

# *Pasientjournalen*

Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjon i somatiske sykehus

IK-2451

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

HT/UTR 1994:3

ex 3



## Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1  
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo  
Telefon 22 34 88 88 Telefax 22 34 95 90

STATENS HELSETILSYN  
BIBLIOTEKET

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

# FORORD

Helsedirektøren nedsatte i 1993 en tverrfaglig arbeidsgruppe som skulle arbeide med strukturen i den medisinske journal, i den hensikt å oppnå større sikkerhet for at journalopplysningene er relevante og dekkende for forløpene av diagnostikk og behandling.

Dette skulle oppnås ved en bedre strukturering av journalopplysningene.

Arbeidet ble i første omgang forutsatt å skulle gjelde for journalene ved de somatiske helseinstitusjoner, men det ble antatt at også psykiatriske institusjoner og kommunehelsetjenesten skulle kunne dra nytte av arbeidet.

Arbeidsgruppens arbeid har vært omfattende, og spenner fra detaljutføring av dokumenter i pasientjournalen, til dokumentgruppering og -merking, journalinnbinding, og arkiveringsprinsipper. Statens helsetilsyn håper og tror at dette arbeidet vil bli brukt i årene som kommer som rettesnor for arbeidet med pasientjournalene ved våre sykehus, til beste for pasientene og for helsepersonellet.

Mange har bidratt til denne utredningen. Ikke bare arbeidsgruppen, men mange personer ved våre sykehus har gitt konstruktive, store og små, bidrag. Statens helsetilsyn takker alle for den store innsatsen som ligger bak dette arbeidet.

Oslo, juni 1994

Anne Alvik

helsedirektør

Spørsmål om innholdet i publikasjonen kan rettes til Helsedirektoratet.

# Innholdsfortegnelse:

<b>FORORD</b>	
<b>SAMMENDRAG</b> .....	6
<b>I. INNLEDNING</b> .....	7
1. Bakgrunn for arbeidet .....	7
2. Arbeidsgruppe, oppnevning, mandat og arbeidsform .....	10
<b>II. JURIDISKE PROBLEMSTILLINGER</b> .....	13
1. Ansvar .....	13
2. Sykepleiedokumentasjon .....	13
3. Fellesjournal – avdelingsvise journaler .....	14
4. Epikriser .....	14
5. Innsynsrett .....	15
6. Retting .....	16
7. Sperring, plombering .....	16
8. Informasjon til pasienten .....	18
<b>III. DEFINISJONER OG BEGREPER</b> .....	19
<b>IV. JOURNALENS DOKUMENTGRUPPER</b> .....	21
1. Innledning .....	21
2. Merking av journalark .....	23
2.1. generelt .....	23
2.2. fargekoder .....	24
2.3. merking av ark .....	25
2.4. skillekort .....	25
2.5. ordningsrekkefølge .....	25
3. Dokumentgrupper .....	26
<b>V. REGLER FOR FØRING AV ENKELTE DOKUMENTTYPER</b> .....	30
1. Nye oversiktdokumenter, gruppe A .....	30
2. Epikriser og liknende oversikter .....	31
3. Legeopplysninger, gruppe B .....	32
4. Kurveark, grupper F' .....	33
5. Sykepleiedokumentasjon .....	34
6. Signering .....	36
<b>VI. DOKUMENTUTFORMING</b> .....	37
1. Normer for arkhoder .....	37
2. Dokumentmerking .....	38
3. Dokumentmaler .....	39
<b>VII. KONTOR- OG ARKIVTEKNISKE FORHOLD</b> .....	40
1. Innledning .....	40
2. Arkivering .....	40
2.1. arkivsystem .....	41
2.2. arkivmappe .....	41
2.3. annet arkivmaterieill .....	42
3. Arkivering av journalinnhold .....	42
3.1. ordningsrekkefølge .....	42
3.2. sortering, gjenfinning .....	43
3.3. innbinding .....	44
4. Journalomslag .....	45

5.A- og B-journal .....	46
5.1.opprettelse av B-journal .....	46
5.2.opbevaring av B-journal .....	47
5.3.organisering av arbeidet med A- og B-journal .....	47
5.4.fordeling av innhold i A-og B-journal.....	47
5.5.arkivplass.....	48
6.Skriving og oppstilling av pasientdokumentasjonen .....	48
6.1.momentliste for diktering .....	49
6.2.dikteringsmaler .....	50

## VIII. VEDLEGG .....

### A. Dokumentgruppering

#### B.1. Dokumenthoder:

- Dokumenthode alternativ 1
- Dokumenthode alternativ 2
- Dokumenthode alternativ 3

#### B.2. Dokumentforslag:

- Personalialia, A1 (arkhode alternativ 1)
- Personalialia, A1 (arkhode alternativ 2)
- Kontaktoversikt, A2
- Epikrise, A3
- Sykepleiesammenfatning, A5
- Pasientorientering, A6
- Innkostjournal, B1 – tekstmal 1, med ledetekster
- Innkostjournal, B1 – tekstmal 2, med ledetekster og avkryssingsfelter for normalobservasjoner; evt. primærjournal / foreløpig journal.
- Pasientopplysninger, G1
- Innkostrapport, G2
- Sykepeieplan, G3

#### B.3. Journalomslag:

- Utside
- 1.innside med ordningsrekkefølge
- 2.innside med retningslinjer for B-journal, pasientrettigheter

#### B.4. Arkivnøkkel

#### B.5. Blanketteksempler:

##### **Dokumentgruppe A6:**

- “Informasjonsblankett A”, Fylkessjukehuset på Voss
- “Informasjon til pasienten”, Vest-Agder Sentralsykehus

##### **Dokumentgruppe F1:**

- “Kurve, temperatur, behandling”, Regionsykehuset i Trondheim
- “Kurve”, Vest-Agder Sentralsykehus
- “Kurve” Sandnesjøen Sykehus
- “Kurve” Fylkessjukehuset i Molde
- “Kurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland

##### **Dokumentgruppe F2:**

- “Insulinkurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland
- “Marevankurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland

#### B.6 Festeandring ved hel innbinding

#### B.7 Farger for dokumentgruppekode

# Sammendrag

En tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe, som har bestått av leger, sykepleiere, jurist og kontorfaglig ekspertise, fikk i 1993 i oppdrag av Helsedirektøren å foreslå retningslinjer for en bedre og mer ensartet strukturering av pasientenes journaler i de somatiske sykehus. Personalet ved mange sykehus har sett behovet av en fundamental gjennomgang av journalsystemene, noe som igjen har ført til at det har oppstått mange ulike lokale løsninger. Dette har medført ønske om større grad av standardisering av journalen, så langt dette er mulig og praktisk. Den gradvise overgangen til elektronisk (EDB-)journal som en nå ser konturene av ved sykehusene, har ytterligere aktualisert dette standardiseringsarbeidet.

Arbeidsgruppen har rettet flere henvendelser til norske sykehus for å be om journal- og dokumenteksempler, og for å få tilbakemeldinger på en del av forslagene i denne utredningen. Disse kontaktene har vært svært verdifulle.

Som konkrete forslag går arbeidsgruppen inn for at pasientjournalens dokumenter grupperes i ti hovedgrupper:

- A. Sammenfatninger;
- B. Legejournal;
- C. Prøvesvar – vev og væsker;
- D. Organ funksjon;
- E. Bildediagnostikk;
- F. Observasjon og behandling;
- G. Sykepleiedokumentasjon
- H. Rapporter annet fagpersonell;
- I. Ekstern korrespondanse;
- J. Attester – meldinger – erklæringer.

Innenfor hver hovedgruppe deles gruppene ytterligere inn i definerte undergrupper.

Det foreslås at alle dokumenter holder standard A4 (unntaksvis A3) størrelse. Dokumentene påføres standardiserte arkholder i henhold til tre alternativer. I alle alternativene skal institusjonen, pasientens identitet, dokumenttypen og gruppekoden fremgå. Dokumentgruppe og undergruppe skal så langt det er mulig fremgå av hvert ark i journalen ved bruk av en bokstavtall kombinasjon samt en fargekode. Eksempel: Prøvesvar fra klinisk kjemisk laboratorium har koden C1 og rød markering i øvre høyre arkrand. Fargemarkering forutsetter at arkene kan trykkes på forhånd.

Arbeidsgruppen foreslår omfattende endringer i sykepleiedokumentasjonen. Det gis konkrete forslag på utforming av nye dokumenttyper. Nødvendige

Spørsmål om  
Publikas  
Spørsmål om

pasientopplysninger m.h.t. personalia og diagnoser, innleggelses- og utskrivningsdatoer, etc, bør i størst mulig grad fjernes fra journalomslagetets forside. Arbeidsgruppen fremmer forslag til journalomslagetets utseende bl.a. m.h.t. påtrykket tekst som redegjør for pasientens innsynsrett. Det foreslås to nye standard dokumenter som skal ligge fremst i journalen: "Pasientopplysninger" og "Kontaktoversikt" og som erstatter opplysninger som ofte står på journalomslaget.

Et område som vies stor oppmerksomhet er kontor- og arkivtekniske forhold. Innbinding av i pasientjournalen foreslås etter to hovedalternativer: Hel innbinding i stive omslag, og med MEG-samler i halvstive/myke omslag. Det foreslås regler for oppbevaring av dokumentene i A- og B-journaler. Arkiveringsprinsipper gjennomgås også.

Rettsreglene m.h.t. føring og ansvar for pasientjournalen gjennomgås. Forslagene i denne utredningen, i den grad de får tilslutning som hensiktsmessige, vil etterhvert bli innarbeidet i journalforskriften.

# I Innledning

## 1.1. Bakgrunn for arbeidet

Helseinstitusjonene skal samle og oppbevare alle relevante data som er nødvendig for å beskrive og dokumentere alle pasienters sykdomshistorier og forløpene av diagnostikk og behandling ved opphold og besøk ved våre helseinstitusjoner. Disse datasamlingene kalles "journalen" eller "den medisinske journal". I Sosial- og helsedepartementets forskrift om journalføring brukes betegnelsen "pasientens journal". Arbeidsgruppen som er ansvarlig for denne utredningen går inn for omdøpe denne datasamlingen til *pasientjournalen*, bl.a. for å tydeliggjøre at dokumentasjonen retter seg mot flere yrkesgrupper enn legene, at det er pasienten opplysningene dreier seg om og at pasienten har et visst "eiendomsforhold" til disse opplysningene.

Forbedring av pasientjournalene i de *somatiske* sykehus og mer enhetlig praksis når det gjelder journalføringen har vært siktemålet for dette arbeidet. De prinsippene som legges til grunn bør kunne overføres også til det psykiatriske fagfeltet.

I arbeidet med klagesaker har Statens helsetilsyn (tidligere Helsedirektoratet) erfart at dokumentasjonen av pasientforløp ofte er tilfeldig og usammenhengende. Dette er et problem ikke bare for Helsetilsynet, men for enhver som skal bedømme et medisinsk hendelsesforløp. Den største mangelen er knyttet til mangel på oversikter og mangel på dokumentasjon av vurderinger og beslutninger. Hvorfor ble tiltak iverksatt eller ikke iverksatt, hvem besluttet, hvem gjennomførte, og hva ble følgene? Hva visste pasienten om sin situasjon. Vi håper å ha lagt et grunnlag for at pasientjournalene etterhvert skal gi bedre svar på slike spørsmål.

I de senere år har interessen økt betydelig for elektroniske journalsystemer og, ikke minst, for elektronisk hjelp til skriving av journaltekster. Dette åpner nye muligheter, men stiller også nye krav. Med vanlige tekstbehandlingssystemer kan man f.eks. ta i bruk "maler", dvs forhåndsdefinerte oppsett, for hva som skal inngå i journalen. Dette kan være til hjelp både for å sikre at all relevant informasjon blir skrevet ned og for å effektivisere innskrivingen. Dersom en forutsetter at alle tilpasser seg malen, kan det imidlertid føre til at det utføres undersøkelser og at det nedskrives informasjon som er overflødig, men som kreves i malen. Slike problemer må løses med forstand, maler skal være til hjelp for å sikre komplette opplysninger på en effektiv måte, men ikke være noe tvangstiltak som på lengre sikt undergraver hensiktsmessigheten.

Man kan også ta i bruk modifiserbare "standardtekster", f.eks. tekster som beskriver normalfunn, og "makroer" slik at hele tekstelementer erstattes av et fåtall tastetrykk. Dette kan gjøre det fristende å beskrive som normale funn forhold som en ikke har observert, eller beskrive som normalfunn forhold som bare viser små avvik fra det normale.

Det er likevel arbeidsgruppens klare oppfatning at økt bruk av elektroniske hjelpemidler vil medføre besparelser og fjerning av rutineoppgaver, større



sikkerhet mot skrivefeil eller mot at opplysninger mangler, m.m. Erfaringer viser at det å utnytte elektronisk tekstbehandling effektivt, både sikrer innholdets kvalitet og er ressursbesparende. Å bruke tekstbehandling på et sykehus betyr imidlertid ikke at en har innført en EDB-basert journal.

Full nytte av elektroniske systemer får en først når en får innført standarder for kommunikasjon mellom systemene og når en har funnet effektive metoder til både å fange opp og presentere informasjonene. Dette innebærer krav til standardisering av *dataformene*. Dette ligger utenfor denne arbeidsgruppens oppgaver.

Økt standardisering av *innholdet* i journalen vil gi fordeler ved at det gir økte muligheter for sikker informasjonsinnhenting og -oppbevaring. For kvalitetssikring av det kliniske arbeidet i våre sykehus, bl.a. ved økt bruk av statistikk eller andre former for oppsummering og sammenlikning av data, er det en forutsetning at en sikrer kvaliteten av den viktigste datakilden – pasientjournalen.

Siden sykehusenes iver etter å ta i bruk nye systemer er ulik, sees det idag en økende tendens til at journalsystemene utvikler seg i ulike retninger. Det foreliggende utredning er et skritt i retning av å kanalisere utviklingen inn i et felles spor.

I dag er det en forutsetning at langtidsoppbevaring av pasientopplysningene skjer i en papirbasert journal. I elektroniske journalsystemer må en derfor kunne skrive ut informasjonsinnholdet på et papirmedium. Disse systemene bør etter arbeidsgruppens mening bygge på den journalstrukturen som denne utredningen foreslår.

Arbeidsgruppen har i denne omgang nøydt seg med å gjøre et oppryddingsarbeid i den alminnelige, papirbaserte pasientjournalen. Oppryddingen er ikke fullstendig. Vi har bl.a. ikke gått langt når det gjelder forslag til utforming av en rekke konkrete dokumenter, som kurveark, medikamentark o.l. Vi nøyer oss med å vedlegge noen eksempler som vi mener representerer gode løsninger, men som det må være opptil institusjonene selv å omforme eller kopiere. I flere henseender begrenser vi oss til å komme med spesifiserte krav til innholdet i et dokument, og så får det bli opp til institusjonene å finne ut hvordan disse spesifikasjonene kan tilfredsstilles.

Det foreslås nye dokumenttyper som har til hensikt å bedre oversikten for de som skal bruke journalen. Det er her spesielt lagt vekt på å bedre den sykepleiefaglige dokumentasjonen. Her foreslås det et komplett sett nye dokumenter som skal erstatte all tilfeldig dokumentasjon som tidligere er lagt ved journalene, eller rett og slett blitt kastet (håndskrevne notater, kardexkort, o.l.). Vi håper med dette å ha lagt grunnlaget for at sykepleiedokumentasjonen tillegges den vekt den fortjener for å beskrive og bedømme et behandlingsforløp.

Et område som vies stor plass i utredningen er kontor- og arkivtekniske for-

hold i arbeidet med pasientjournalene. På dette området har våre sykehus kommet ulike langt. Enkelte sykehus har laget gode rutiner, mens andre henger etter. Arkiveringsrutinene er mange og alle er ikke like gode. Det samme gjelder journalrydding og innbinding av journalinnholdet. Er løssbladsystemet det beste eller finnes det bedre alternativer? Ulike ordninger vurderes i denne utredningen. Hva som skal bevares i A, aktive, og B, passive, journaler er også behandlet. Det er viktig å unngå stadig tykkere journalbunker samtidig som forskriftens krav til oppbevaringstid av opplysningene må tilfredsstilles. Utredningen foreslår regler for å av-aktualisere innholdet i pasientjournalen og overføre deler av den til en passiv (B-) journal.

Innholdet i denne utredningen er i hovedsak å oppfatte som anbefalinger og forslag. Utredningen vil bli sendt på høring til de somatiske sykehus og andre relevante instanser, og høringsuttalelsene vil sammen med utredningen bli brukt som utgangspunkt for en revisjon av journalforskriften (Forskrift om leger og helseinstitusjons journal for pasient av 17. mars 1989), og utferdigelse av nye retningslinjer for føring av pasientjournalen med hjemmel i en ny forskrift.

De forslagene man finner i utredningen kan gjennomføres uten at de kommer i konflikt med helsepersonellovene eller journalforskriften. Selv om det ikke er noen direkte motstrid, passer likevel ikke journalforskriftens bestemmelser alltid like godt med våre forslag. Vi vil i kapittel 2 redegjøre nærmere for forholdet til enkelte bestemmelser i dagens forskrift og for andre juridiske problemstillinger som særlig blir berørt av forslagene.

I arbeidet har arbeidsgruppen trukket veksler på svært mye av det som har foregått av utviklingsarbeid i landet. Mange vil derfor kunne finne igjen "sine" journalløsninger av de forslagene som vi fremlegger. Vi foretrekker å ikke nevne noen spesielle institusjoner her, men vil takke alle for de konstruktive bidrag vi har mottatt

**I.2.  
Arbeidsgruppe,  
oppnevning,  
mandat og  
arbeidsform.**

Helsedirektoratet nedsatte i 1993 en tverrfaglig arbeidsgruppe, med representanter fra sykepleiere, leger, kontor- og arkivpersonale, o.a. Kontakt med andre prosjekter som angår journalens innhold og standardiseringsarbeid i helsetjenesten ved Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse-tjenesten (KITH) og Folkehelsa, ble ivaretatt gjennom representasjonen i gruppen.

Oppnevnte i arbeidsgruppen ble:

Spesiallege Hroar Piene, Statens helsetilsyn (leder)

Førstekonsulent Cecilie Due, " "

Avdelingsoverlege Kjell Grøttum, Den norske lægeforening

Overlege Einar Hannisdal, Det norske radiumhospital

Seniorkonsulent Vigdis Heimly, K.I.T.H., Trondheim

Overlege Petter Hurlen, Folkehelse

Fagkonsulent Karin Kongsli, Norsk sykepleierforbund

Spesiallege Tor Ivar Lundgren, Regionsykehuset i Tromsø

Kontorfagleder Gro Melander Jakobsen, Bærum sykehus

har deltatt som kontorteknisk konsulent for arbeidsgruppen.

