandlingen
- sygeplejersken ikke foretog en relevant og tilstrækkelig journalføring af behandlingen, idet hun ikke havde journalført, at hun havde tilset og triageret patienten.

14. Bevisafvejninger

Der skal i styrelsessager og disciplinærnævnsager ofte foretages en bevisafvejning ved vurderingen af journalføringen, hvis der foreligger modstridende oplysninger i sagen fra sagens parter.

I det følgende afsnit vil der blive gengivet eksempler, hvor journalen lægges til grund, og hvor den tilsidesættes.

14.1. Tilfælde, hvor journalen lægges til grund

Som udgangspunkt tillægges oplysningerne i journalen stor bevisværdi. Dette skyldes, at journalnotater bliver skrevet i umiddelbar tilknytning til behandlingen og således på et tidspunkt, hvor der endnu ikke er klaget over behandlingen.

Følgende eksempel illustrerer en ofte forekommende situation, hvor der er modstridende oplysninger i sagen fra henholdsvis klager og indklagede, og hvor journalen lægges til grund. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [7.3.3](#).

CASE (SAG 21 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalen ikke blev ført på relevant vis, idet det fremgik af journalen, at patienten kunne bruge hånden til blandt andet håndbold. Patienten anførte, at hun havde oplyst, at hun ikke kunne bruge hånden i hverdagen, samt ikke kunne kaste og gribe en bold. Indklagede anførte, at det var hans klare opfattelse, at patienten havde oplyst, at hun godt kunne bruge hånden til blandt andet håndbold.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- oplysningerne i journalen generelt tillægges stor bevisværdi. Dette skyldes, at journalnotater bliver skrevet i umiddelbar tilknytning til behandlingen og således på et tidspunkt, hvor der endnu ikke er klaget over behandlingen.

- disciplinærnævnet ikke havde mulighed for at få sagen yderligere belyst, da nævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag, og i modsætning til domstolene ikke har mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen
- kritik af en sundhedsperson er en indgribende reaktion, og nævnet fandt derfor, at tvivlen skulle komme den indklagede til gode.
- disciplinærnævnet på baggrund af ovenstående ikke fandt grundlag for at fastslå, at patienten under konsultationen havde fortalt, at hun ikke kunne bruge hånden i hverdagen, ligesom at hun ikke kunne kaste og gribe en bold
- disciplinærnævnet udtalte yderligere, at sundhedspersoner skal journalføre en gengivelse af en samtale, sådan som vedkommende har forstået den. Et journalnotat, hvor en samtale resumeres og gengives, indeholder således i høj grad en gengivelse af sundhedspersonens forståelse af samtalen.

14.2. Tilfælde, hvor journalen tilsidesættes

I sjældne tilfælde finder styrelsen og disciplinærnævnet grundlag for at tilsidesætte journalen.

Følgende afsnit indeholder afgørelser, hvor journalen af forskellige årsager kunne tilsidesættes.

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor journalen tilsidesættes på baggrund af en udtalelse fra ledelsen på sygehuset samt klagers oplysninger.

CASE (SAG 69 – [LINK](#))

En patient blev tilset på en akutafdeling, idet hun havde pådraget sig en 2 cm lang flænge i venstre tommelfinger. Der blev blandt andet klaget over, at det i journalen var angivet, at skaden var sket på pulpa (tommelfingerens yderste del også kaldet blommen) og ikke over leddet. I en udtalelse til sagen bekræftede ledelsen på sygehuset, at skaden var sket over leddet og ikke på pulpa, som angivet i journalen. Styrelsen tilsidesatte derfor journalen og lagde til grund, at skaden var sket over leddet.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- lokaliseringen af skaden var angivet forkert, hvilket øgede risikoen for, at underliggende skader blev overset, og samtidigt gjorde det vanskeligt at blive opmærksom på manglende klinisk undersøgelse ved en eventuel efterfølgende gennemgang af skadekortet.

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor det på baggrund af en lydfil kunne konstateres, at journalføringen ikke var korrekt. Afgørelsen er også omtalt ovenfor i afsnit [7.3.3](#).

CASE (SAG 22 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at journalen ikke gav et klart billede af patientens situation, idet det blandt andet ikke var korrekt, at der ikke var opkastning. Af journalen fremgik det, at det var en meget uklar historie. Det blev videre journalført, at der ikke var opkastninger. Disciplinærnævnet indhentede lydfilen fra opkaldet.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det blev journalført, at der ikke var opkast, selvom der ikke var oplyst herom i telefonen
- indklagede ikke journalførte oplysninger om, at der dagen forinden var foretaget en øjenlftoperation, og at der var pludseligt opstået svimmelhed og kvalme
- at den omstændighed, at indklagede på baggrund af samtalen sendte en vagtlæge på sygebesøg til yderligere afklaring, ikke havde betydning for, hvorvidt journalføringen var korrekt.

Følgende eksempel illustrerer et tilfælde, hvor fejlagtige oplysninger i journalen tilsidesættes og kritiseres på baggrund af øvrige dele af journalen og klagers oplysninger.

CASE (SAG 70 – [LINK](#))

Patienten var i behandling på en brystkirurgisk og en radiologisk afdeling, idet hun var blevet henvist dertil på grund af smerter i sit højre bryst. Det fremgik flere steder af journalen, at der blev fundet forandringer i højre bryst, og at der var mistanke om ondartede forandringer. Der blev blandt andet klaget over, at sideangivelsen af en forandring i et bryst var forkert, og at oplysningerne i et multidisciplinært team-notat (MDT-notat) ikke stemte overens med de beskrevne undersøgelser.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det ved en objektiv undersøgelse fejlagtigt blev journalført, at forandringen fandtes i venstre bryst, at højre bryst blev beskrevet som normalt, og at det i MDT-notatet blev journalført, at venstre bryst viste et karcinom
- det fremgik af MDT-notatet, at KI-67-indekset var 80 %. Ifølge mikroskopisvaret var KI-indekset 5 %

- det fremgik at østrogenreceptoren og NER2-receptor-status var positiv 5 %. Ifølge mikroskopisvaret var der tale om negativ 100 %
- de fejlagtige oplysninger i MDT-notatet kunne have betydning for valg af behandling og patientens prognose.

15. Øvrige afgørelser

I det følgende afsnit vil der kort blive redegjort for øvrige relevante problemstillinger i udvalgte afgørelser, som ikke umiddelbart falder ind under afsnittene ovenfor.

Følgende eksempel illustrerer, at journalføringen kan være under normen for almindelig anerkendt faglig standard, hvis der noteres oplysninger om en anden patient.

CASE (SAG 71 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der fejlagtigt blev angivet oplysninger om en anden patient i journalen, hvilket medførte, at klager efterfølgende modtog en forkert indkaldelse til genoptræning.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- at patientjournalen blandt andet har til formål at sikre kontinuitet i behandlingen og sikre udveksling af relevant information mellem de fagpersoner, der er involveret i behandlingen af patienten
- at det er centralt for patientbehandlingen, at oplysningerne er korrekt angivet i journalen
- at journalføringen ikke var relevant, idet der var blevet noteret oplysninger om en anden patient i klagers journal, hvorfor der ikke blev sikret kontinuitet i behandlingen, ligesom der ikke blev sikret en tilstrækkelig udveksling af relevant information mellem de fagpersoner, der var involveret i behandlingen.

Følgende eksempel illustrerer, at åbenbare fejl i journalen ikke nødvendigvis er under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

CASE (SAG 72 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at det fejlagtigt blev journalført, at patientens nyfødte barn var 310 cm lang.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- det blev lagt til grund, at der var tale om en skrive- eller tastefejl
- at der efter styrelsens vurdering var tale om en åbenbar fejl
- at der ikke var tvivl om, at barnet var 31 cm lang
- at fejlen ikke havde betydning for barnets eller moderens efterfølgende behandling.

Følgende eksempel illustrerer rækkevidden og begrænsningerne af patientens mulighed for at se sine journaloplysninger på www.sundhed.dk, og styrelsens praksis i disse tilfælde.