I tillegg har en trukket veksler på innsats fra :

Anne-Karine Hjortnæs, Marit Steen, Kristin Brandal, Gunhild Røstadsand og Kenneth Iversen, samt brukt innspill fra et flertall av landets sykehus.

**Mandatet for gruppen har vært:**

1. Å definere og så langt mulig i detalj beskrive standard for en strukturert medisinsk journal og epikrise for somatiske sykehus;
2. Å vurdere forslaget i lys av bestrebelser på innføring av kvalitets-sikringssystemer;
3. Å vurdere om forslaget vil tilfredsstille ønsker og krav om bedret rettssikkerhet for pasientene ved at en oppnår bedre oversikt over og sikkerhet for at det medisinske handlingsforløpet beskrives adekvat og korrekt;
4. Å vurdere om andre faggruppers opptegetninger – særlig sykepleiernes – kan harmoniseres med legeopptegetningene;
5. Å vurdere om det er behov for endringer i dagens regelverk for å få et nytt journalsystem realisert.

**Arbeidsgruppens arbeidsform har vært:**

Gjennom ca ett og et halvt år har gruppen arbeidet seg systematisk fram mot denne utredningen ved regelmessige oppsummerende og retningsgivende arbeidsmøter kombinert med oppdrag som har vært gitt til enkeltmedlemmene og blitt utført mellom møtene.

Det har vært gjennomført flere høringer og forespørsler til landets sykehus underveis i arbeidet. Disse høringene/forespørlene har vært:

1. Høring om utkast til inndeling av journalen og merking av dokumentene (til 12 sykehus)
2. Forespørsel om oversikt over samtlige dokumenter i journalen, samt innbinding, arkivering, m.m. (svar fra 40 sykehus)

3. Forespørsel om alle kurveark, medisineringskort, m.m. (svar fra over 60 sykehus)
4. Riksarkivaren har vært forelagt avsnittet om arkivering m.m.

Dette materialet og kommentarene utenfra har vært til stor hjelp under arbeidet.

I den første høringen ble sykehusene bedt om å gi sin oppfatning av den foreslåtte inndelingen av dokumentene i journalen og gruppering i ti dokumentgrupper. Alle sykehus sluttet seg til disse prinsippene, men en del sykehus mente at noen grupper kunne slås sammen slik at det ialt ble åtte (eller færre) grupper. Dette er det tatt hensyn til i dette forslaget ved at det er lagt inn mulighet for å slå sammen grupper.

Signeringsreglene som foreslås er det alminnelig enighet om nytten av. Forslagene til arkiveringsprinsipper, innbinding, etc., er i overensstemmelse med de som har tilkjennegitt de beste erfaringene med ulike systemer. Når det gjelder strukturering av informasjonsinnholdet i enkeltdokumenter, slik som kurveark, inntakstjournaler, epikriser, o.a., er våre anbefalinger og forslag på et relativt generelt nivå. Med ett unntak, *sykepleie dokumentasjonen*, har en bare i liten grad gått inn i utformingen av enkeltdokumenter.

Årsaken til forskjellen i detaljeringsnivå i utformingen av dokumenter er til dels at det vil kreve lang tid å bearbeide f.eks. kurveark, tildels at det er viktig å komme fram med nye ideer på et tidlig tidspunkt der behovene gjør seg mest gjeldende. Vi vedlegger imidlertid en del eksempler på hvordan dokumenter kan utformes. Vi understreker at disse dokumentene er eksempler og ikke representerer krav til utformingen.

Sykepleiedokumentasjonen er det området der vi mener det har hersket størst mangler. Derfor har vært viktig å komme raskt ut med forslag til ny dokumentstruktur på dette området. Den sykepleiedokumentasjonen som beskrives her, er forslag i den forstand at teksten i dokumentene kan velges annerledes avhengig av den sykepleieterminologi som institusjonens personell føler seg hjemme i. Meningsinnholdet i opplysningene må etter arbeidsgruppas oppfatning bli bevart uansett hvilke begreper en velger å bruke i dokumentene.

Arbeidet som arbeidsgruppen påtok seg kan neppe ansees avsluttet med denne utredningen. Fordi vi har kjennskap til at mange journalkomiteer ved norske sykehus venter på dette arbeidet, har vi valgt å presentere første steg nå. Neste skritt vil være avhengig av de tilbakemeldinger som gis på dette arbeidet.

# II JURIDISKE PROBLEM- STILLINGER SOM SÆRLIG BLIR BERØRT AV NY JOURNAL STRUKTUR

## II.1. Ansvar for forsvarlig journalføring, oppbevaring og arkivering av journalen

Alt helsepersonell som har lovbestemt journalføringsplikt, vil ha et selvstendig ansvar for at journalen inneholder de nødvendige og korrekte opplysninger og for forsvarlig oppbevaring og arkivering av journalen. Det *overordnede* ansvar for journalen er i journalforskriftens § 9 pålagt institusjonens medisinsk-faglig ansvarlige lege. Det heter i denne bestemmelsen at institusjonens medisinsk-faglig ansvarlige lege skal sørge for at journaler blir korrekt ført og forsvarlig arkivert og oppbevart. Legen kan gi utfyllende regler om journalføring og journalens innhold m.v. og om adgang til journalene. Statens helsetilsyn har lagt til grunn at det er sjefslegen ved institusjonen som er den medisinsk-faglig ansvarlige lege, jf. vårt rundskriv av 8. mars 1993 (forelagt Sosial- og helsedepartementet før utsendelse).

I NOU 1993: 33 om utkast til lov om Helsepersonells rettigheter og plikter, er denne forståelsen kritisert fordi sjefslegen må anses som "rådgiver i stab uten selvstendige lederoppgaver eller plikter i forbindelse med koordinering og overoppsyn med virksomheten". Siden forsvarlig journalføring må anses som et kvalitetssikringstiltak, hevdtes det her at det er institusjonsledelsen som har det øverste ansvar for at journalføring, oppbevaring og arkivering tilfredsstillende gjeldende retningslinjer. Det foreslås også at nevnte bestemmelse tas ut av journalforskriften og erstattes med en bestemmelse hvor institusjonens øverste ledelse er pliktsubjekt.

Statens helsetilsyn er enig i at det er lite hensiktsmessig at sjeflegen tillegges ansvar for journalføringen. Inntil journalforskriften eventuelt endres på dette punkt, er imidlertid det øverste ansvar for journalen tillagt medisinsk-faglig ansvarlig lege, og som etter vår oppfatning er sjeflegen. Vi vil i tillegg presisere at også institusjonsledelsen har et ansvar for journalen som et viktig ledd i kvalitetssikringsarbeidet.

## II.2. Sykepleie- dokumentasjon

I denne utredningen er sykepleiedokumentasjonen definert som egen selvstendig dokumentasjonsdel i pasientjournalen. Dette betyr *ikke* at sykepleiere eller annet pleiepersonell nå har fått en *selvstendig plikt* til å føre journal. Det er likevel vårt utgangspunkt at en vesentlig del av sykepleiernes og annet helsepersonells observasjoner vedrørende omsorg og pleie, må journalføres og oppbevares i pasientjournalen for at denne skal gi et helhetsinntrykk av den behandling, omsorg og pleie som pasienten har fått. Det vil fortsatt i første rekke være behandlende leges ansvar at journalen inneholder de nødvendige opplysninger om omsorg og pleie, og nedtegnelsene må derfor skje etter delegasjon fra lege og eventuelt etter avtale med arbeidsgiver. Vi gjør oppmerksom på at det i forslaget til ny lov om helsepersonell, NOU 1993:33, er foreslått at sykepleiere skal få selvstendig journalføringsplikt. Dersom dette forslaget vedtas, vil sykepleier selv få det primære ansvar for sykepleiefaglig journalføring.

### **II.3. Fellesjournal -avdelingsvise journaler**

Vi har tatt utgangspunkt i og anbefalt at sykehusene har en felles pasientjournal for alle avdelingene. Sett fra et juridisk synspunkt kan et felles journalsystem by på problemer i forhold til det enkelte helsepersonells taushetsplikt. Helsepersonell har taushetsplikt om de pasientopplysninger de mottar i sin virksomhet, og opplysningene skal ikke deles med annet helsepersonell i større utstrekning enn det som er nødvendig av behandlingsformål. Når pasientjournalen vandrer fra avdeling til avdeling, vil annet helsepersonell i institusjonen kunne få innsyn i en rekke opplysninger de ikke har behov for av hensyn til den aktuelle behandlingen av pasienten. På den annen side mener vi at et felles journalsystem er mer oversiktlig og tjener hensynet til en best mulig pasientbehandling, noe som normalt vil være det viktigste for pasienten. De fleste norske sykehus har dessuten en felles pasientjournal for alle avdelinger, og for de fleste institusjoner vil denne løsningen være mer praktisk enn å ha avdelingsvise journaler.

Vi vil likevel sterkt understreke at utvekslingen av opplysninger skal skje av hensyn til behandlingen. Institusjonen bør derfor ha gode rutiner som sikrer at helsepersonell som ikke deltar i behandlingen, heller ikke får innsyn i journalen.

Når vi anbefaler et felles journalsystem, er det blant annet fordi vi forutsetter at de fleste pasienter ønsker at behandlingen blir best mulig selv om dette betyr at flere personer får tilgang til journalopplysninger om dem. Dette vil likevel ikke alltid være tilfelle. Enkelte opplysninger er av en slik karakter at man må anta at pasienten ville ha motsatt seg utlevering dersom hun/han ble spurt.

*Opplysninger i psykiatrisk journal er ofte av en slik karakter; journal fra psykiatrisk avdeling eller poliklinikk skal derfor ikke inngå i et felles journalsystem. Opplysningene må imidlertid være tilgjengelige for andre avdelinger ved akutte behov.*

Andre typer opplysninger av sensitiv karakter fra opphold i somatisk avdeling kan oppbevares i fellesjournal, men bør overføres til B-journal slik at opplysningene blir vanskeligere tilgjengelig. Hvilke opplysninger som er av en slik karakter, må vurderes konkret av behandlende lege eller overordnet og vurderingen må foretas ut fra hensynet til pasientens behov for diskresjon på den ene side og hensynet til at pasienten skal gis best mulig behandling på den annen.

### **II.4. Særlig om epikriser**

Bestemmelsene om rett og plikt til å oversende epikriser til annet helsepersonell, er ikke så entydige som ønskelig. Siden utredningen foreslår at sykepleiesammenfatning skal sendes til den som skal forestå den pleiefaglige oppfølging ved utskrivning av pasienten, benyttes anledningen til å redegjøre nærmere for når og til hvem epikriser kan sendes.

De fleste vil på forhånd være kjent med journalforskriften § 7 hvor det heter at ved utskrivning skal epikrise sendes til den lege som har lagt pasi-

enten inn. Denne bestemmelsen må sees i sammenheng med helsepersonellovenes bestemmelser om taushetsplikt. På grunn av taushetsplikten har helsepersonell i utgangspunktet ikke anledning til å oversende opplysninger om pasienten til hverken lege, hjemmesykepleie eller andre med mindre det foreligger unntak fra taushetsplikten. Journalforskriften representerer *ikke* et unntak fra taushetsplikten og kan ikke benyttes som en hjemmel i seg selv til å oversende epikrise. Unntak foreligger derimot dersom pasienten samtykker i at opplysninger oversendes.

Ofte vil det imidlertid være upraktisk å be om pasientens samtykke til at opplysninger oversendes. Dersom helsepersonellet finner at oversendelse av opplysningene er nødvendig av hensyn til oppfølgingen av pasienten, og dette må antas å være i pasientens interesse, kan det derfor i stedet i de fleste tilfeller presumeres at pasienten samtykker. Med et presumert samtykke menes at man må anta at pasienten ville ha samtykket dersom han hadde blitt spurt.

Vanligvis er det av hensyn til oppfølging av pasienten at epikrise sendes til pasientens lege eventuelt annet helsepersonell. En oversendelse av epikrise til *innleggende* lege vil derimot ikke ha betydning for pasienten med mindre dette også er denne legen som skal følge opp pasienten, i følge dagens lover. Av den grunn kan det ikke uten videre presumeres et samtykke fra pasienten til at opplysninger utleveres innleggende lege. Dersom innleggende lege, som ikke skal følge opp pasienten, ønsker slik tilbakemelding, bør derfor, strengt tatt, pasientens samtykke innhentes. Dette forholdet foreslås endret i mer liberal retning i de nye helsepersonellovene.

Et presumert samtykke er uansett en konstruksjon som i størst mulig grad bør unngås. Vi har derfor foreslått at institusjonen gir pasienten et informasjonsskriv, jf. nedenfor, ved utskrivning hvor det framgår hvor epikrise vil bli sendt (oppfølgende lege og eventuelt annet personell som skal følge opp pasienten, dvs. hjemmesykepleier, e.a.). Når pasienten mottar informasjon om oversendelse og ikke motsetter seg denne, foreligger det et stilltiende samtykke fra pasienten.

## **II.5. Pasienters rett til innsyn i egen journal**

Helseinstitusjonene, samt Statens helsetilsyn, mottar stadig henvendelser fra pasienter og andre vedrørende retten til innsyn i journalen og til å få journalopplysninger rettet eller slettet. Det er økende interesse for pasientens adgang til å få sperret og eller plombert journalen.

Arbeidsgruppen foreslår at rettsforholdene vedr. journalinnsyn m.m. trykkes på journalomslaget fordi ikke alle er kjent med hvilke rettigheter en pasient kan ha. Informasjonen skulle dermed være lett tilgjengelig både for helsepersonell og arkivpersonale som mottar den første henvendelsen fra pasienten. Som det framgår der skal imidlertid henvendelsen alltid videreformidles til pasientens behandlende lege eller til en overordnet lege.

Det følger både av legeloven § 46 og av journalforskriften § 12 at pasienten har rett til å gjøre seg kjent med sin journal. Legeloven § 46 gir pasienten rett til å kreve innsyn i journalen med unntak av enkelte tilfeller hvor legen finner det utilrådelig å gi innsyn p.g.a. pasientens helse eller forhold til personer som står ham nær. Dersom innsyn avvises skal legen begrunne avslaget og informere pasienten om at han kan klage til fylkeslegen.

Dersom legen ikke finner grunn til å avslå innsyn, skal det gis innsyn i *hele* journalen, herunder røntgenbilder, B-journal og annet materiale som måtte finnes om pasienten på institusjonen og som pasienten ønsker å se. Innsynsretten innebærer at pasienten på anmodning har rett til å få kopi av journalen med bilag. For journalkopien kan det kreves en betaling som ikke overstiger det som følger av det til enhver tid gjeldende taksthefte for Godtgjørelse av utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende leger (herunder laboratorier og private røntgeninstitutt) og takster for offentlige poliklinikker. Dersom pasienten ønsker det, bør han få tilbud om å gjennomgå journalen på sykehuset sammen med lege.

Inneholder journalen opplysninger gitt av en tredje person, såkalte komparentopplysninger, er det denne personen som har krav på taushet. Pasienten har derfor ikke rett til innsyn i slike opplysninger med mindre den som har gitt opplysningene samtykker, eller opplysningene er helt ukontroversielle slik at man kan forutsette at vedkommende ville ha samtykket i at pasienten fikk innsyn.

## **II.6. Retting av journal**

Dersom pasienten mener at journalen inneholder mangelfulle eller gale opplysninger, kan han kreve journalen rettet, jf. journalforskriften § 12. Behandlende lege eller overordnet som vurderer henvendelsen skal anmerke henvendelsen i journalen, og dersom retting avslås skal han gjøre pasienten kjent med at avslaget kan påklages til fylkeslegen. Finner legen grunn til å rette journalen skal dette skje ved ny journalføring eller rettelse. Legen har *ikke* anledning til å slette journalnotater f.eks. med korrekturlakk.

Fylkeslegen kan derimot beslutte, etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, at retting skal skje ved sletting. I merknader til journalforskriftens bestemmelser gis det retningslinjer for hvordan sletting eventuelt kan utføres. Utgangspunktet er likevel at sletting av opplysninger ikke skal skje.

## **II.7. Sperring eller plombering av journal**

Enkelte sykehus har mottatt henvendelser fra pasienter som ber om at journalen ikke skal utleveres noen uten at pasienten har samtykket i det. Dette kalles en sperring eller plombering av journalen. Problemstillingen er diskutert i NOU 1993: 33 og vi har valgt å benytte samme begrepsbruk som man har anvendt der. Med sperring av journal menes at pasienten motsetter seg utlevering av journalen til andre behandlingenheter mens det med plombering menes at pasienten motsetter seg at journalopplysninger overføres både eksternt og til helsepersonell internt i behandlingenheten.



Pasienten har en stor grad av råderett over pasientjournalen og kan i en del tilfeller ha rett til å be om sperring/plombering av journalen. Dette har sammenheng med at helsepersonellet har taushetsplikt om de opplysninger som framkommer i journalen med mindre det foreligger unntak.

Hvis ikke andre lovbestemte unntak foreligger, må pasienten samtykke i at opplysninger utleveres. Hvis samtykke ikke gis, har helsepersonellet taushetsplikt og journalen kan ikke utleveres. Legeloven § 45 kan gi inntrykk av at journalen på anmodning skal lånes ut til annen ekstern lege eller helseinstitusjon uavhengig av hva pasienten mener. Bestemmelsen må imidlertid forstås slik at den forutsetter at pasienten samtykker i slik utlevering d.v.s. man presumerer et samtykke fra pasienten. I de fleste tilfeller ville nok pasienten ha sagt ja til utlevering av opplysningene, men dersom pasienter motsetter seg utlevering, kan man ikke lenger presumere et samtykke. Hovedregelen er da at helsepersonellet har taushetsplikt og at journalen ikke kan utleveres.

Sperring av journal skjer ved at man tydelig anmerker på journalomslaget at journalen ikke skal utleveres helsepersonell utenfor behandlingseenheten uten pasientens samtykke. Blir journalen likevel utlevert, foreligger det brudd på taushetsplikten.

Legeloven § 34 er et reelt unntak fra taushetsplikten som hjemler rett til å utlevere ellers taushetsbelagte opplysninger til annet helsepersonell innen en behandlingseenhet hvis det er nødvendig av hensyn til behandlingen. Oversendelse av opplysninger til laboratorier o.l. i forbindelse med den aktuelle behandling, vil etter vår oppfatning også omfattes av § 34. Dersom pasienten motsetter seg utlevering, skal behandlende lege eller overordnet vurdere om pasientens ønske etter forholdene kan og bør respekteres. I så fall kan journalen sperres fra eksternt og internt innsyn, d.v.s. plomberes. Finner man ikke at pasientens ønske kan etterkommes, har pasienten på den annen side ikke krav på å få journalen plombert. Vi gjør oppmerksom på at det i NOU 1993: 33 er foreslått at pasienten skal ha rett til å motsette seg også intern kommunikasjon uavhengig av om man finner at dette bør eller kan respekteres. Foreløpig er dette ikke noe pasienten har et ubetinget krav på.

Ved plombering må det anmerkes på omslaget at journalen ikke skal utleveres hverken eksternt eller internt uten pasientens samtykke. Det vil være hensiktsmessig om pasientjournalen i slike tilfelle oppbevares på et annet sted enn de øvrige journaler og den bør "forsegles", slik at plomberingen blir reell.

At journalen er sperret eller plombert, kan innebære at behandlingen ved senere anledninger ikke blir optimal. Denne risikoen må pasienten selv bære, og institusjonen eller helsepersonell kan ikke legges til last for uforvarlig behandling dersom dette skyldes manglende innsyn i journal. I

## II.8. Informasjon til pasienten

enkelte tilfeller vil man likevel kunne si at nødrettsbetraktninger gjør det rettmessig å utlevere opplysninger til annet helsepersonell selv om journalen er sperret eller plombert. Slike betraktninger kan imidlertid ikke begrunne innsyn med mindre det er fare for pasientens liv og helse og pasienten selv ikke kan samtykke til utlevering av opplysningene.

I utredningen har vi lagt stor vekt på at pasientens interesser og rettigheter skal ivaretas. Vi foreslår blant annet at sykehusene har et skjema for pasientinformasjon. Dokumentet skal gi informasjon til pasienten om tiden etter at behandlingen på institusjonen er avsluttet.

Vi vil også anbefale at pasienten blir gitt *skriftlig* informasjon utover de opplysninger som framgår av skjemaet. Statens helsetilsyn har i en rekke saker erfart at pasienten har fått eller hevder å ha fått mangelfull informasjon om sin behandling og tilstand. Mangelfull eller manglende informasjon forut for behandlingen innebærer at pasienten ikke kan gi et informert samtykke til behandlingen, og dette kan gi grunnlag for både klager og erstatningskrav mot institusjonen. Ved at det utvikles gode rutiner for muntlig informasjon og at pasienten i tillegg mottar informasjonen skriftlig, og ikke minst får anledning til å underskrive på at den er mottatt, kan muligheten for slike saker reduseres.

# III DEFINISJONER OG BEGREPER

I denne utredningen har en tilstrebet å bruke enhetlige betegnelser på de elementene som inngår i den komplette pasientjournalen. En del definisjoner som arbeidsgruppen har lagt til grunn, oppsummeres slik:

**Dokumenttype:** Arten av en gruppe informasjon (= *dokument*) som det er hensiktsmessig å behandle og oppbevare samlet, og som har en ensartet struktur. Eksempler på dokumenttyper er: "Personopplysninger", "Marevankurve", "Epikrise", "Innkomstjournal", "Sykepleiersammenfatning", o.a.

**Dokumentgruppe:** En samling dokumenter i journalen som hører logisk sammen fordi innholdet i dokumentene samsvarer, enten på grunnlag av hvem dokumentene henvender seg til, eller er produsert av, eller på grunn av informasjonsinnholdet. Eksempler er: "Legejournal" som inneholder dokumenttypene "Innkomstjournal", "Journalnotat", "Interne henvisninger" m.m., "Ekstern korrespondanse" som kan inneholde en rekke dokumenttyper, o.a.

Dokumentgruppene deles igjen i *undergrupper* som kan inneholde en eller flere dokumenttyper.

**Journalark eller ark:** Navnet på et fysisk (A4) ark som skal settes inn i pasientjournalen.

Eksempel er "Kontinuasjonsark", som kan inneholde en rekke ulike dokumenttyper; "legejournal", "operasjonsbeskrivelse", osv.

**Arkhode:** Den øverste delen av ethvert ark som inngår i pasientjournalen, som skal inneholde opplysninger om institusjonen, pasienten og identifikasjon av dokumenttypen.

**Mal (tekstmal):** Kan være en serie av ledetekster, overskrifter, rubrikker e.l. som går igjen i alle dokumenter av en viss type. Eksempler er "Dato: <dagens dato>"; "Med hilsen" "Sosial anamnese"; "Status presens den: <dato> kl: <klokkeslett>" o.a.

**Standardtekst:** Brukes i mange sammenhenger synonymt med ordet tekstmal. En standardtekst kan være et utkast til et dokument der den som skriver dokumentet fyller ut og/eller retter standarden til den aktuelle, korrekte teksten. Operasjonsbeskrivelser for standardinngrep kan f.eks. skrives v.h.j.a. en standardtekst der kontorpersonalet fyller inn pasientens og operatørens navn og ellers et fåtall signifikante opplysninger.

**Rubrikk:** Et avsatt felt på et dokument som kan inneholde tekst, tall, grafikk, e.a. Rubrikkoverskrifter gir retningslinjer for utfylling m.h.t. typen informasjon, f.eks. "dato", "ICD-diagnose", "BT-verdi" ...

**Blankett:** Ark med forhåndspåførte standardtekster, felter, rubrikker e.a., og som skal fylles ut med aktuelle opplysninger.

**Journalomslag:** Det som fysisk omslutter dokumentene som samlet utgjør pasientjournalen.

**Innbinding:** Den anordningen som, helt eller delvis, samler dokumentene, binder dem sammen i eller innen et journalomslag.

**Henvising:** Å be en kollega eller annen fagperson eller en institusjon om å undersøke pasienten selv eller vurdere opplysninger om pasienten i den hensikt å gi en *vurdering* av diagnose, behandling, etc. Henvising skiller fra rekvisisjon, se nedenfor.

**Rekvisisjon:** Bestilling på en prøve eller undersøkelse som ønskes utført, og som besvares med et prøvesvar. Vurderingen av svaret er den rekvirerende leges ansvar (se *henvising*)

**Kontakttype:** Arten av en kontakt med helseinstitusjonen. Det gis oftest som en spesifisering av omsorgsnivået, dvs, innleggelse, poliklinikk, dagbehandling.

# IV JOURNALENS DOKUMENTGRUPPER

## IV.1. Innledning.

Dagens journaler preges av stor grad av usikkerhet, og til dels uorden, m.h.t. hvor de ulike dokumenter hører hjemme. Et vesentlig punkt i det foreliggende arbeidet har vært å analysere hvilke deler av journalen som logisk hører sammen og foreslå et ordningsprinsipp som kan brukes av alle sykehus. Dette vil føre til at journalene blir mer likeartet fra sykehus til sykehus.

Når et ordningsprinsipp er fastlagt må hvert enkelt dokumentets plass i journalen defineres slik at både leger, annet helsepersonell og det kontorfaglige personalet legger arkene på rett plass. Det er også en fordel om arkene er merket slik et lett kan finne frem til rett plass, og at en kan se om ark ligger feil.

Det er også fordelaktig om dokumentene kan samles i grupper som, om det er ønsket, kan håndteres eller oppbevares samlet eller hver for seg på en sengepost under et pasientopphold. For eksempel er det vanlig under et sykehusopphold at kurveark sammen med sykepleiedokumentasjon o.l. oppbevares i en egen perm adskilt fra den øvrige journalen.

Arbeidsgruppen har kommet fram til følgende inndeling i *dokumentgrupper* med *undergrupper*:

**Dokumentgrupper:** Journalen foreslås primært inndelt i ti – 10 – dokumentgrupper, merket med bokstavene A – J. Tallet 10 har fremkommet ved en vurdering av arten av informasjonene i en journal; dvs. en inndeling av informasjoninnholdet i *oversikter* som epikriser, i *legeopplysninger*, i *laboratoriedata*, i *sykepleieropplysninger*, m.m.

Etter en foreløpig høring (se kapittel I) vil enkelte sykehus foretrekke et mindre antall grupper. Dersom et sykehus ønsker et mindre antall bør det velges *åtte* grupper slik at gruppe nr. syv og åtte, utgjør én gruppe (gruppe GH) og gruppene ni og ti utgjør én gruppe (gruppe IJ). Dersom vår anbefaling til innbindingssystem med MEG-samler følges (se kapittel VII), vil antallet grupper ikke bety noen reell forskjell for sykehuset.

**Undergrupper:** Hver av de ti dokumentgruppene deles i et antall undergrupper som nummereres fortløpende, eks. B1, B2 ..., F1, F2, F3, F4..., osv. slik det beskrives på de følgende sidene. Ordningsrekkefølgen i journalen påføres journalomslaget første innside (se kapittel VII). Dokumentgruppene med undergrupper vises i oversikten på neste side, og de gjennomgås i mere detalj senere i dette kapittelet. Se også vedlegg A i kapittel VIII

Dokumentgrupper  
m/undergrupper:

Betegnelse:

Fargekoder:

A

### SAMMENFATNINGER

Grønn

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk innen hver undergruppe

A1	Personalialia	A4	Andres epikriser
A2	Kontaktoversikt	A5	Sykepleiesammenfatning
A3	Egne epikriser	A6	Pasientorientering

B

### LEGEJOURNAL

Lys blå

Ordningsrekkefølge: Kronologisk i hver undergruppe

B1	Løpende journal	B2	Resultat av/svar på interne henvisninger
----	-----------------	----	---------------------------------------------

C

### PRØVESVAR - VEV OG VÆSKER

Rød

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

C1	Klinisk kjemi	C5	Mikrobiologi
C2	Patologiske/anatomiske us.	C6	Hematologi
C3	Immunologi	C7	Fertilitet og arv
C4	Klinisk farmakologi	C8	Diverse

D

### ORGAN-FUNKSJON

Lys brun

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

D1	Hjerte og kretsløp	D4	Fordøyelsesapparat
D2	Lunge	D5	Urinveier
D3	Sansing og motorikk	D6	Reproduksjon

E

### BILDE-DIAGNOSTIKK

Magenta

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

E1	Røntgenopptak og liknende	E3	Scintigrafi
E2	Ultralyd	E4	Fotografier

F

### OBSERVASJON OG BEHANDLING

Lys grønn

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

F1	Kurveark	F3	Undersøkellesplan
F2	Særskilte obs.skjemaer		

**G****SYKEPLEIEDOKUMENTASJON**

Blå

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

G1 Pasientopplysninger G3 Sykepleieplan

G2 Innkomstrapport  
m/sykepleienotater**H****RAPPORT ANNET FAGPERSONELL**

Lys rød

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

H1 Fysioterapeut-rapport H4 Psykolog-rapport

H2 Ergoterapeut-rapport H5 Ernæringsfysiolog-rapport

H3 Sosionom-rapport H6 Fødejournal

**I****EKSTERN KORRESPONDANSE**

Sort

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

I1 Innleggelsessøknader I3 Annenhåndsvurderinger

I2 Eksterne henvisninger I4 Div. brevkopier

**J****ATTESTER/MELDINGER/ERKLÆRINGER**

Brun

Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk

J1 Offentlige blanketter J4 Melding til frivillige registre

i forbindelse med fødsel J5 Pasientsamtykker/erklæringer/krav

J2 Tilpliktete meldinger J6 Trygdesaker

ved sykdom J7 Melding om dødsfall

J3 Melding om uhell/skader/bivirkninger

**2.1. Generelle synspunkter****IV. 2  
Merking av  
journalarkene**

En hensiktsmessig gruppering og merking av arkene gjør det lett å sette dem på riktig plass i journalen. Merkingen kan skje både ved at gruppe og undergruppe tydelig trykkes på arkene, og ved bruk av farger for å skille dokumentgruppene fra hverandre.

Det er nå blitt vanlig at arkene i større og større grad i sin helhet (inklusive dokumenthodet) skrives ut av en (laser-)printer tilkopleet tekstbehandlingststyr. I slike tilfeller er en i stor grad avskåret fra å ta i bruk farger for å kode arkene. Dersom arkene blir forhåndstrykt anbefaler vi at teksten, i det minste delvis, trykkes i den fargen som er valgt å representere de enkelte gruppene.

Bunnfargen på alle ark skal være hvit.

## 2.2. Fargekoder

Følgende farger er valgt å representere de ulike gruppene:

- gruppe A: Grønn (PMS: 347)
- gruppe B: Lys blå (PMS: 277)
- gruppe C: Rød (PMS: Warm Red)
- gruppe D: Lys brun (PMS: 156)
- gruppe E: Magenta (PMS: 241)
- gruppe F: Lys grønn (PMS: 359)
- gruppe G (eller GH): Blå (PMS: 285)
- gruppe H: Lys rød (PMS: 176)
- gruppe I: Sort (PMS: Black)
- gruppe J (eller IJ): Brun (alternativt sort for IJ) (PMS: 160)

Vi har valgt å skape fargekontraster ved hjelp av komplementærfargene rød – grønn – blå og ved å bruke lyse og mørke fargevalører. Epikriser (gruppe A) skal ha fargen grønn i hht Norsk Standard (jf. NS 4060 - serie). Det er også vanlig at svar på laboratorieprøver (gruppe C) har rød fargekode. Det er da logisk å velge en lys blå for gruppe B, legeopplysninger, som skal stå mellom A, grønn, og C, rød.

Hvis en i tillegg til kontrastforholdene for å skille gruppene bruker fargene for markere innholdet, er det logisk å gi sykepleieropplysningene (gruppe G) farge *blå* (jf. legeopplysninger = *lys blå*). På tilsvarende måte er kurveark (gruppe F) konsentratopplysninger om forløpet av opphold, behandling, undersøkelser, m.m. og gis derfor samme farge som epikrisene, men i lys valør, dvs *lys grønn*.

Gruppene D og E skilles godt ut ved valg av *lys brun* (D) og den blåfiolette fargetonen *magenta* (E). For gruppe H velges da fargen *lys rød* i henhold til fargerekkefølgen grønn – blå – rød .

Gruppe I vil i sterkere grad enn noen andre grupper inneholde dokumenter som ikke er produsert ved institusjonen selv. Den mangelen på herredømme over fargene som følger av dette, gjør valget av *sort* markering logisk. Det gjenstår da farge *brun* for gruppe J.

Fargene er definert ved de PMS-kodene som trykkerier bruker for å standardisere farger. Disse kodene er angitt i vedlegg A, kapittel VIII



### 2.3. Merking av ark

Merkingen av journalarkene skjer på tre nivåer med ulik viktighet:

1. Alle ark påføres den dokumentgruppen (bokstav, se ovenfor) og undergruppen (tall) som representerer dokumenttypen. F. eks., arkene for inntakstjournal (dvs. kontinuasjonsarkene) påføres kode B1, arkene for røntgenopplysninger påføres koden E1, etc.
2. Når det er mulig å merke dokumentet med en farge påføres gruppens fargekode langs høyre kant. Vi forutsetter at ytre kant deles ialt i 10 posisjoner. Fargen påføres i et felt som har en plass langs ytterkanten som tilsvarer nummeret på undergruppen.

Eksempel: Gruppe A3 ("Egne epikriser") merkes med grønt felt i tredje øverste posisjon, dvs fra ca 6 til ca 9 cm.

3. Dersom merkingen skjer ved utskrift fra en laserprinter settes gruppe betegnelsen i henhold til pkt. 1. Hvis en i tillegg vil sette et (svart) merke i kanten må en sette merket der det ellers skulle ha stått i henhold til pkt 2.

I avsnittet om dokumentutforming er (kapittel VI.2) er dette behandlet ytterligere.

### 2.4. Skillekort

Gruppene kan også atskilles ved skillekort med eller uten flik ("tab"). Skillekort gir god oversikt og betyr i realiteten minimalt for journalens tykkelse. Dersom en velger å ha skillekort bør hele kortet, eller i det minste 1-2 cm av ytre høyre rand, være farget i henhold til gruppens fargekode. Dokumentoversikten for hver gruppe (tilsvarende innsiden av det anbefalte journalomslaget) bør i tillegg være trykt på skillekortet.

Hvis innbinding skjer ved MEG-samler (se kapittel 6) vil det ikke være naturlig å bruke skillekort, men det kan lages enkle førstesider for hver gruppe der gruppebetegnelser og farger er påført.

### 2.5. Rekkefølgen innen undergruppene

Hovedregelen for rekkefølgen av dokumentene innen hver undergruppe er at *det yngste dokument skal ligge fremst, dvs i omvendt kronologisk orden.*

Dette med *unntak av all* dokumentasjon i gruppe B: legejournal, der rekkefølgen skal være kronologisk. Begrunnelsen er at historikken i sykdomsutviklingen er en viktig faktor i vurderingen av legeopplysningene, mens siste observasjon/måling normalt er viktigst i andre forhold. Siste observasjon bør derfor som regel komme først.

### IV.3 Dokument gruppene

På laboratorieark og kurveark fortsettes dagen praksis med å føre inn dataene fra venstre mot høyre.

Kommentarer og begrunnelser til forslagene er tildels gitt direkte under forslagene til grupper, tildels er disse utdypet i kapittel V.

Nedenfor følger en redegjørelse for alle dokumentgrupper, undergrupper og deres dokumenttyper. For enkelte av dokumenttypene er det i denne utredningen gitt en kravspesifikasjon og/eller et forslag til utforming. Nærmere omtale av disse dokumenttypene følger i kapittel V. Noen prinsipper for ordningen innen hver gruppe gjøres det først rede for.

Forslagene til dokumentgrupper er i mer detalj vist i vedlegg A, kapittel VIII. PMS-kodene for de valgte fargene er også oppgitt der. Her gjennomgås det visse prinsipper for gruppeinndelingen og det knyttes en del kommentarer til de ulike gruppene, undergruppene og dokumentene.

**Dokumentgruppe A. SAMMENFATNINGER.** A1- *Personalia*, A2 - *Kontaktoversikt*, A5 - *Sykepleie sammenfatning* og A6 - *Pasientorientering* representerer dokumenter som i dag eksisterer noen, få eller ingen sykehus. A1 og A2 skal erstatte opplysninger som ofte gis på journalomslagenes ytterside.

A5 er en konsekvens av sykepleiernes dokumentasjonskrav som omtales i utkastet til nye helsepersonellov.

A6 er et dokument som mange sykehus har innført og som innarbeides i utskrivingsrutinene og fylles ut i dialog med pasientene og med kopi til journalen.

Se for øvrig omtale i kapittel V.1 og utformingsforslag i vedlegg B.

**Dokumentgruppe B: LEGEJOURNAL** skal inneholde alle interne legeoppteignelser som ikke er ført på kurveark e.l. (d.e. *Løpende journal*, B1). Opplysningene skal føres kronologisk og på en slik måte at forløpet av diagnostikk, behandling, oppfølging, m.m. framtrer logisk. Vurderinger og beslutninger som fattes må fremkomme.

Så langt det er mulig skal ansvarlig lege kunne identifiseres i ettertid. Dette krever at en internt i institusjonene har klare regler for skrivning og signering av journalnotater. Kronologien på kontinuasjonarkene må være sikret og det skal ikke være mulig å påføre opplysninger i «ettertid».