CASE (SAG 73 – [LINK](#))

Der blev klaget over, at der var blevet tilføjet sygeplejefaglige journalnotater to år efter at behandlingen fandt sted. Klager havde anført, at de sygeplejefaglige journalnotater ikke fremgik af den journal, som klager havde hentet på www.sundhed.dk.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- der forelå tidstro journalnotater vedrørende den sygeplejefaglige behandling af klager, som var skrevet i umiddelbart tilknytning til behandlingen
- klagers fremsendte dokumentation for, at der skulle være tilføjet notater i journalen vedrørende behandlingen, alene var en udskrift af lægenotater og epikriser, som blev hentet på www.sundhed.dk
- sygeplejenotater ikke kan tilgås af patienter via www.sundhed.dk, men kun kan tilgås ved, at patienten henvender sig til sygehuset og anmoder om aktindsigt i journalen.

Følgende eksempel illustrerer, at standardfraser bør tilrettes den konkrete behandling, men at det skal have behandlingsmæssig betydning, før der kan blive udtalt kritik herfor.

CASE (SAG 74 – [LINK](#))

Der blev blandt andet klaget over, at den journalførte behandlingsplan alene bestod af standardtekst. Under overskriften "plan" var der indsat en standardfrase med 10 linjer omhandlende blandt andet informeret samtykke, bivirkninger og henvendelse til læge ved ubehag. Standardfrasen blev efterfølgende bekræftet af behandlingsstedet, som fremsendte en kopi af frasen. Det kunne konstateres, at der ikke var foretaget en tilretning af standardfrasen i forbindelse med konsultationen.

Der blev ikke udtalt kritik for journalføringen, fordi:

- standardfraser altid skal tilrettes den konkrete behandling, så der er overensstemmelse mellem behandlingen og de journalførte oplysninger herom
- anvendelsen ikke blev vurderet til at have haft behandlingsmæssig eller sundhedsfaglig betydning for patienten. Det kunne derfor ikke kritiseres, at indklagede havde journalført standardfraser, selvom de ikke var relevante i forhold til konsultationen.

16. Sagsoversigt

Sag nr.	Titel	Link
1	Ikke mulighed for at journalføre interne journalnotater, afsnit 4.	LINK
2	Patientdagbøger er en del af journalen, afsnit 4.	LINK
3	Kritik for manglende opbevaring og journalføring af medicinlister på botilbud, afsnit 4.	LINK
4	Journalføringspligten er ikke betinget af patientens samtykke, afsnit 5.1.	LINK
5	Journalkonsultationer fra alment praktiserende læger findes ikke på sundhed.dk, afsnit 5.2.	LINK
6	Journalføring i forbindelse med anvendelse af sekretærbi-stand i forbindelse med journalføring var ikke kritisabelt, da der ikke var konkrete omstændigheder som gjorde, at indklagede burde have efterkontrolleret journalnotatet, afsnit 5.3.	LINK
7	Ikke kritisabelt at foretage journalføring i lommebog, afsnit 6.1.	LINK
8	Kritisabelt ikke at journalføre navn, titel og afdelingstilknytning på den behandlende sundhedsperson, afsnit 6.2.	LINK
9	Tilstrækkelig identifikation af behandlende sundhedsperson ved journalføring af initialer, afsnit 6.2. og afsnit 7.9.	LINK
9a	Kritisabelt ikke at journalføre observationer af ændringer i en patients tilstand, afsnit 7.9.	
10	Kritik for journalføring af forkortelser m.v. som ikke var forståelig for andre sundhedspersoner, afsnit 6.2.	LINK
11	Kritik for journalføring af notat fra en samtale fem dage efter samtalen fandt sted, afsnit 6.3.	LINK
12	Kritik for journalføring af medicinoplysninger to dage efter indlæggelse, afsnit 6.3.	LINK
13	Ikke kritisabelt at der er forskel på journalnotatets tidsangivelse, og hvornår behandlingen reelt fandt sted, afsnit 6.3.	LINK
14	Ikke pligt til at journalføre ønske om scanning, afsnit 7.1.	LINK