Operasjonsbeskrivelser, svar på interne henvisninger o.a. opplysninger og

vurderinger mellom legene bør føres på kontinuasjonsarkene dersom det ikke finnes særskilte, spesielle blanketter for det. Svarene på interne henvisninger føres normalt i den løpende journal. Svar fra eksterne institusjoner settes i gruppe I - *Ekstern korrespondanse*, men en omtale av en ekstern henvisning (og resultatet av denne) gis fortrinnsvis også den løpende journal i form av et journalnotat. Andre kommentarer vedr. dokumenter i gruppe B står i kapittel V.

**Dokumentgruppe C: PRØVESVAR - VEV & VÆSKER** inneholder alle laboratoriesvar for undersøkelser av blod eller andre væsker, puss, vevsprøver, o.l. materiale som er fjernet fra pasienten. De er ordnet etter laboratorietype, se vedlegg A. Det gis her ingen standard anbefalinger angående rapporteringsform for de enkelte prøvene utover de generelle kravene til standard arkholder, ark-koding og signering.

**Dokumentgruppe D: ORGAN - FUNKSJON.** (I gruppe D) inngår alle undersøkelser som krever pasientens tilstedeværelse, med unntak av den bildedannende diagnostikk (gruppe E). Undersøkelsene er undergruppert etter organsystem; denne inndelingen gjenspeiler samtidig de vanligste spesialområdene: Kardiologi, nevrologi, gastroenterologi, m.m. (se vedlegg A).

Hvorvidt noe av bildediagnostikken, i første rekke ultralyd og endoskopi, skal legges inn i denne gruppen, er valgfritt. Dette vil avhenge av hvordan undersøkelsene er organisert i sykehuset. Dersom slik bildediagnostikk utføres på kliniske spesialavdelinger (gastrolab, kardiologisk avdeling, lungeavdeling, e.a.) og undersøkelsen ikke først og fremst dokumenteres ved bilder (videobilde, «hardcopy»), vil vi anbefale at undersøkelsen settes inn i denne gruppen. Vi mener primært at en og samme undersøkelse aldri skal splittes i to (eller flere) grupper selv om den inneholder elementer fra flere grupper, f.eks. både bilde- og funksjonsvurdering. Dersom funksjonsundersøkelsen er den vesentlige bør den grupperes i D, ellers i gruppe E - Bilde - diagnostikk.

Scintigrafier bør generelt plasseres i gruppe E dersom det ikke finnes tungtveiende grunner imot.

**Dokumentgruppe E: BILDE - DIAGNOSTIKK.** Røntgen-, CT- og MR-undersøkelser er satt i en felles undergruppe ettersom det er vanlig at disse undersøkelsene har en felles rekvisisjons- og svarblankett. Det er derfor unntaurlig å splitte dem i separate grupper. Dette kan være forskjellig ved noen sykehus.

Ultralydbilder bør settes i denne gruppen dersom det er røntgenavdelingen som har ansvar for opptaket, og det er vurderingen av bildet som er det sentrale ved undersøkelsen.

Dersom undersøkelsen foretas ved en klinisk avdelings laboratorium og inngår i en utredning som omfatter andre undersøkelser enn bildediagnostikk, bør undersøkelsesresultatene holdes samlet i journalen under gruppe D: Organ-funksjon (se over)

Vi foreslår primært at scintigrafier settes under bildediagnostikk dersom dette ikke er direkte ulogisk for sykehuset.

Bilediagnostikk fra *andre institusjoner* settes i gruppe I: Ekstern korrespondanse. Dette gjelder ikke hvis rekvisisjon og svar er ført på den rekvirerende institusjonens blanketter.

**Dokumentgruppe F: OBSERVASJON OG BEHANDLING.** Alle opplysninger som angår den løpende observasjon og oppfølging av de medisinske terapeutiske tiltak for pasienten, dvs alle former for «kurveark», «observasjonsskjema», o.l., inngår i denne gruppen. De ulike sykehus har gjerne både egne utforminger og egne betegnelser på de ulike dokumentene, listen over dokumenter må derfor utformes og justeres etter de lokale forholdene.

Arbeidsgruppen foreslår at «Undersøkellesplan» (= «problemark», eller andre betegnelser) der de initiale, oppfølgende og senere problemstillinger og undersøkelser noteres, blir brukt. For enkelte sykehus er dette et nytt dokument. Sykehus som har innført dette, har stor nytte av det, bl.a. for å planlegge innleggelse slik at alle første dags undersøkelser kan være fastlagt og bestilt på forhånd. Mange sykehus oppbevarer et slikt dokument i «kurveboka» og kaster det ved utskriving. Arbeidsgruppa mener at permanent oppbevaring kan være nyttig dersom det inneholder beslutninger og overveielser som ikke blir dokumentert på annen måte.

Ulike dokumentutforminger i gruppe F fra ulike sykehus er gjengitt i vedlegg B.

**Dokumentgruppe G: SYKEPLEIEDOKUMENTASJON** Sykepleiedokumentasjonen drøftes inngående i kapittel V. Eksempler på dokumentutforminger er gitt i vedlegg B, kapittel VIII.

**Dokumentgruppe H: RAPPORTER ANNET FAGPERSONELL** skal inneholde svar på utredninger eller rapporter fra andre faggrupper som har gjennomført selvstendige behandlingsopplegg.

Dette gjelder også *fødsler* som i sin alminnelighet helt ledes av jordmødre.

Dersom det er utført vurderinger etter *behandlende leges henvisning* behandles de som interne henvisninger i gruppe B.

Dersom de er utført utenfor institusjonen oppfattes de som ekstern korrespondanse - gruppe I.

Gruppe H kan legges sammen med gruppe G og danne gruppe GH.

**Dokumentgruppe I:** *EKSTERN KORRESPONDANSE* skal inneholde innleggelseskriv, brevveksling utad, etc, samt beskrivelser og vurderinger som følge av eksterne henvisninger. Resultater av rekvisisjoner til *andre* institusjoner legges inn her, men en innføring i den løpende legejournaltekst bør også gjennomføres, se gruppe B.

Kopier/rapporter fra *undersøkelser* som er utført eksternt og som er ført på den eksterne institusjons blanketter settes også inn her.

**Dokumentgruppe J:** *ATTESTER/MELDINGER/ERKLÆRINGER*. I gruppen finner en alle kopier av meldinger som sendes og mottas og som angår pasienten. Vi finner det hensiktsmessig at journalen er ordnet slik at en eventuell dødsmelding er det *siste dokumentet i journalen*.

Gruppe I og J kan slås sammen til en gruppe, IJ. Dersom en velger å slå sammen disse gruppene ser en at en kommer opp i (minst) 11 undergrupper. Dette er fler enn den ti-delingen av ytre kant som er anbefalt. I praksis tror en ikke at dette vil representere noe problem.

Vedlegg A viser en summarisk oppstilling over gruppene og de ulike dokumenttypene. Listen er sannsynligvis ikke komplett og ulike sykehus kan ha ulike synonyme betegnelser. Listen gir allikevel er oversikt over den sorteringsmåten som anbefales.

# V.OMTALE AV OG REGLER FOR FØRING AV ENKELTE DOKUMENTTYPER

## V.1 Nye oversikts dokumenter i gruppe A

### A1. Personopplysninger:

Dette dokumentet (sammen med det neste, A2) skal erstatte journalomslagets forsider slik mange av dem er utformet i dag, med tildels sensitive opplysninger liggende åpent tilgjengelig for alle. Alle relevante forhold vedr. pasientens identitet, pårørende, samt forhold som skal gis generell oppmerksomhet (CAVE o.l), gis på dette dokumentet.

Opplysninger som er ønsket er:

- fødselsnummer, kjønn, fødested, statsborgerskap
- navn og aktuelle adresse, telefonnummer
- bostedskommune og trygdekontor
- sivilstand
- nærmeste pårørendes navn, adresse, telefonnummer
- yrke, samt arbeidsgivers navn, adresse og telefonnummer
- Cave, blodtype, blodsmitte (ja/nei)
- Opplysning om data for pliktige meldinger til noen viktige meldeinstanser: Kreftregisteret og Tuberkuloseregisteret, og ved dødsfall.

Forutsetningsvis fylles dette dokumentet bare ut en gang, og ved senere opphold bare dersom det er endringer i opplysningene. Det skal bare ligge ett slikt ark forrest i journalen.

Arbeidsgruppen er oppmerksom på at en del av disse opplysningene også vil finnes på sykepleierdokumentasjonen (dokumenttype "Pasientopplysninger" G1). Grunnen til dette er at sykepleierne vil oppbevare sine opplysninger i "kurveboka" under et opphold, mens dette arket skal ligge fast i journalen. En viss grad av dobbelføring av opplysninger i journalen kan neppe unngås helt. Men når dokumentene skrives ut første gang bør en samordne utskriftene slik at pasienten bare bes å gi opplysningene en gang.

### A2. Kontaktoversikt:

Dette dokumentet erstatter journalomslagets forside dersom diagnoseopplysninger er ført der. Her skal det føres oppholdstider, diagnoser og noen nøkkelopplysninger.

Opplysninger som ønskes er:

- dato inn og ut
- kontakttype (innleggelse, dagbehandling, poliklinikk)
- hoveddiagnose og bidiagnose(r) i kode (ICD) og tekst.

Hvorvidt institusjonene vil påføre dato etc. ved enhver kontakt, samt kon-

## V.2 Epikriser og lignende over- sikter

takttypen (poliklinikkbesøk, innleggelse, dagbehandling), eller det påføres bare ved innleggelser, er valgfritt.

### A3. Egne (sykehusets) og A4. Andres epikriser:

Vi anbefaler at  *vurderinger, konklusjoner og anbefalinger om videre oppfølging* vektlegges ved utformingen av epikriser og andre typer oppsummeringer. Tekstmaler som inneholder ledetekster med faste overskrifter er et hjelpemiddel for å oppnå dette. Spesielt ved bruk av elektronisk tekstbehandling må standardisering med bruk av tekstmal overveies nøye. Det kan her være store gevinster å hente m.h.t. tids- og ressursforbruk og kvalitet.

Viktige opplysninger i epikrisen er:

- kontaktårsak
- primær vurdering
- viktige kliniske funn og observasjoner
- viktige supplerende undersøkelser
- sluttvurdering og -beslutning
- anbefalinger for oppfølging
- legemidler (nøyaktige data)

### A5. Sykepleiesammenfatning:

Dette, sammen med den øvrige sykepleiedokumentasjonen, vil ved mange sykehus være en nyskapning som vil forventes å bidra til å heve pleiedokumentasjonen og kontinuiteten i pleien.

Denne sammenfatningen er særlig viktig for neste ledd i en behandlings- og omsorgskjede, f.eks. et sykehjem som skal motta pasienten, hjemmesykepleier o.a. Sykepleiesammenfatningen skal inneholde et resymé av pasientens funksjonsnivå ved innkomst, samt hvilke anbefalte tiltak som skal iverksettes når og av hvem.

Sykepleiesammenfatning sendes ikke ut hvis pasienten utskrives til hjemmet uten noen form for hjelpetiltak/oppfølging av sykepleiefaglig karakter. Hvis ansvarshavende sykepleier finner det unødvendig å sende en sykepleiesammenfatning, skal den likevel føres og legges i pasientjournalen. Ved forventet snarlig re-innleggelse kan dokumentet allikevel sløyfes.

Forslag til utforming følger i vedlegg B.2, kapittel VIII.

### A6. Pasientorientering.

Dette blir utstedt ved utskriving og har vist seg som et verdifullt dokument i de sykehus som har innført det. Fortrinnsvis skrives det ut samtidig med utskrivningssamtalen. Det legges vekt på norsk, forståelig, språkbruk i angivelse av diagnose, behandling, oppfølging, m.m. Legemiddelopplysninger

**V.3**  
**Legeopplys-**  
**ninger i gruppe**  
**B**

spørsmål om innholdet i publikasjonen  
Publikasjonens Gyldighet

som skal gis, må være nøyaktige og fullstendige og gi opplysninger om hvorfor og hvordan legemidlet skal tas. Alle opplysninger som pasienten trenger for å mestre sin egen situasjon best mulig skal være påført. Det bør fremgå av samtalen samt av orienteringsskrivet hvem epikrise blir sendt til. Se nærmere utformingsforslag i vedlegg B.2.

Legejournalen (innkomstjournalen) skal i tillegg til de tradisjonelle anamnestiske og kliniske opplysninger føres slik at den gir et så langt mulig fullstendig bilde av

- årsaken(e) til aktuelle innleggelse eller kontakt
- vurderinger ved innleggelsen og under oppholdet
- beslutninger ved innleggelsen og under oppholdet

Standarden for den medisinske journal er gitt av Rasmussens lærebok i journalføring: Håkon Rasmussen: "Pasientundersøkelse og journalskriving; veiledning og retningslinjer for studenter", 4. opplag, Bergen, 1961.

I kapittel VII gis det retningslinjer for diktering av journal, som samtidig kan tjene som en spesifisering av journalens grunnelementer. I vedlegg B.2. er det i tillegg gitt eksempler hvordan maler og standardtekster kan utformes.

Kvaliteten på innkomstjournalene kan heves betydelig ved bruk av maler med ledetekster og standardtekster, gjerne så langt det lar så gjøre å standardisere innholdet. Undersøkelser har vist at en avdeling kan spare mye tid og arbeid på å anvende "standardjournal" der tekst fylles inn etter behov. Det samme gjelder operasjonsbeskrivelser.

Spesialavdelinger, som øye, ø-n-h, gyn, o.a., kan meget gjerne utforme sine maler eller standardtekster med integrering av grafikk og bilder.

Dokumenttypen "Løpende journal" føres på arktypen *kontinuasjonsark*.

**På kontinuasjonsarket føres det fortløpende og bare på én side.**

Dette skal sikre at opplysninger ikke kan påføres, eller er påført, i ettertid der det måtte være et åpent rom, f.eks. en ubenyttet bakside. Det må ikke finnes noen tvil hvorvidt det er tillatt med tosidig føring av kontinuasjonsarkene. Vi har derfor funnet det hensiktsmessig å gå inn for *kun ensidig føring*.

Alle inntegninger skal stå *kronologisk*. Alle henvisninger (interne og eksterne) føres inn på kontinuasjonsarket, enten

- som den *primære tekst* ved interne henvisninger; eller
- som en *referanse* til henvisningen ved eksterne henvisninger.

All tekst på kontinuasjonsarkene skal være originaltekst. Det er ikke aksep-



Spørsmål om Publikasjonstiltaksdirektoratet

tabelt å kopiere inn tekst fra andre dokumenter på kontinuasjonarkene. Det skal aldri kunne oppstå tvil om dokumentet på noe måte er manipulert med i ettertid. Eventuelle blanke felt som måtte oppstå på kontinuasjonsarket skal krysses ut. Når et ark anses som fullskrevet bør kontorpersonalet sette sin signatur på arket i nederste høyre hjørne der teksten slutter.

Operasjonsbeskrivelser føres enten inn på kontinuasjonarket, eller de legges på kronologisk riktig plass. Rapporter/resultater fra interne henvisninger føres fortrinnsvis inn i den løpende teksten. Dersom de gis som selvstendige dokumenter der både henvisningsgrunn og -resultat er påført, legges disse inn i gruppe B2 – Resultat interne henvisninger. Dersom dokumentet bare inneholder resultater legges det inn som et nytt kontinuasjonsark i riktig kronologisk rekkefølge på samme måte som operasjonsbeskrivelsene.

Resultater av henvisninger til eksterne intitusjoner skal inngå i dokumentgruppe I (ev. IJ): Ekstern korrespondanse. Hensikten med disse reglene er:

- Å sikre, så langt det er mulig, full kronologi i legenes journalføring
- Å sikre at opplysninger ikke kan innføres i ettertid
- I størst mulig grad anvende kontinuasjonsarket som et felles informasjonsmedium.
- Å hindre dublerende informasjon i den løpende teksten

#### V.4 Kurveark, gruppe F

Kurvearkene er spesialutformede dokumenter som skal vise et subsett av de medisinske og kliniske opplysninger som er relevante for den daglige vurdering av pasienten under oppholdet. Det er av denne grunn vanskelig å utforme et generelt kurveark, – det vil alltid foreligge spesielle behov som ikke vil bli dekket ved en generell, allmenn, utforming. Av denne grunn finner en kurveark med et utall ulike utforminger, og det er vanskelig å si at ett er bedre enn et annet, med en del unntak.

Vi vil her fastslå noen generelle og elementære krav som i mange tilfelle ikke er tilfredsstilt i dag:

- alle innførsler skal signeres med en registrert og lesbar signatur;
- signaturene skal være autoriserte og registrerte i et sentralt arkiv;
- signering skjer både ved rekvisisjon (lege, e.a.) og ved utførelse (sykepleier, e.a.);
- alle innførsler skrives med penn;
- eventuell rettinger skjer ved at det som rettes strekes over, med retterens signatur, korrekturlakk må ikke brukes

For ytterligere om signering se kapittel VI.6.

Hvorvidt opplysninger på kurveark skal skilles ut i egne rapportark (som

## V.5. Sykepleie- dokumentasjon

“Legemiddel-(medikament)ark”, “væskeskjema” e.l. er avhengig av behov. Spesielle observasjonsskjema er utskilt i egen undergruppe, det samme er ulike behandlingsskjema. Noen typeeksempler på kurveark og behandlingsskjemaer er gjengitt i vedlegg B.5, kapitte VIII

Hensikten med den form for sykepleiedokumentasjon som foreslås her, er at den både skal være et målrettet arbeidsdokument og et dokument som faktisk beskriver det arbeid sykepleieren har utført relatert til den enkelte pasient.

Sykepleiedokumentasjonen er her definert som en selvstendig del av pasientjournalen (gruppe G). Man har tilstrebet en så generell utforming at ulike sykepleieteorier, modeller eller filosofier kan legges til grunn. Den enkelte institusjon anbefales å benytte dokumenttypene som er foreslått her, men kan tilpasse begrepene til de som vanligst blir brukt i institusjonen.

Sykepleieleidelsen ved institusjonen/avdelingen må imidlertid definere hvor omfattende dokumentasjonen behøver å være slik at de nødvendige data, sett i relasjon til institusjonens/avdelingens oppgaver, sikres, samtidig som overflødig og dublerende dokumentasjon unngås.

Dokumentasjonen av sykepleietjenesten skal, som all annen journaldokumentasjon, gjenspeile både observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Tilsammen utgjør dette pasientens *pleieplan* som til enhver tid må være ajourført under et opphold i en institusjon. Under et pasientopphold skal sykepleiedokumentasjonen oppbevares i ringperm (“kurvebok”).

Sykepleiedokumentasjonen er forutsatt å dekke behovsområdene *fysiske, psykiske og sosiale/kulturelle behov* og knyttes til pasientens evne til å dekke disse behovene selv (mestring). Dokumentasjonen skal avspeile både de aktuelle sykepleieproblemene og tiltakene, inklusive tiltak av forebyggende art.

De overordnede krav og målsetninger til sykepleiedokumentasjonen er:

- den skal avspeile pasientens behov og ressurser (mestringsevne) relatert til fysiske, psykiske og sosiale/kulturelle funksjonsområder;
- den skal gjenspeile kontinuiteten i sykepleien;
- den skal bidra til at sykepleien planlegges og gjennomføres systematisk.

Dette innebærer at følgende fem ledd i sykepleien dokumenteres:

- Datainnsamling
- Problemformulering
- Målsetning/forventning til resultatet av sykepleien
- Sykepleietiltak

- Evaluering/rapport av pasientens tilstand sett i relasjon til de sykepleie-tiltak og forordnete oppgaver som er iverksatt.

Nye dokumenttyper som er utviklet for sykepleiedokumentasjon er:

G1. Pasientopplysninger

G2. Innkomstrapport/sykepleienotater

G3. Sykepleieplan

Disse beskrives nærmere slik:

*G1. Pasientopplysninger:*

Denne dokumenttypen erstatter tidligere hovedkort i "kardex" systemet, og har et utvidet og systematisert innhold. Opplysningene dublerer tildels dokument A1- "Personopplysninger", men dette har det vært vanskelig å unngå. En grunn til dette er at sykepleiedokumentasjonen har plass i ringperm ("kurvebok") under et pasientopphold, mens dokument A1 alltid skal oppbevares i journalen.

*G2. Innkomstrapport/sykepleienotater:*

Dette består av korte opptegnelser relatert til pasientens behov og ressurser/mestringsevne.

Diverse observasjoner samt delegerte oppgaver fra lege, som det ikke er naturlig å føre i pleieplanen, føres inn her.

Akutte endringer i pasientens tilstand, og/eller nye opplysninger som fremkommer, føres fortløpende på dette dokumentet. Overflyttingsrapporter mellom avdeling/post internt i institusjonen skrives også her. Dobbeltføring fra andre skjemaer, f. eks. kurver/ordinasjonsark eller spesielle observasjons-skjemaer, må unngås i størst mulig grad.

*G3. Sykepleieplan:*

Sykepleieplanen (G3) er delt i to dokumenttyper: *Datasamling* – "Problem-BehovRessurser" og "Mål-tiltak-evaluering". Begge relateres til de behovs-, funksjons- og ressursområder. G3-dokumentet kan utformes som et brettet A3-ark der de to delene ses i sammenheng.

Hvis det er definert et sykepleieproblem og pasientens ressurser relatert til dette styrkes/svekkes, må dette medføre en revidering av pleieplanen som kommer tydelig til uttrykk i dokumentasjonen.

*Datasamling* – "Problem-Behov-Ressurser" deles i to kolonner. Den første brukes for beskrivelse av sykepleieproblem/sykepleiediagnose. I den andre kolonnen beskrives de data som nærmere underbygger sykepleieprobleme-ne. Data som begrunner iverksettelse av sykepleietiltak skrives her. Problemer og tiltak må ses på bakgrunn av pasientens egne ressurser som derved blir en naturlig del av det datagrunnlaget som dokumenteres.

## V.6. Signering

“Mål – tiltak – evaluering”. Dokumentet er delt i to kolonner og må sees i sammenheng med det forrige. I første kolonne beskrives mål for sykepleien og det føres opp hvilke tiltak som benyttes for å oppnå disse.

Målene skal være relatert til aktuelle sykepleieproblem, og må skilles fra medisinsk-faglige mål. Definerings av både hovedmål og delmål (f.eks. ukebaserte mål) anbefales.

Tiltakene skal være konkrete og handlingsbeskrivende. Det er ikke nødvendig å gjenta det samme tiltaket under ulike problem.

Kolonne to brukes til rapport/evaluering. Effekten av ulike sykepleiemessige tiltak vurderes fortløpende i denne kolonnen.

Som grunnregel skal innholdet i pasientjournalen være tilstrekkelig og fullstendig for at en utenforstående kan bedømme og vurdere et medisinsk og pleiemessig handlingsforløp, inklusive ansvarsforholdene for forløpet. Det er imidlertid et alminnelig problem ved dagens journalføring at opplysninger og beslutninger ikke alltid så lett kan tilbakeføres direkte til ansvarlige enkeltpersoner. Et gjennomført system med signeringer vil bedre dette, og samtidig vil det heve ansvarsbevisstheten for de vurderinger som gjøres og beslutninger som tas. Vi anbefaler derfor at følgende regler gjennomføres:

1. Institusjonen oppretter et signaturarkiv for alle ansatte som skal føre opplysninger i journal (leger, sykepleiere, andre faggrupper). Arkivet vedlikeholdes, f.eks., av personalavdelingen ved institusjonen.
2. Hver person blir tildelt en signatur med tre bokstaver, dvs. initialene i fornavnet, et mellomnavn og etternavnet, eller en bokstav fra fornavnet og de to første i etternavnet. Denne signaturen benyttes fremfor vanlige (dårlig tydbare) underskrifter med hele navn.
3. Signaturen skal føres ved enhver beslutning, vurdering, rapport, melding, e.a., som tas inn i pasientjournalen. Dette gjelder også kurveark, legemiddelskjema o.l. som senere skal oppbevares i journalen. Disse dokumentene må derfor ha nødvendig plass for signaturer ved alle felter hvor opplysninger, forordninger, etc., skal føres. (Se også minimumskrav til kurveark o.l.). Signaturene skal påføres både ved rekvisisjoner (“hvem bestemte”) og utførelser (“hvem gjorde”). Rutinemessige observasjoner som temperatur. o.l. signeres normalt ikke.
4. Signaturen skal kunne tilbakeføres til personen som har skrevet innførselene i pasientjournalen dersom det kreves.
5. Den som leser et eksternt dokument som er stilet til institusjonen, avdelingen e.a., og som skal oppbevares i journalen, signerer dokumentet med sin signatur. Dette er fordi en skal sikre seg mot at dokumenter legges inn i journalen, f.eks. eksterne epikriser, svar på eksterne undersøkelser prøver, e.a., uten at noen ansvarlig person har sett dem.
6. Kontorpersonalet signerer helt utskrevne journalark for å merke arket som et originaldokument.

# VI. DOKUMENTUTFORMING

## VI.1. Normer for arkhodet

Alle dokumenter som skal settes inn i en journal bør ha samme fysiske størrelse og, så langt det er hensiktsmessig og mulig, en ensartet utforming.

Arbeidsgruppen foreslår at alle dokumenter har formatet A4. Formatet A3 kan brukes når det er brettet og perforert ved bretten for å muliggjøre innbinding. Perforeringen skal ikke kunne ødelegge noe informasjon i dokumentet; dokumentets utseende må med andre ord være tilpasset, både ved brettingen og perforeringen, det som er standard for A4 dokumentene.

På *alle* dokumenter i en journal skal følgende fremgå:

- institusjonens navn
- pasientens identifikasjon
- hva dokumentet inneholder
- den posisjon dokumentet normalt skal ha i journalen, dvs hvilket dokument hovedgruppe og undergruppe det tilhører.

Vi anbefaler at dokumentene utformes etter ett av tre alternativer:

*Alternativ 1:* Dette anbefales der arkhodet trykkes på forhånd. De øverste 3,2 cm av dokumentet reserveres for dokumenttype, LOGO, navn og adresse for institusjonen, alt dette i venstre halvdel av feltet, samt pasientidentifikasjon (pregeplate eller klistrelapp) i høyre halvdel (11 cm) av det øvre feltet. Gruppekoden står i høyre øvre hjørne. Se utkast i vedlegg B.1, kapittel VIII.

*Alternativ 2:* Dette brukes når hele eller deler av arkhodet skrives ut sammen med dokumentinnholdet. De øverste 3,2 cm av dokumentet reserveres for institusjonens LOGO samt navn og adresse i venstre halvdel (11 cm) av feltet, og pasientidentifikasjon (pregeplate eller klistrelapp) i høyre halvdel det øvre feltet. Under dette feltet følger et langsgående felt på 12 mm høyde der dokumenttypen defineres, f.eks. EPIKRISE, SYKEPLEIESAMMENFATNING, INSULINSKJEMA o.l. Lengst til høyre i dette feltet står gruppekoden. Se utkast i vedlegg B.1.

*Alternativ 3:* Dette er i hovedsak som alternativ 2, men i tillegg har alternativ 3 et adresse- og opplysningsfelt ("kopier til ...", "CAVE ...", "diagnoser", e.l.) av 3,2 cm høyde under det øvre 3 cm feltet. Adressefeltet skal plasseres slik at det passer til standard vinduskonvolutter. Et brettemerke settes på arket slik at adressefeltet kommer riktig i konvoluttvinduet. Feltet for dokumenttype og gruppekode kommer under de to hovedfeltene. Arkhodet etter alternativ 3 blir m.a.o. på ca 7,5 cm høyde. Se utkast i vedlegg B.1.

Alternativene 2 og 3 er utformet på denne måten fordi de skal kunne produseres på et blankt papir når hodene skrives ut av et tekstbehandlingssystem på en tilkoplest skriver (laserprinter). Alternativ 1 krever derimot at blanketten er fortrykt.

## VI.2. Dokument merking

Alternativ 1 vil være å foretrekke av minst to grunner:

1. blanketten kan påføres den bakgrunnsfargen som samsvarer med dokumenttypen både i tekst og kantmarkering, og
2. dokumenthodet tar liten plass.

Generelt gjelder det at dokumentene skal kunne kopieres på alle typer kopi-maskiner, slik at all skrift blir overført, inklusive farget trykk. Det betyr i praksis bl.a. at papirets bunnfarge skal være hvit. For blanketter som trykkes på forhånd med bruk av farger lik de anbefalte fargene, må en se til at all vesentlig trykket tekst lar seg kopiere. I praksis vil dette oftest bety at lys grønn trykket tekst ikke kan anbefales for andre formål enn rubrikkmarkeringer e.l.

Alle ark skal ha standard ringpermsperforering med 2 hull på venstre side av arket.

Hvert dokument påføres den koden som fastslår dets posisjon i pasientjournalen (se kapittel IV). Det skal være enkelt å observere både hvor et dokument hører til og om det eventuelt er feilplassert. Det foreslås flere typer, til dels overlappende kodinger:

1. Alle dokumenter påføres dokumentgruppen og undergruppen (A1, B3, osv) helt til høyre i dokumenthodet. For alternativ 1 – dokumenthodet skal koden stå til høyre i øverste felt (fortrykt). For alternativ 2 og 3 skrives koden ut til høyre i feltet for dokumenttypen.
2. På alle dokumenter der det brukes farget tekst skal denne ha dokumentgruppens kodefarge. Avvikende farger vil skape uorden. Dersom teksten ikke har kodefargen skal fargen være svart.
3. Alle dokumenter bør påføres en kantmarkering, som tilsvarende undergruppens siffer, på høyre arkrand i korrekt posisjon. Kantmerket skal enten ha farge lik gruppens kodefarge (fortrykt ved alternativ 1), eller være helt svart. Et tredje alternativ kan være at koden for dokumentgruppen gjentas inne i merket.
4. Høyre arkrand tenkes delt i 10 posisjoner, kantmerket for undergruppe 1 (A1, B1, osv) plasseres i øverste posisjon, kantmerket for undergruppe 2 (A2, B2, osv) i nest øverste posisjon, undergruppe 5 i midtre posisjon, osv.

Hvis et farget kantmerke brukes bør det være trykt på begge sider (foran og bak) og på kanten av dokumentet slik at det er maksimalt synlig når journalens dokumenter er samlet. Dersom dokumenter skrives ut med skriver på blanke ark, må kantmarkering påføres under utskrivningen. Dette innebærer at tekstmalen må innholde plasseringen av kantmerket. Markeringen blir da svart og trykkes bare på forsiden. Merket vil normalt heller ikke nå helt ut til kanten på arket uten at det manipuleres med skri-

veren. For å oppnå maksimal utnyttelse av fargekoding og kantmerking anbefales det derfor at dokumentene utstyres med dokumenthoder og markeringer på forhånd (fortrykte blanketter).

### **VI.3. Dokumentmaler**

Det anbefales at institusjonen utarbeider maler for ulike dokumenter. Det er flere poenger med å bruke dokumentmaler:

1. Maler og standardtekster gir kvalitetssikring av journalinnholdet: Hvis malen inneholder et predefinert felt, vil et tomt felt bety at opplysninger mangler/ikke er innhentet, e.a. Dette kan være en korrekt fremgangs måte, men det kan i så fall kreve en begrunnelse.
2. For en som dikterer et dokument vil malen representere en huskeliste over momenter som skal være med. Malen kan eventuelt begrenses til å være en diktatmal.
3. For den som skriver dokumentet vil malen bety en sjekkliste om standardkrav til dokumentet er oppfylt. Hvis elementer i malen mangler i teksten, kan dette gjøre allerede den som skriver journalen oppmerksom på en eventuell mangel.
4. Ved tekstbehandling kan en benytte standardtekster som finnes allerede og som en ikke behøver å skrive om igjen. En kan lage standard operasjonsbeskrivelser, epikriseformater og overskrifter m.m., noe som er tidsbesparende.

Malbegrepet kjenner en igjen i mange dokumenter, f. eks. rapportark for laboratorieprøver, kurveark, o.l. som allerede er utformet etter en standard mal, – det er bare prøvesvarene, kryss, e.l. som skal fylles inn. Rubrikkene og rubrikkinnholdet er allerede langt på vei predefinert.

Det er mulig å gå langt, om ikke alltid like langt, også når det gjelder andre deler av journalen. Svært mange av opplysningene i journalen er standardopplysninger som skrives om og om igjen. Avdelinger som har forsøkt med standard operasjonsbeskrivelser, finner at en kan spare store deler av skrivearbeidet ved å benytte standardtekster og maler.

Effektiv utnyttelse av maler krever i praksis at en utnytter moderne tekstbehandling. På den annen side er moderne tekstbehandling ikke utnyttet effektivt dersom det ikke fører til at det tas i bruk maler og standardtekster. I vedlegg B.2. er det vist noen eksempler på maler for enkelte av journalens dokumenter.

# VII. KONTOR- OG ARKIVTEKNISKE FORHOLD

## VII.1. Innledning

Norske sykehus synes gjennomgående i dag å ha felles pasientjournal, som igjen oppbevares i et felles medisinsk journalarkiv. Bruk av fellesjournalssystemet resulterer i seg selv økt bilagsmengde i pasientjournalen. Flere helsearbeidere, nye behandlingsmetoder samt tiltagende krav til forbedret og mer omfattende dokumentasjon, er komponenter som har bidratt til at pasientjournalen har økt, og fortsatt øker, i omfang. Svært mange sykehus sliter med problemer for å holde orden i pasientjournalen.

I arbeidet med å strukturere en pasientjournal har det vært nødvendig å se nærmere på hvordan sykehusene håndterer og arkiverer sine journaler. Pasientjournalen, som særlig er et arbeidsdokument for legene, er i utstrakt bruk og sirkulasjon når pasienten vurderes, behandles, undersøkes og pleies på et sykehus.

Journalforskriften gir ikke klare regler for hvordan praktisk arbeid med journaler skal tilrettelegges. Utgangspunktet er at journalen skal føres og oppbevares forsvarlig. Dette forutsetter sykehusene utarbeider gode interne journalrutiner, og har nødvendige instruksjoner som regulerer arbeidet. Pasientjournalen benyttes og håndteres av svært mange helsemedarbeidere utover legene, i tillegg "vandr" pasientjournalen på tvers av avdelingene. Utarbeidete journalrutiner må derfor være felles for sykehuset, og kjent for alle som håndterer journaler.

Det vil spesielt vært det medisinsk kontorfaglige personalet som arbeider praktisk med pasientjournalen. En av hovedoppgavene for denne personalgruppen er pasientdokumentasjonen, føring av den løpende journaltekst og epikriser, etter legens diktater. I tillegg kommer arbeidet med å sortere og rydde journalinnhold, klargjøre journaler for arkivering, samt selve arkivprosessen med bortsetting og fremfinning av pasientjournalen eller deler av den.

Heving av kvaliteten på pasientjournalen setter økte krav til de kontoransatte som arbeider med journaldokumenter. Det forutsetter at forholdene legges til rette for virksomheten, og at de kontoransatte kvalifiseres og motiveres for arbeidet. Det understrekes at denne gruppen må ha nødvendige ressurser og kompetanse for å ivareta sin del av arbeidet på en forsvarlig måte. Mye tyder på at dette arbeidet har vært og er undervurdert på sykehusene.

De viktigste områder i det kontortekniske arbeidet med pasientjournaler blir beskrevet under. Her nevnes eksempler og praksis i den hensikt å bidra til utarbeidelse av nye lokale instruksjoner i journalarbeidet. Innhentet materiale har vist at sykehusene har kommet ulikt langt. Noen har nedlagt mye arbeid, og har derved fått meget gode rutiner, instruksjoner og strukturerte journaler. Andre synes å ha kommet svært kort på dette området.

## VII.2. Arkivering

Arkivarbeid generelt reguleres av flere lover og instruksjoner. Ny arkivlov, (vedtatt i Lagtinget 1993) ventes i 1994. Forskriftene er nå under utarbei-



delse. Den ny arkivloven er en samlende lov for alt regelverk som angår arkivering. Den vil gjøre regelverket mye sterkere enn før, og regelverket vil bli mye klarere med forankret. Det er viktig i seg selv at arkiv nå er definert som så viktig at det trengs en egen lov.

Pasientjournalene er imidlertid ikke regulert av dette lovverket. Arbeidet med pasientjournalen, inklusive arkivarbeidet, er regulert av forskrift om leges og helseinstitusjons journal for pasient (journalforskriften) med hjemmel i lege- og sykehusloven.

Dog understrekes det at en del generelle regler som fremgår av arkivinstrukser og ny arkivlov, er retningsgivende for arkiveringsarbeid også med pasientjournaler.

Regler for hva som er arkivfiendtlig materiale må være kjent for arkivpersonale. Arkivfiendtlig materiale skal fjernes fra journaler ved fjernarkivering. Dette gjelder *binders, plast og strikk*.

Sykehuseier og arkivleder må være kjent med de generelle lover og regler som omhandler de bygningsmessige krav til et arkivlokale.

### 2.1 Arkivsystem

Klassifiseringssystemet som benyttes når pasientjournaler arkiveres, er basert på desimalsystemet med utgangspunkt i pasientens fødselsdata, som inndeles i arkiv hovedgrupper, grupper og undergrupper.