15	Ikke kritisabelt at journalføre ukorrekte oplysninger om tidligere bopæl og uddannelse, da det ikke havde betydning for behandlingen, afsnit 7.2.	LINK
16	Ikke kritisabelt at journalføre ukorrekt stamoplysning, da korrekt oplysning fremgik i patientadministrative data, afsnit 7.2.	LINK
17	Tilstrækkelig journalføring af årsagen til kontakten, afsnit 7.3.	LINK
18	Tilstrækkelig journalføring af patientens sygehistorie, idet sundhedspersonen journalførte, hvad denne fandt relevant, afsnit 7.3.	LINK
19	Tilstrækkeligt at det ikke fremgik af journalen, hvordan patienten responderede på bestemt smertestillende middel, idet oplysningen ikke havde behandlingsmæssig betydning i forhold til den smertestillende behandling, afsnit 7.3.	LINK
20	Tilstrækkelig journalføring af sygehistorie, idet sundhedspersonen journalførte sin forståelse af samtalen og dermed årsagen til patientens skader, afsnit 7.3.	LINK
21	Tilstrækkelig journalføring af patientens nuværende tilstand, idet det ikke kunne fastslås, at patienten havde oplyst andet end det journalførte, afsnit 7.3.	LINK
22	Kritisabelt ikke at journalføre oplysninger om patientens nuværende tilstand, og at der ikke var opkast. Lydfil var tilgængelig, afsnit 7.3. og afsnit 14	LINK
23	Kritisabelt ikke at journalføre på et plejehjem, hvorfor en patient havde været indlagt, afsnit 7.3.	LINK
24	Kritisabelt ikke at journalføre at patientens blev hjemsendt og patientens tilstand ved hjemsendelsen, afsnit 7.3.	LINK
25	Tilstrækkelig journalføring af observation af patientens tilstand, afsnit 7.4 og afsnit 7.9.	LINK
26	Tilstrækkelig at journalføre mistanke om personlighedsforstyrrelse og at medicin formentlig var taget på illegal vis, afsnit 7.4 og afsnit 7.6	LINK
27	Kritisabelt ikke at journalføre væsentlige oplysninger omkring udført undersøgelse, afsnit 7.4	LINK
28	Informationer om scanning og afslag herpå burde have været journalført, afsnit 7.4 og afsnit 13	LINK
29	Kritisabelt ikke at journalføre resultaterne fra en røntgenundersøgelse, afsnit 7.4	LINK
30	Tilstrækkelig at resultaterne af en INR-måling fremgik af særskilt skema i journalen, afsnit 7.4	LINK
31	Ikke kritisabelt at journalførte skade på den forkerte hånd, da korrekt hånd blev undersøgt, og det ikke havde betydning for behandlingen, afsnit 7.4	LINK

32	Kritisabelt ikke at journalføre, hvorfor planlagt scanning ikke blev udført, afsnit 7.5.	LINK
33	Ikke kritisabelt at journalføre forkert størrelsen på et modermærke, da den korrekte størrelse fremgik flere steder i journalen, afsnit 7.5.	LINK
34	Tilstrækkeligt at journalføre den primære diagnose, afsnit 7.6	LINK
35	Kritisabelt at journalføre forkert diagnose, som patienten ikke var kendt med, afsnit 7.6	LINK
36	Kritisabelt ikke at journalføre indikation for ordinationen af et lægemiddel, afsnit 7.7	LINK
37	Kritisabelt at journalføre behandling, som ikke har fundet sted, afsnit 7.8	LINK
38	Utilstrækkeligt at journalføre 5 ud af 14 holdtræninger, afsnit 7.8	LINK
39	Tilstrækkeligt ikke at journalføre antallet af sug hos plejekrævende patient, og afsnit 7.9.	LINK
40	Utilstrækkeligt ikke at journalføre på plejehjem hvordan og hvorfor et fald skete, afsnit 7.9.	LINK
41	Kritisabelt ikke at journalføre oplysninger om indtrådte komplikationer ved en operation, afsnit 7.10. og afsnit 12	LINK
42	Kritisabelt ikke at journalføre seponering af medicin, afsnit 7.11.	LINK
43	Batchnummeret ved en vaccination skal journalføres, afsnit 7.11.	LINK
44	Henvisningsårsag skal journalføres i en henvisning, afsnit 7.12.	LINK
45	Tilstrækkeligt at journalføre initialer på sundhedsperson, som der blev konfereret med, kritisabelt ikke at journalføre, så sundhedspersonen kan identificeres, afsnit 7.13.	LINK
46	Konferering med en kollega er en væsentlig oplysning som bør journalføres, afsnit 7.13.	LINK
47	Ikke praksis at journalføre tidspunkt for kollegale kontakter ved overflytning, afsnit 7.14.	LINK
48	Ikke et krav at epikrise indeholder oplysning om, hvem den er sendt til og hvornår, afsnit 7.15	LINK
49	Kritisabelt ikke at journalføre oplysninger omkring opfølgning på behandling, afsnit. 7.16.	LINK
50	Kritisabelt ikke at journalføre, at patienten modtog råd og vejledning i tilfælde af forværring, afsnit 7.17	LINK
51	Kritisabelt at journalføre behandlingen udføres af en anden end den journalførende sundhedsperson, afsnit 7.20.	LINK
52	Kritisabelt ikke at journalføre, at operationen delvist blev foretaget af andre sundhedspersoner, afsnit 7.20.	LINK