Ordningen følger 31 arkiv hovedgrupper (etter pasientens fødselsdag i måneden) som deles i 12 grupper (etter pasientens fødselsmåned), som igjen deles inn i 100 undergrupper (etter pasientens fødselsår: 00-99). Hyllene i sentralarkivet er tilpasset bruk av systemet. Dette arkivsystemet besørger at pasientjournaler arkiveres rett, oppbevares trygt, og gjenfinnes på kortest mulig tid.

### 2.2 Arkivmappe

Før bortsetting av pasientjournalen legges denne i en arkivmappe. Mappene er utstyrt med markeringsfelt (jfr. klassifiseringssystemet) i kant, for avmerking av pasientens fødselsdata.

Enten benyttes en poseutgave eller en omslagsutgave med klaff. De arkivmapper som benyttes på sykehusene synes å være så godt som identiske, og velegnet til formålet.

Erfaring tilsier at poseutgaven er rimligst i anskaffelse. Ulempen med poseutgaven er at den kan bli for liten og trang til tykke journaler. Det anbefales derfor at sykehusene benytter begge utgaver. På den måten kan en ta i bruk omslagsutgaven i de tilfelle journalen blir så omfattende at poseutgaven ikke strekker til.

Det anbefales at sykehusene benytter mapper som er fortrykt med felt for føring av utlån (blindjournal). Når pasientjournalen utlånes fra arkivet eller fjernes fra arkivmappen, skal årsak og lånested påføres utlånskortet/mappen.

### 2.3 Annet arkivmaterieell

Når pasientjournalen utlånes eller fjernes fra arkivet, skal arkivmappen bli stående. Det anbefales at denne da påføres et farget magebind. Arkivene bør ha magebind i fire farger – en farge pr. kvartal. Bruk av fargede magebind letter arbeidet for de arkivansatte, både hva gjelder rearkivering og når ikke returnerte journaler skal etterlyses.

På enkelte sykehus benyttes fargete "ryttere" som heftes på mappen ved utlån. Disse kan falle av, og magebind synes bedre egnet til formålet.

Det anbefales at mors markeres på arkivmappen, slik at dette er godt synlig for arkivpersonalet. Dette fordi sykehusene avaktualiserer disse journalene fra det aktive arkivet, ved først å bortsette dem, for deretter å fjernarkivere dem. Dette er nødvendig for å få ledig plass i det aktive arkivet. Til slik markering benyttes tusj, ryttere eller magebind. Bruk av ryttere anbefales imidlertid ikke.

Det er konstatert at mange hjelpemidler og metoder er i bruk på arkivene i den hensikt å gi oversikt over journalstatus. I den forbindelse understrekes at arkivene bør begrense bruk av fargesignaler utover avmerking av fødselsdata, mors, og utlån. Arkivet kan fort bli uryddig når mapper er utstyrt med fargede flagg og signaler som skal forklare typer journalstatus.

## VII.3. Arkivering av journalinnhold

Pasientjournalen inneholder en rekke dokumenter i original eller kopi. Orden i en pasientjournal forutsetter en utarbeidet instruks hvor den systematiske oversikt over de forskjellige dokumenters ordning i journalen fremgår. Slik instruks omtales gjerne på sykehusene som ordningsrekkefølgen i journalen, se vedlegg B.3.

Et journaldokument må kunne klasseres, dvs. analyseres, slik at det kommer til bestemt og rett plass i pasientjournalen.

### 3.1 Ordningsrekkefølge

Innhentet materiale fra sykehusene viser at det er store forskjeller i hvordan sykehusene sorterer journalinnhold. Flere sykehus mangler retningslinjer for dette.

Av utredningen fremkommer at journalinnhold skal systematiseres, ved inndeling i dokumentgrupper, se kapittel IV

Dokumentgruppene deles i undergrupper, merket fortløpende fra f.eks. A1 til A4. Type dokument skal avgjør hvilken gruppe, og hvor i den enkelte gruppe/undergruppe, dokumentet skal plasseres. Til utredningen er utarbei-

det en planoversikt som viser en skjematisk oversikt over de 10 dokumentgruppene med undergrupper og dertil hørende dokumenttyper. Slik plan kan være et hjelpemiddel når dokumenter skal klasseres. Se vedlegg A og B.3, kapittel VIII.

### 3.2 Sortering og gjenfinning av journalinnhold

Ordningsrekkefølgen er en forutsetning for journalordenen. Arbeidet med å klassifisere, sortere og gjenfinne dokumenttyper i pasientjournalen forenkles dersom alle blanketter fortrykkes med kodemarkeringer i overensstemmelse med ordningsrekkefølgen.

Et annet viktig virkemiddel som vil gjøre sortering og gjenfinningsprosedyrer i journalarbeidet enklere, er bruk av farger og kantmarkering som skiller dokumentgrupper, undergrupper og dokumenttype fra hverandre, kfr. kapittel V og VI.

Mange sykehus benytter allerede forskjellige fargekombinasjoner på sine blanketter i overensstemmelse med en intern sorteringsnøkkel. Det anbefales at blanketter og skjemaer fortrykkes med farge og koder i overensstemmelse med den standardiserte ordningsrekkefølgen utredningen foreslår.

Svært mange dokumenter produseres i dag via egne printere. Grunnskjema er med andre ord et hvitt ark. Her må sykehusene legge opp til at det påføres riktig kode for gruppe og undergruppe når dokumenter skrives ut.

### 3.3 Innbinding av journalinnhold

Orden i en pasientjournal er avhengig av at alle dokumenttyper fortsetter å være på rett plass hele tiden. Fortsatt oppbevarer de fleste sykehus sitt journalinnhold løst i journalomslaget. Løsbladsystemet er en kilde til såvel tap av dokumenter som stadig uorden i pasientjournalen.

Arbeidsgruppen har kommet fram til at journalinnhold skal innbindes for å sikre orden i pasientjournalen. Vi har derfor vurdert hvorvidt det foreligger løsninger som gjør det mulig å innbinde journalinnholdet uten at dette går utover funksjonalitet. Arbeidsgruppen har konstatert at det er i bruk tre aksepterte løsninger/former for innbinding av journalinnhold.

#### 1. Omslag rundt grupper av journalinnhold

Sykehus som benytter denne løsningen har inndelt journalinnholdet i grupper. Hver gruppe har egen fargekode. Gruppene ligger atskilt i pasientjournalen i fargede gruppeomslag. Dokumenttypene ligger ordnet etter utarbeidet sorteringsrekkefølge for gruppen.

På gruppeomslagene er fortrykt ordningsrekkefølgen for dokumenttypene innen gruppen. Dersom denne løsningen tas i bruk, anbefales at gruppeomslagene utstyres med klaffer for å sikre at journalinnholder holder seg på plass i rett gruppe i pasientjournalen.

## 2. MEG-samler

Enkelte sykehus innbinder journalarkene ved hjelp av MEG-samler.

Sykehusene som har tatt denne løsningen i bruk, har inndelt journalinnholdet i grupper, og utarbeidet sorteringsrekkefølge for dokumenttypene innen gruppene. Alle blanketter og ark er utstyrt med standard to huller. Dokumenttyper som hører sammen, samles og festes ved hjelp av Meg-samleren. Denne løsningen synes å være enkel, rimelig, funksjonell, slitesterk og velegnet til formålet.

En Meg-samler kan binde sammen i alt 30 ark. Antall ark pr. dokumenttype kan derfor avgjøre hvordan samleren skal benyttes. Her kan man både samle alle dokumenter innen en dokumentgruppe (dersom antallet ark er under 30), eller arkene innen en undergruppe, eller en dokumenttype alene.

Erfaring med MEG-samler rapporteres gjennomgående å være positive. Spesielt fremheves at løsningen ikke medfører "tykkere" journaler. Løsningen vurderes positivt også av kontorpersonalet som klassifiseres, sorterer, rydder, innbinder, avaktuliserer og kopierer journalinnhold. Løsningen hindrer ikke bruk av rørpост. Løsningen kan ikke forhindre at grupper "glir" ut av journalen, dog kan dette kompenseres ved at journalomslaget utstyres med klaffer.

(Meg-samleren er en patentert løsning som leveres fra firma Julius Maske, Trondheim).

## 3. Hel innbinding av journalinnhold

Enkelte sykehus benytter løsning hvor alt journalinnhold innbindes i journalomslaget.

Også på disse sykehusene ser man at journalinnholdet er inndelt i grupper, med ordningrekkefølge innen hver gruppe. Likeledes er alle blanketter og dokumenter utstyrt med standard to huller. Gjennomgående synes sykehusene her å benytte fargede skillekort for å skille mellom dokumentgruppene.

Løsningen setter krav til journalomslaget som må være av kartong. Kartongomslaget er utstyrt med festeanordning, utført i plast. Det vises til vedlegg B.6. hvor en vanlig løsning skisseres. Da journalomslag av kartong er stivt, kan ikke pasientjournalen "rulles sammen". Rørpост ikke kan benyttes til sending av pasientjournaler hvis denne løsningen velges.

Brukere av løsningen rapporterer både positive og negative erfaringer. Kort nevnes:

Festeanordningen er ikke slitesterk, og går ofte i stykker. Festeanordningen sliter på alle de hullede dokumentene. Festeanordningen kombinert med kartongomslag, blir et dyrt omslag i anskaffelse. Kontorpersonalet som rydder i journalen har fått merarbeid. Ordningen er ikke funksjonell når jour-

nalinnhold skal innbindes, ryddes, kopieres, avaktualiseres m.m. Journalomslagets kvalitet, kombinert med bruk av stive skillekort, øker volumet/tykkelsen på journalen betraktelig. I de tilfelle journalen skal benyttes som arbeidsdokument for f.eks. legen, er tilbakemeldingen positiv. For disse fremstår pasientjournalen som ryddig og oversiktlig.

(Så langt en har erfart er ikke denne løsningen patentert. Løsningen kan derfor anskaffes fra flere leverandører.)

#### 4. Innbindingsordninger som ikke skal benyttes

Det viser seg at enkelte sykehus stifter sammen dokumenter eller benytter binders, i den hensikt å sikre journalorden. Enkelte kaller dette "innbinding". Denne ordningen vanskeliggjøre rydding, avaktualisering av journalinnhold, kopiering, mikrofilm, osv. Det er ikke kvalitetssikring å benytte slike hjelpemidler. Dette ansees som uakseptabelt.

Det presiseres igjen at binders, plastomslag, plastlommer, strikk, andre ordninger av type metall og plast er arkivfiendtlig materiale. Dette betyr at slikt materiale i alle fall må fjernes i forbindelse med fjernarkivering. Dette gjelder også for Meg-samler og total innbindingsordning med plast.

Fra Riksarkivarens side fremheves det at innbinding med bruk av marghull (2 eller 4 hull; Meg-samler eller hel innbinding) ikke er bra fordi hullene lett rives opp. Arbeidsgruppen må på dette grunnlaget konstatere at en ideell innbindingsordning for journalinnholdet ikke er funnet.

### VII.4. Journalomslag

Med journalomslag forstås det omslaget som omslutter dokumentene i pasientjournalen. Tradisjonelt har journalomslag vært utformet for å påføre dem sensitive og viktige pasientadministrative og medisinske data relatert til pasientens kontakt med sykehuset. Innhentet materiale viser at slike journalomslag fortsatt er de mest benyttede. Enkelte sykehus har tatt i bruk nøytrale journalomslag, og fører nødvendige pasientadministrative og medisinske data på egne skjemaer.

Som det fremgår av kap. III og IV foreslås det at de data som tradisjonelt har vært ført på journalomslagene, skal føres på skjemaene gruppert A1 og A2. Dette medfører at sykehusene skal ha nøytrale journalomslag hvor kun strengt nødvendige identifikasjonsdata føres.

Det anbefales at journalomslaget har pasientens identifikasjon i øvre høyre kant, sett liggende opp mot brettfold av omslaget. Nytt typenavn på journalomslaget blir: PASIENTJOURNAL. Journalomslaget merkes med *konfidensielt*. Avmerking for opprettelse av B-journal føres på omslaget. Inne i, evt. også på baksiden av, omslaget trykkes:

- Ordningsrekkefølgen
- Instruks for overføring av dokumenter til B-journal
- Nødvendige pasientrettigheter knyttet til journalføringen.

Det anbefales at journalomslag utstyres med klaffer som sikrer at journalinnhold ikke glir ut. Dersom sykehuset velger hel innbinding i et journalomslag av kartontype, er ikke dette aktuelt.

Forslag til utforming av journalomslag fremgår av vedlegg B.3.

Flere sykehus benytter klare eller fargede plastomslag utenpå papiromslaget som vernebind. Der klare plastomslag benyttes som permanent omslag, kan papirkvaliteten på journalomslaget reduseres. Det rapporteres en del negative erfaringer fra de sykehus som benytter plastomslag. Plastomslagene finnes i mange kvalitetsutgaver, enkelte er kostbare i anskaffelse. Omslagene er glatte (journalene glir), de går fort i stykker, osv. Det gjøres igjen oppmerksom på at plast er arkivfiendtlig materiale som må fjernes fra pasientjournalen *senest* ved fjernarkivering. Man bør vurdere om plastomslagene også kan fjernes når journalene plasseres i det aktive arkivet.

Der fargete plastomslag benyttes, påføres disse utenpå omslagene av arkivpersonalet ved utlån av pasientjournalen. Låneavdeling og type pasientkontakt avgjør farge og type på omslaget som benyttes. Omslaget fjernes når journalen returneres til journalarkivet før arkivering. Sykehus som benytter denne løsningen er svært fornøyd med ordningen.

Noen sykehus benytter forskjellige farger på papirjournalomslagene for å skille mellom menn og kvinner, og har god erfaring med dette.

## VII.5. A- og B-journal

Sykehusene opplever voluminøse pasientjournaler med stadig økende bilagsmengde. Systemet med gruppevis inndeling og innbinding av nummererte dokumenter skal sikre en oversiktlig pasientjournal. I tillegg anbefales at sykehusene tar i bruk ordning med A- og B-journaler.

Med A-journal menes den *aktive pasientjournal*. En A-journal skal alltid inneholde de nødvendige dokumenter som må være tilgjengelig i vurderings- og behandlingsøyemed.

Med B-journal menes den *passive pasientjournal*. Dokumenter som ikke behøver å være tilgjengelig i vurdering- og behandlingsøyemed, kan overføres til B-journal.

Opplysninger fra sykehusene viser at flere allerede har innført en ordning med A- og B-journal. Det er i tillegg kommet fram at mange sykehus "slan-ker" og "rydder" i den forstand at journalinnhold makuleres. Dette er ulovlig.

### 5.1. Opprettelse av B-journal

B-journal opprettes når journalen blir så tykk at den blir u håndterlig. Skjønn må brukes der hvor journalen på et tidlig tidspunkt ser ut til å bli uforholdsmessig tykk. Dokumenter kan overføres til B-journal tidligere enn angitt i samråd med ansvarlig lege. Volumet er styrende. Ansvarlig lege kan også avgjøre om reglene for overføring til B-journal skal avvikes.

## 5.2. Oppbevaring av B-journal

B-journal skal oppbevares permanent i fellesarkivet, i egen mappe merket B-journal, på samme sted/ved siden av, A-journalen. Bortsetting og senere fjernarkivering av pasientjournalen, skal skje samtidig for A- og B-journal.

## 5.3. Organisering av arbeidet med A- og B-journal

Sykehusene må utarbeide retningslinjer for hvordan arbeidet skal organiseres. En regner med at arbeidet i stor grad vil bli lagt til det medisinske kontorpersonalet og arkivpersonalet som derfor må skoleres og informeres på dette området. Det anbefales at dokumenter flyttes fra A- til B-journal, når pasientjournalen klargjøres for arkivering.

## 5.4. Fordeling av journalinnhold i A- og B-journal

Overføring av dokumenter til en B-journal er utarbeidet i samsvar med ordningsrekkefølgen i pasientjournalen.

### Gruppe A og B:

Journalinnhold fra disse gruppene skal alltid ligge i A-journalen.

#### Unntak:

Siste "Sykepleiesammenfatning" oppbevares i A-journal, de øvrige kan overføres til B-journal.

### Gruppe C:

Laboratoriesvar som er eldre enn 3 år overføres til B-journal.

#### Unntak:

Allergitestning/hyposensibilisering og blodtypering/HLA-testing oppbevares i A-journal. Histologi og cytologisvar oppbevares i A-journal.

### Gruppe D:

Eldste og siste EKG, samt de det er signifikante endringer på, oppbevares i A-journal. (Vurder om EKG eldre enn 3 år bør overføres til B-journal.) Lagring av arbeids-EKG og Holteropptak må avklares. Legen må godkjenne det som skal oppbevares.

EEG (og rådata fra andre store nevrologisk undersøkelser) legges i B-journal dersom de ikke oppbevares i eget arkiv evt. med unntak av siste opphold.

Andre organ og funksjonsundersøkelser eldre enn 3 år kan overføres til B-journal

Gruppe E:

Oppbevares i A-journalen.

Unntak:

Foto av kroppsdel, eldre enn 3 år, kan overføres til B-journal.

Gruppe F:

Dokumenter fra siste opphold oppbevares i A-journal. Øvrige overføres til B-journal.

Unntak:

Operasjonsskjema/Intensivskjema/Væskeskjema går direkte til B-journal ved utskriving.

Gruppe G:

Dokumenter fra siste opphold oppbevares i A-journal. Øvrige overføres til B-journal.

Unntak:

Dokumenter i gruppene G1 og G2 kan gå direkte til B-journal

Gruppe H og I:

Dokumenter fra siste opphold oppbevares i A-journal. Øvrige overføres til B-journal.

Gruppe J:

Oppbevares i A-journal.

5.5 Arkivplass

Sykehusene har de senere årene fått en sterkt økende tilvekst av pasientjournaler til sine arkiver. I tillegg er den enkelte pasientjournal blitt mer voluminøs enn tidligere. Vi må forutsette at tilveksten til arkivene fortsatt vil være økende. Ordning med A- og B-journal vil nok også kreve mer arkivplass og flere hyllemeter. Tilstrekkelig arkivareal og antall hyllemeter, kan derfor bli en utfordring for mange sykehus. Det forutsettes av den grunn av sykehusene planlegger hvordan de skal imøtekomme denne utfordringen.

**VII.6.  
Skriving og  
oppstilling av  
pasientdoku-  
mentasjon**

Skal sykehusene føre en forsvarlig pasientjournal, må det lages retningslinjer for skriving og oppstilling av pasientdokumentasjon.. Svært mange sykehus benytter i dag tekstbehandling når skrivearbeidet utføres. Det er da vanlig at standardtekster og skrivemaler er utarbeidet. Også hvis skrivemaskin benyttes, skal standardiserte oppskrifter på hvorledes pasientjournalen og



epikrisen skal føres, foreligge. Se forøvrig kapittel VI. 3

Hovedtyngden av teksten som føres i pasientjournalen, skrives av legesekretærer etter diktat fra legen. Sykehusene må derfor ha utarbeidet dikteringsmal i overensstemmelse med de regler og standardtekster som gjelder for føringen.

Når retningslinjer for skrivearbeidet, inkl. maler og standardtekster, utarbeides, må de skrive- og oppstillingsregler som fremgår av Norsk Standard 4133 legges til grunn.

#### 6.1 Momentliste for dokumentasjon- og dikteringsregler med utgangspunkt i NS 4133

- All tekst skrives fra fast venstre marg og fortløpende. Fast høyre marg anbefales
- All dokumentasjon skal fortrinnsvis være med enkel linjeavstand
- Alle overskrifter skrives fortrinnsvis med store bokstaver, evt med uthevet eller fet skrifttype
- Etter overskrifter i pasientjournalen tas enkelt linjeskift. Mellom tekst og etterfølgende overskrift tas to linjeskift.
- For avsnittsmarkering brukes to linjeskift
- Operasjonsbeskrivelse i pasientjournalen: ICD-kode, navn på operasjon og navn på operatør(er) skrives på egen linje. Det tas to linjeskift før og etter denne tekstlinjen.
- Det skrives kun på en side (hovedsiden) av arket
- Blir plassen til tekst for liten på en side, skal minst to tekstlinjer plasseres på neste side
- Alle journalark skal nummereres fortløpende
- Skrivemåter på godkjente forkortelser og enheter fremgår av NS 4133. Ikke godkjente forkortelser skal unngås, gjelder særlig diktering og skrivning i pasientjournalen/ journalark og epikrise
- Brev/epikrise: Etter løpende tekst tas to linjeskift før "Med hilsen", deretter tas fire linjeskift før underskriverens navn
- Ordelling ved linjeskift markeres med bindestrek sist på linjen. Ord skal deles mellom betydningsbærende orddeler. Ellers benyttes enkonsonanregelen: En konsonant foran vokalen på ny linje. Enstavelsesord, forkortelser, sifre, tall og tilhørende mynt- og måleenhet, prosenttegn o.l. og ordenstall i numerisk form skal ikke deles.
- Det skal ikke være kolon eller punktum etter overskrifter, innholdsliste, oppskrifter, tabeller, regnskaper o.l.

- Det skal ikke skrives punktum etter overskrifter, underskrifter, adresser, datoer, boktitler o.l. som står utskilt fra teksten for øvrig.
- Postadresser: Bruk bare personnavn. Yrkestittel kan angis for å unngå forvekslinger. Betegnelsene herr, fru eller frøken brukes ikke. Poststedets navn skrives med store bokstaver uten understrekning ett linjeskift under adressen. Avstand mellom postnummer og navn på poststed skal være 2 bredesteg.
- Pasientjournal skal foreligge når journalnotater skal skrives. Sekretær skal starte skriving/utskrift på siste journalark hvis ledig plass på arket. Det er ulovlig å klippe og lime journalnotater på journalarket.
- All dokumentasjon skal signeres. Dvs. at av notatet skal fremgå hvem som har diktert (helt navn) og hvem som har skrevet (signatur).

#### 6.2 Dikteringsmaler

En dikteringsmal skal følge de retningslinjene som sykehuset har fastlagt for føring av pasientdokumentasjon i pasientjournalen (bl.a. legejournal og epikrise). For legen vil slik mal sikre kvaliteten på det som dikteres. I tillegg vil en kunne effektivisere skrivearbeidet når legen følger samme mal som er forutsatt ved tekstbehandlingen. For å utnytte fordelene med elektronisk tekstbehandling er det nødvendig at den dikterte teksten og standardteksten eller ledetekstene i en mal overensstemmer.

En tekstmal kan f.eks. gjøres så detaljert som det er vist i vedlegg B.2., der den fortrykte blanketten av legen kan benyttes enten som prejournal eller som dikteringsmal, eller begge deler, etter ønske.

Nedenfor gis et eksempel på en dikteringsmal som er laget i henhold til tekstmalen som vises i vedlegg B.2, samt dikteringsmal for epikrise.

#### Eksempel på dikteringsmal for innkomstjournal:

Start diktat med:

Dato  
Legens navn (hvem dikterer)  
Pasientens navn  
Pasientens personnr.

Oppgavetype: Innkomstjournal  
Innleggingsdato  
Innleggende lege  
Fast lege  
Journalopptak ved  
Diagnose

Deretter følger innkomstjournalen med følgende avsnittinndelinger/over-

skrifter og oppstillinger:

**Familie/Sosialt**

**Tidligere sykdommer**

**Aktuelt**

**Naturlige funksjoner**

**Legemidler**

**Allergier**

**Naturlige funksjoner** (ernæring, søvn, vannlatning, avføring, seksuell funksjon)

**Stimulantia** (tobakk, alkohol, andre rusmidler)

**Status presens dato/kl**

Generelt

Hud

BT; H/ V arm

Puls

Temp.

Respirasjon

Øyne/Pupiller

Munnhule

Collum

Mamma

Cor

Pulmones

Thorax

Abdomen

Rektal (evt. rektovaginal) eksplorasjon

Reflekser , Høyre – Venstre

Status localis

**Resyme, med**

primær vurdering

primære tiltak

**B. Eksempel på dikteringsmal som kan brukes ved epikrise:**

Start diktat med:

**Dato**

**Lege (hvem dikterer)**

**Pasientens navn**

**Pasienten personnr.**

Oppgavetype: **Epikrise**

(Så følges utarbeidet standardmal for tekstbehandling, dvs. en epikrisemal med faste ledetekster):

Opphold i avdeling fra dato til dato

Diagnose:

Epikrise kopi til:

Hvilke tekster som skal tas ut fra journalen dikteres

Supplerende undersøkelser

Legemidler ved utskriving

Videre oppfølging (ved poliklinikk, primærlege)

Sykemelding

# VIII. VEDLEGG

## Oversikt over vedleggene:

A. Dokumentgrupper, fargekoder og PMS-symboler, tidsrekkefølge, undergrupper og dokumenttyper

B. 1. Dokumenthoder:

Dokumenthode alternativ 1

Dokumenthode alternativ 2

Dokumenthode alternativ 3

B. 2. Dokumentforslag:

Personalia, A1 (arkhode alternativ 1)

Personalia, A1 (arkhode alternativ 2)

Kontaktoversikt, A2

Epikrise, A3

Sykepleiesammenfatning, A5

Pasientorientering, A6

Innkostjournal, B1 – tekstmal 1, med ledetekster

Innkostjournal, B1 – tekstmal 2,; med ledetekster og avkryssingsfelter for normalobservasjoner; kan evt. brukes som primærjournal / foreløpig journal. Pasientopplysninger, G1

Innkostrapport, G2

Sykepeieplan, G3

B. 3. Journalomslag:

Utside

1. innside med ordningsrekkefølge

2. innside med retningslinjer for B-journal, pasientrettigheter

B. 4. Arkivnøkkel

B. 5. Blanketteksempler:

*Dokumentgruppe A6:*

“Informasjonsblankett A”, Fylkessjukehuset på Voss

“Informasjon til pasienten”, Vest-Agder Sentralsykehus

*Dokumentgruppe F1:*

“Kurve, temperatur, behandling”, Regionsykehuset i Trondheim

“Kurve”, Vest-Agder Sentralsykehus

“Kurve” Sandnesjøen Sykehus

“Kurve” Fylkessjukehuset i Molde

“Kurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland

*Dokumentgruppe F2:*

“Insulinkurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland

“Marevankurve”, Sentralsjukehuset i Rogaland

B. 6. Festeandordning ved hel innbinding

B. 7. Farger for dokumentgruppekode

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Vedlegg A: Dokumentgrupper, fargekoder og PMS-symboler,  
tidsrekkefølge, undergrupper og dokumenttyper

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

**Dokumentgruppe A: SAMMENFATNINGER**

**Fargekode: GRØNN; PMS-kode: 347**

*Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk innen hver undergruppe*

**Undergrupper:**

A1. Personalia

A2. Kontaktoversikt

A3. Egne epikriser

A4. Andres epikriser

A5. Sykepleie sammenfatning

A6. Pasientorientering

**Dokumenttyper:**

personopplysninger

kontaktoversikt/index

epikrise

epikrise

samme

samme

---

**Dokumentgruppe B: LEGEJOURNAL**

**Fargekode: LYS BLÅ; PMS-kode: 277**

*Tidsrekkefølge: Kronologisk i hver undergruppe*

**Undergrupper:**

B1: Løpende journal

**Dokumenttyper:**

Innkostjournal

Løpende journal (kontinuasjonsark)

Operasjonsbeskrivelser

Poliklinikknotater

Spesialjournaler fra andre avdelinger

Interne henvisninger, m.m.

B2: Resultat av/svar på interne henvisninger

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet. Publikasjonen kan ha utgått av gyldighet.



Dokumentgruppe C: PRØVESVAR – VEV & VÆSKER

Fargekode: RØD; PMS-kode: WARM RED

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper: Dokumenttyper

C1: Klinisk kjemi

blod- og serum us.  
urinundersøkelser  
blodgasser  
blodutstryk  
immunologi  
hormon-u.s., inkl insulin/sukkerbelastning  
medikamentanalyser  
annet

C2: Patologisk/anatomiske us.

cytologi  
histologi  
obduksjonsrapport  
annet

C3: Immunologi:

blod- og vevstyper  
serum elektroforese  
Ig – kvantitering  
andre antistoffbestemmelser  
revmaprøver (Waalser, R-faktor, etc)  
annet

C4: Klinisk farmakologi

div. medikamentanalyser

C5: Mikrobiologi

bakteriologi  
virologi  
fæcesprøver, m.m.  
annet

C6: Hematologi

blodutstryk  
sternalmargundersøkelse  
annet

C7: Fertiltet og arv

sædprøve  
genetiske us.  
annet

C8: Diverse

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.  
Publikasjonen kan ha utgått gyldighet.

Dokumentgruppe D: ORGAN FUNKSJON

Fargekode: LYS BRUN; PMS-kode: 156

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper: Dokumenttyper:

D1. Hjerte og kretsløp

EKG , inkl. langtids-(Holter-)monitore  
ring ultralyd ekko (A&M-mode og 2-D)  
og doppler trykkgradienter, beregnet  
hjertekateterisering m/trykkmålinger  
cardiotocografi

annet

D2. Lunge

bronkoskopi (alt. under billeddiagnostikk)  
allergiutredning; alle typer inkl. prikktest  
i hud spirometri

PEF/rutinemålinger annet

D3. Sansing og motorikk

EEG-skjema

trykkmålingsskjema

syns-u.s.

hørsels-us.,

audiometri

evoked potentials

ENG

nerveledningshastighet

EMG

muskelstyrkemåling annet

D4. Fordøyelsesapparatet

gastroskopi (alternativt under billeddiagnostikk, gruppeE)

recto/colonoskopi ( " " " ")

sekretintest

tarm motilitets-u.s.

syreutskillestester

belastninger

annet

D5. Urinveier

cystoskopi

uretroskopi

blærefunksjons-u.s.

trykkmålinger

D6. Reproduksjon

temperaturmålinger

u.s. av gravid kvinne

ultralyd foster-u.s. (alternativt under billeddiagnostikk)

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Helsedirektoratet.

**Dokumentgruppe E:** BILLEDANNENDE DIAGNOSTIKK

**Fargekode:** MAGENTA **PMS-kode:** 241

**Tidsrekkefølge:** *Omvendt kronologisk*

**Undergrupper:** **Dokumenttyper:**

E1. *Røntgenopptak og liknende*

røntgen- CT og MR rekvisisjoner og svar

E2. *Ultralyd*

hjerte-u.s. inklusive fargedoppler  
abdomen/"small parts"  
foster-u.s.

E3. *Scintigrafi*

gammakamera  
SPECT

E4. *Fotografier*

hode/ansikt eller helkropp  
kroppsdel  
uttatte organer, svulster o.a.

---

**Dokumentgruppe F:** OBSERVASJON OG BEHANDLING

**Fargekode:** LYS GRØNN **PMS-kode:** 359

**Tidsrekkefølge:** *Omvendt kronologisk*

**Undergrupper:** **Dokumenttyper:**

F1. *Kurveark*

standard kurveark  
spesielle kurvetyper

F2. *Særskilte observasjonsskjemaer*

anestesiskjema  
blodtrykkskjema  
commotioskjema  
væskeskjema  
hodeomkretsskjema  
hemiplegiskjema  
medikamentkurve  
diabetesskjema  
cytostatikaskjema  
transfusjonsskjema  
stråleterapiskjema  
antikoagulasjon- (Marevan-,TT-)skjema

F3. *Undersøkellesplan*

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Helseledelse direktoratet.

Dokumentgruppe G: SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Fargekode: BLÅ PMS-kode: 285

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper: Dokumenttyper:

G1. Pasientopplysninger samme

G2. Inkomstrappport/sykepleienotater samme

G3. Sykepleieplan

Datasamling

Mål – tiltak – evaluering

---

Dokumentgruppe H: RAPPORTER ANNET FAGPERSONELL

(alternativt sammen med gruppe G => gruppe GH)

Fargekode: LYS RØD PMS-kode: 176

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper/Dokumenttyper:

G1 (evt GH .. ) Fysioterapeut- rapport

G2. (“ ) Ergoterapeut- “

G3. (“ ) Sosionom- “

G4. (“ ) Psykolog- “

G5. (“ ) Ernæringsfysiolog- “

G6. (“ ) Fødejournal “

---

Dokumentgruppe I: EKSTERN KORRESPONDANSE

Fargekode: SORT PMS-kode: BLACK

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper/dokumenttyper:

11. Innleggelsesøknader

12. Eksterne henvisninger

13. Annenhåndsvurderinger (“second opinion”)

14. Div. brevkopier

Dokumentgruppe J: ATTESTER/MELDINGER/ERKLÆRINGER  
(alternativt: sammen med gr I => gr. IJ)

Fargekode: BRUN; PMS-kode 160

Tidsrekkefølge: Omvendt kronologisk

Undergrupper: Dokumenttyper:

J1. (alt IJ5) Offentlige blanketter i forbindelse med fødsel

J2. (alt IJ6) Tilpliktete meldinger ved sykdom: melding til kreftregisteret  
tuberkulosemelding melding ved venerisk sykdom melding til Folkehelse  
(MSIS)

J3. (alt IJ7) Melding om uhell/skader/bivirkninger:

melding til	bivirkningsnemnda
“	fylkeslegen (ved personskade)
“	meldesentralen i Helsetilsynet
“	Norsk pasientskadeerstatning
–	“
	annet

J4. (alt IJ8) Meldinger til frivillige registre

hofteregister  
kar-implantantregister  
veksthormonregister

J5. (alt IJ9) Pasientsamtykker/erklæringer/krav:

egenerklæringer/krav om utskriving, o.l.  
samtykke til avvik fra taushetsplikt  
krav om journalutlevering/innsyn  
abortskjema  
steriliseringserklæring

J6 (alt IJ10) Trygdesaker

J7 (alt IJ11) Melding om dødsfall

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
rettet til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Vedlegg B.1. : Dokumenthoder

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



DOKUMENTTYPE

PASIENTIDENTIFIKASJON

GRUPPE

LOGO Institusjon, adresse

### Dokumenthode alternativ 1:

Horisontale delelinjer ved 3,2 og 1,4 cm (venstre side).

Både logo, adresse, dokumenttype og -gruppe forutsettes fortrykt på arket.

Hodet brukes der en lager ferdigtrykte blanketter, som rtg-rekvisisjoner e.a. slik at dokumenttype og -gruppe kan påføres på forhånd. Type- og gruppefeltene kan normalt ikke "nås" ved vanlige skrivere.

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO

Institusjon,  
adresse

PASIENTIDENTIFIKASJON

DOKUMENTTYPE

GRUPPE

[brettemarkering]

### Dokumenthode alternativ 2

Horisontale delelinjer ved 3,2 og 4,6 cm.  
Vertikal deling av hodet ved 10,0 cm fra venstre kant.  
Brettemarkering 9,0 cm fra øvre kant.

Arkhodet brukes bl.a. for dokumenter som i sin helhet skrives ut på laserprinter e.a. på hvitt ark. Hodet brukes der det legges inn maler for arkhode, dokumenttype, gruppe, m.m.

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet. Rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO	PASIENTIDENTIFIKASJON	
Institusjon, adresse	[FLERFUNKSJONSFELT: KOPI TIL...; CAVE: .... eller liknende informasjon]	
ADRESSAT	DOKUMENTTYPE	GRUPPE

(brettemarkering)

**Dokumenthode alternativ 3.**

Horisontale delelinjer ved 3,2, 7,0 og 8,4 cm fra øvre kant.

Forøvrig som alternativ 2.

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet.  
Publikasjonene kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Vedlegg B.2.: Dokumentforslag

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



**PERSONALIA**

Pasientidentifikasjon

LOGO Institusjon, adresse

A1

**Persondata:**

Fødselsnummer:

Kjønn: M/K

Navn:

Adresse:

Postnr.:

Poststed:

Bostedskommune:

Trygdekantor:

**Sosiale forhold:**

Sivilstand: Ugift/Gift/Samboer/Skilt/Enke(mann)

Nærmeste pårørendes navn:

Telefon:

Adresse:

Postnr.:

Poststed:

**Arbeidsforhold:**

Yrke:

Arbeidsgiver:

Adresse:

Telefon arbeid:

**Medisinske opplysninger:**

CAVE:

Blodtype:

Rh.:

Blodsmitte: (ja/nei)

**Pliktige meldinger om:**

Kreft:

Tuberkulose:

Dødsfall:

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

**KONTAKTOVERSIKT**

**A2**

Dato inn	Dato ut	Avdeling	Kontakttype	ICD-kode	Diagnosetekst H=hoveddiagnose B=bidiagnose

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

Adressat

Kopi til:

**EPIKRISE**

**A3**

**Opphold i <avdelingsnavn><fra dato><til dato>**

*Diagnose:* <Diagnose 1> ... <Diagnose n>

Plass til tekst fra dokumenter med aktuelle kapitler hentet fra løpende journal.

(Eksempel: Utskrivningsnotat)

*Supplerende undersøkelser:* <Fritekst>

*Medikamenter ved utskrivning:* <Medikament 1> ...<Medikament n>

*Videre oppfølging ved:* <Fritekst. Poliklinikk, primærlege ...>

*Sykemelding:* <fra dato><til dato>

Tillegg av evt. diktat.