53	Genoptræningsplan burde have været journalført, afsnit 7.20.	LINK
54	Kritisabelt ikke at journalføre, hvilke informationer patienten har fået i forbindelse afgivelse af et informeret samtykke, afsnit 8.	LINK
55	Kritisabelt ikke at journalføre, at der er afgivet et informeret samtykke, afsnit 8.	LINK
56	Tilstrækkeligt ikke at rette en henvisningsdiagnose i patientjournalen, afsnit 9.	LINK
57	Tilstrækkelig rettelse i journalen med det samme den ukorrekte oplysning blev konstateret, afsnit 9.	LINK
58	Korrektion i journalteksten betragtes ikke som en rettelse ved en endelig godkendelse af et journalnotat, afsnit, afsnit 9.	LINK
59	Kritisabelt at journalføre oplysningen om en anden patient i journalen, afsnit 9.	LINK
60	Kritisabelt ikke at opbevare patientjournalen i mindst 10 år, afsnit 10	LINK
61	Kritisabelt ikke at opbevare patientjournalen i mindst 5 år, afsnit 10	LINK
62	Ikke muligt at fremskaffe en egentlig patientjournal, afsnit 10	LINK
63	Tilstrækkeligt at forsøge at overdrage patientjournalen til STPS ad flere omgange, afsnit 10.	LINK
64	Videregivelse af en journal 2 måneder efter anmodningen betragtes ikke som at være uden unødigt forsinkelse, afsnit 10.	LINK
65	Anmodning om aktindsigt bør journalføres, afsnit 11.	LINK
66	Kritik med indskærpelse for blandt andet først at journalføre to år efter behandlingen fandt sted og korrigeret samt indsættelse af ny tekst, afsnit 12	LINK
67	Væsentlig under normen ikke at føre journal over behandlingen, afsnit 12	LINK
68	Klagesag hvor disciplinærnævnet ikke kunne tage stilling behandlingen af en patient, idet der ikke forelå et journalnotat fra behandlingen, afsnit 13	LINK
69	Journalen blev tilsidesat på baggrund af udtalelser fra behandlingsstedet og klager, afsnit 14	LINK
70	Øvrige dele af journalen blev anvendt ved vurderingen af journalføringen, afsnit 14	LINK
71	Kritik for journalføring af oplysninger om anden patient, som medførte forkert indkaldelse, afsnit 15	LINK
72	Ikke kritisabelt at der var tastefejl i journalen, da det var en åbenbart fejl, afsnit 15	LINK
73	Rækkevidden og begrænsningerne af patientens mulighed for at se sine journaloplysninger på www.sundhed.dk , afsnit 15	LINK

74	Ikke kritisabelt at anvende standardfraser uden tilpasning til den konkrete patientkontakt, afsnit 15	LINK
----	---	----------------------

17. Ændringslog

Ændringsdato	Beskrivelse af ændring



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18H
8200 Aarhus N