Med hilsen

<legenavn>

<tittel>

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet. Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet. Rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

Adressat

Flerfunksjonsfelt:  
Kopi til .....; Cave .....; El. likn.:

## SYKEPLEIESAMMENFATNING

A5

Opphold i <Avdelingsnavn><fra dato> <til dato>

*Pasienten funksjonsbeskrivelse ved innkost, viktigste iverksatte sykepleietiltak under oppholdet, pasientens ressurser ved utskrivning:*

<Fritekst>

*Anbefalte sykepleietiltak etter utskrivning;*

<Fritekst>

Ansvarlig sykepleier under oppholdet: <Navn>

1. linjetjenestens sykepleiefaglige kontaktperson: <Navn>

Sykepleisammenfatning utfyllt <dato> <signatur>

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

**INNKOMSTJOURNAL****B1****Innleggelsesjournal:**

&lt;Innleggelsesdato&gt;, Innleggelse &lt;Avdelingsnavn&gt;

Henvisende lege &lt;legens navn&gt;

Henvisningsdiagnose &lt;oppslag mot ICPC/ICD-9 register&gt;

Journal ved &lt;lege/sekretær&gt; &lt;journaldato&gt;

Primærlege &lt;legenavn&gt;

Kopi av epikrise til &lt;navn 1&gt;...&lt;navn n&gt;

Årsak til innleggelsen &lt;Fritekst. Beskrivelse av problemstillingen&gt;

Sosiale forhold &lt;Fritekst. Beskrivelse av pasientens sosiale forhold&gt;

Sykdommer i slekten &lt;Fritekst. Beskrivelse av sykdommer som kanskje, men ikke nødvendigvis, er arvelig betinget&gt;

Tidligere sykdommer &lt;Fritekst. Må enkelt kunne hente deler fra forrige undersøkelse&gt;

Tidligere fagspesifikke sykdommer &lt;Fritekst. F.eks. tidligere gyn. Hentes tilsv. som over&gt;

Aktuelt &lt;Fritekst&gt;

Medikamenter &lt;Fritekst/Oppslag mot register med mye brukte medikamenter som defineres for hver avd. fase 1. Oppslag mot Felleskatalog i fase 2.&gt;

Allergier &lt;Fritekst&gt;

## Naturlige funksjoner

Ernæring &lt;Fritekst&gt;

Vannlatning &lt;Fritekst&gt;

Søvn &lt;Fritekst&gt;

Seksuelliv &lt;Fritekst&gt;

Menstruasjon &lt;Fritekst&gt;

Avføring &lt;Fritekst&gt;

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

**PASIENTORIENTERING**

**A6**

**Diagnose (norsk):**

**Viktigste undersøkelser, prøver m.m.:**

**Kostråd:**

**Andre råd:**

Medikamentets navn	Styrke	Virkning	Morgen	Middag	Etter- middag	Kveld

**Merknader:**

**Videre kontroll:**

**Primærlege:**

**Sykemeldt til:**

**Avdeling/poliklinikk:**

**Dato:**

**Lege:**

Din faste lege (primærlege) utenfor sykehuset vil om kort tid få rapport om innleggelsen/konsultasjonen. Hvis det er noe du har spørsmål om eller hvis du skal fornye sykemelding eller resepter tar du kontakt med din primærlege.

**Ta alltid med dette skjemaet ved legebesøk.**

**Stimulantia**

Tobakk <Fritekst>

Alkohol <Fritekst>

Andre rusmidler <Fritekst>

**Status presens** <dato><klokkeslett><utførende lege>

**Generelt** <Fritekst/Standardtekst med variable>

**Hud** <Fritekst>

**BT** Hø. arm Ve. arm  
<s>/<d> <s>/<d>  
(Må være separate variable i numerisk form)

**Puls** <Fritekst>

**Temp** <Fritekst>

**Respirasjon** <Fritekst>

**Øyne** <Fritekst>

**Munnhule** <Fritekst>

**Collum** <Fritekst>

**Cor** <Fritekst>

**Pulm** <Fritekst>

**Thorax** <Fritekst>

**Mammae** <Fritekst>

**Abdomen** <Fritekst>

**Reflekser** <Fritekst>

**Rektal eksplorasjon** <Fritekst>

**Rektrovaginal eksplorasjon** <Fritekst>

**Resymé**

<Fritekst>

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet. Rettes til Helsedirektoratet.

## INNKOMSTJOURNAL

B1

Henvisende lege: Adresse: tlf:  
Innlegelsesdiagnose (tekst): ICD-kode:  
Bidiagnoser (tekst): ICD-koder:  
Journal ved: lege (init.): sekretær (init.):  
Primærlege : Adresse: tlf:  
Epikrise til:

**Innleggelseårsak:****Familie og sosialanamnese:****Tidligere sykdommer:****Aktuelt:**

**Legemidler:**  ingen  
 temporær mediaksjon: ingen, eller angi:  
 fast medikasjon: ingen, eller angi:

**CAVE/Allergier:** ingen, eller angi:

**Naturlige funksjoner:**

ernæring: ua., eller angi:  
vannlating: ua., eller angi:  
avføring: ua., eller angi:  
seksualf./menstruasjon: ua., eller angi:

**Stimulantia:**

tobakk? ingen, eller angi:  
alkohol: ingen, eller angi:  
annet: intet, eller angi:

**STATUS PRESENS**

Dato: \_\_\_ / \_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

**GENERELL STATUS:**Kjønn: M K; Alder \_\_\_\_\_ år; Almentilst.:  utmerket;  tilfredsst.;  mindre god;  dårligVekt: \_\_\_\_\_ kg. Hold: ua.; overv.; underv.; eller angi:Bevissthet: ua. somnolent soporøs; komatøs; eller angi:BT: / Puls: reglm.; uregelmessig; angi:

Temp: oC.

Cyanose: neg, eller angi:Icterus: neg, eller angi:Ødemer: neg, eller angi:Gl.svulst: neg, eller angi:Hud: ua., eller angi:Hår: u.a., eller angi:**LOKAL STATUS:**Pupiller: ua., eller: anisok.: H > V H < V lysstiv: H VCavum oris: ua., eller angi:Illum: ua., eller angi:Pulmones: vesic. resp.lyd, eller angi:sonor perk.lyd, eller angi:Cor: aksjon regelm., eller angi:størr. normal, eller angi ictus cordis:bilyder ingen, eller angi p.m. og karakter:Thorax/mamm. ua., eller angi:Abdomen: bløt, eller angi:uøm, eller angi:Rectal ekspl.: ua., eller angi:hemotest : pos., næg., ikke utført

Underekstr.: Puls: \_\_\_\_\_ Lokal status: \_\_\_\_\_ Reflekser: \_\_\_\_\_

nivå: HØ VE HØ VE

fot/tær: plantarrefl: \_\_\_\_\_

ankel: achillesrefl.: \_\_\_\_\_

kne: patellar: \_\_\_\_\_

ke:**ANDRE OBSERVASJONER:****RESYMÉ, m/PRIMÆR VURDERING og PRIMÆR BESLUTNING:**

Sign:

LOGO Institusjon, adresse

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

## PASIENTOPPLYSNINGER

G1

Innlagt i post:	fra dato	Nasjonalitet:
		Behov for tolk: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Navn:
Medisinske diagnose(r):		Trossamfunn:
		Sivilstand:
		Yrke/tidligere yrke:
		Boforhold/aktuell hjemmesituasjon:
HOVEDHENSIKT MED OPPHOLDET		
Sykepleie:		
Medisinsk:		
CAVE:		PÅRØRENDE
		Navn: Telefon:
		Informasjon om innleggelse:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
ALLERGIER		Deponering av verdisaker/eiendeler:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (hvis ja, eget skjema)
		Medbrakte medisiner innlevert:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (hvis ja, eget skjema)
Ansvarlig sykepleier	v/avd./post	HJELPEMIDLER
Ansvarlig lege	v/avd./post	
SØKT TJENESTER		ANNET (her kan den enkelte institusjon inkludere kolonner for eget behov).
Type tjeneste:	kontaktperson:	
REKVIRERT		
Fysioterapeut:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Ergoterapeut:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Sosionom:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	

**INNKOMSTRAPPORT/  
SYKEPLEIENOTATER**

G2

Dat  
o

Sign

Innkomstrapport/Nedtegnelser av endring i pasientens tilstand/Beskjeder

Spørsmål om publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



**LOGO** Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

Ark nr

<b>SYKEPLEIEPLAN</b>			<b>G3</b>
<b>DATASAMLING</b>			
<b>Dato</b>	<b>Sykepleieproblem/sykepleiediagnose relatert til behovsområde</b>	<b>Data relatert til pasientens behov og ressurser</b>	<b>Sign.</b>

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

LOGO Institusjon, adresse

Pasientidentifikasjon

Ark nr

SYKEPLEIEPLAN			MÅL/TILTAK/EVALUERING			G3
Dato	Sign	Mål/tiltak	Dato	Sign	Rapport/evaluering av tiltakenes effekt i forhold til mål	

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet. Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.

### Vedlegg B.3.: Journalomslag

- Omslag ytterside
- 1. innside med ordningsrekkefølge
- 2. innside med
  - B-journal instruks
  - fjerneinstruks
  - pasientrettigheter

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

B-JOURNAL ER OPPRETTET:

Navn: .....  
Adresse: .....  
Født dato: .....

# Pasientjournal

LOGO PRØVE Sykehus

KONFIDENSIELT

Spørsmål om innholdet i publikasjonen kan ha begrenset gyldighet og sendes til Helsedirektoratet.

## Ordningsrekkefølge for pasientjournalen ved PRØVE Sykehus

Dokumentgrupper  
m/undergrupper:

Betegnelsen:

Fargekoder:

<b>A</b>	<b>SAMMENFATNINGER</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk innen hver undergruppe		<b>Grønn</b>
	<b>A1</b> Personalia	<b>A4</b> Andres epikriser	
	<b>A2</b> Kontaktoversikt	<b>A5</b> Sykepleiesammenfatning	
	<b>A3</b> Egne epikriser	<b>A6</b> Pasientorientering	
<b>B</b>	<b>LEGEJOURNAL</b> Ordningsrekkefølge: Kronologisk i hver undergruppe		<b>Lys blå</b>
	<b>B1</b> Løpende journal	<b>B2</b> Resultat av/svar på interne henvisninger	
<b>C</b>	<b>PRØVESVAR - VEV OG VÆSKER</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Rød</b>
	<b>C1</b> Klinisk kjemi	<b>C5</b> Mikrobiologi	
	<b>C2</b> Patologiske/anatomiske us.	<b>C6</b> Hematologi	
	<b>C3</b> Immunologi	<b>C7</b> Fertilitet og arv	
	<b>C4</b> Klinisk farmakologi	<b>C8</b> Diverse	
<b>D</b>	<b>ORGAN-FUNKSJON</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Lys brun</b>
	<b>D1</b> Hjerte og kretsløp	<b>D4</b> Fordøyelsesapparat	
	<b>D2</b> Lunge	<b>D5</b> Urinveier	
	<b>D3</b> Sansing og motorikk	<b>D6</b> Reproduksjon	
<b>E</b>	<b>BILDE-DIAGNOSTIKK</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Magenta</b>
	<b>E1</b> Røntgenopptak og liknende	<b>E3</b> Scintigrafi	
	<b>E2</b> Ultralyd	<b>E4</b> Fotografier	
<b>F</b>	<b>OBSERVASJON OG BEHANDLING</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Lys grønn</b>
	<b>F1</b> Kurveark	<b>F3</b> Undersøkelsesplan	
	<b>F2</b> Særskilte obs.skjemaer		
<b>G</b>	<b>SYKEPLEIEDOKUMENTASJON</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Blå</b>
	<b>G1</b> Pasientopplysninger	<b>G3</b> Sykepleieplan	
	<b>G2</b> Innkomstrappor m/sykepleienotater		
<b>H</b>	<b>RAPPORT ANNET FAGPERSONELL</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Lys rød</b>
	<b>H1</b> Fysioterapeut-rapport	<b>H4</b> Psykolog-rapport	
	<b>H2</b> Ergoterapeut-rapport	<b>H5</b> Ernæringsfysiolog-rapport	
	<b>H3</b> Sosionom-rapport	<b>H6</b> Fødejournal	
<b>I</b>	<b>EKSTERN KORRESPONDANSE</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Sort</b>
	<b>I1</b> Innleggessøknader	<b>I3</b> Annenhåndsvurderinger	
	<b>I2</b> Eksterne henvisninger	<b>I4</b> Div. brevkopier	
<b>J</b>	<b>ATTESTER/MELDINGER/ERKLÆRINGER</b> Ordningsrekkefølge: Omvendt kronologisk		<b>Brun</b>
	<b>J1</b> Offentlige blanketter i forbindelse med fødsel	<b>J4</b> Melding til frivillige registre	
	<b>J2</b> Tilpliktede meldinger ved sykdom	<b>J5</b> Pasientsamtykker/erklæringer/krav	
	<b>J3</b> Melding om uhell/skader/bivirkninger	<b>J6</b> Trygdesaker	
		<b>J7</b> Melding om dødsfall	

Spørsmål om innholdet kan begrenset gyldighet. Helseledelse til Helsedirektoratet.

## Hva kan overføres til B-journal?

Når journalen er blitt uhåndterlig, pga. tykkelse/mange opphold m.m. kan enkelte dokumenter som er blitt uaktuelle overføres til en B-journal (passiv journal), og som oppbevares i journalarkiv/fjernarkiv.

Følgende grupper og undergrupper skal **ikke** fjernes fra journalen:

- Gruppe A, B:** Alle dokumenter oppbevares
- Gruppe C:** Undergruppe C1; blodtyping  
Undergruppe C5; histologi, cytologi,
- Gruppe J:** Alle dokumenter oppbevares

Dokumenter i de andre gruppene kan overføres til B-journal etter tre år, med unntak av dokumenter i gruppe F, kurver, observasjoner og behandling som kan overføres direkte til B-journal etter pasientens utskriving.

## Hva kan fjernes fra journalen?

Hovedregelen er at det ikke fjernes noe fra journalen, med unntak av prejournal (akuttjournal), huskelapper, gamle innkallingsbrev, dubletter av lab. svar og kopier av allerede eksisterende dokumenter.

### **PASIENTRETTIGHETER**

Pasienten har som hovedregel rett til å gjøre seg kjent med sin journal, jfr. legelovens § 46. Innsyn kan skje ved at pasienten gis anledning til å lese journalen. På anmodning fra pasienten skal han/hun få utlevert kopi av alt journalmateriale mot avtalt beløp som ikke kan overstige de til enhver tid gjeldende takster.

Pasienten kan kreve rettelse dersom hun/han mener journalen inneholder feilaktige eller mangelfulle opplysninger eller utilbørlige utsagn om ham/henne.

Pasienten kan ha rett til å få sperret/plombert journalen for innsyn fra andre behandlere.

Henvendelse om ovennevnte må alltid rettes til behandlende lege eller overordnet og anmerkes i journalen.

Vedlegg B.4.: Arkivnøkkel

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## ARKIVNØKKELE - PASIENTJOURNAL

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
SAMMENFATNINGER	LEGEJOURNAL	PRØVESVAR- VEV OG VÆSKER	ORGAN FUNKSJON	BILLED- DIAGNOSTIKK	OBSERVASJON OG BEHANDLING	SYKEPLEIE- JOURNAL	RAPPORT ANNET FAG- PERSONELL	EKSTERN KORRESPONDANSE	ATTESTER/ MELDINGER/ ERKLÆRINGER
A1 PERSONALIA	B1 LØPENDE JOURNAL	C1 KLINISK KJEMI	D1 HJERTE- OG KRETSLØP	E1 RØNTGENOPPTAK OG LIKNENDE	F1 KURVEARK	G1 PASIENT- OPPLYSNINGER	H1 FYSIOTERAPEUT- RAPPORT	I1 INNLEGGELSES- SØKNADER	J1 OFFENTLIGE BLANKETTER
A2 KONTAKTOVERSIKT	B2 RESULTAT AV/ SVAR PÅ INTERNE HENVISNINGER	C2 PATOLOGISKE/ ANATOMISKE US.	D2 LUNGE	E2 ULTRALYD	F2 SÆRSKILTE OBS.SKJEMAER	G2 INNKOMST- RAPPORT/SYKE- PLEIENOTATER	H2 ERGOTERAPEUT- RAPPORT	I2 EKSTERNE HENVISNINGER	J2 TILPLIKTENDE MELDINGER VED SYKDOM
A3 EGNE EPIKRISER	B3	C3 IMMUNOLOGI	D3 SANSING OG MOTORIKK	E3 SCINTIGRAFI	F3 UNDERSØKELSES- PLAN	G3 SYKEPLEIEPLAN	H3 SOSIONOM- RAPPORT	I3 ANNENHÅNDS- VURDERINGER	J3 MELDING OM UHELL/SKADE/ BIVIRKNINGER
A4 ANDRES EPIKRISER	B4	C4 KLINISK FARMAKOLOGI	D4 FORDØYELSES- APPARAT	E4 FOTOGRAFIER	F4	G4	H4 PSYKOLOG- RAPPORT	I4 DIVERSE BREV-KOPIER	J4 MELDING TIL FRI- VILLIGE REGISTRE
A5 SYKEPLEIESAMMEN- FATNING	B5	C5 MIKROBIOLOGI	D5 URINVEIER	E5	F5	G5	H5 ERNÆRINGSFYS.- RAPPORT	I5	J5 PASIENT- SAMTYKKER/ ERKLÆRINGER/ KRAV
A6 PASIENT-ORIENTERING	B6	C6 HEMATOLOGI	D6 REPRODUKSJON	E6	F6	G6	H6 FØDEJOURNAL	I6	J6 TRYGDESAKER
A7	B7	C7 FERTILITET/ARV	D7	E7	F7	G7	H7	I7	J7 MELDING OM DØDSFALL
A8	B8	C8 DIVERSE	D8	E8	F8	G8	H8	I8	J8



Vedlegg B.5.: Blanketteksempler

*Dokumentgruppe A6:*

"Informasjonsblankett A", Fylkessjukehuset på Voss

"Informasjon til pasienten", Vest-Agder Sentralsykehus

*Dokumentgruppe F1:*

"Kurve, temperatur, behandling", Regionsykehuset i Trondheim

"Kurve", Vest-Agder Sentralsykehus

"Kurve" Sandnesjøen Sykehus

"Kurve" Fylkessjukehuset i Molde

"Kurve", Sentralsjukehuset i Rogaland

*Dokumentgruppe F2:*

"Insulinkurve", Sentralsjukehuset i Rogaland

"Marevankurve", Sentralsjukehuset i Rogaland

Spørsmårene som er innholdt kan ha begrenset gyldighet.  
Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
rettet til Helsedirektoratet.



# Fylkessjukehuset på Voss

5700 VOSS  
Tlf. 56 51 97 00

HORDALAND  
FYLKE

**NB!** Ha alltid dette skjemaet med ved fyrste legebesøk etter sjukehusopphaldet.

Spørsmål om innholdet kan ha begrenset gyldighet. Rettes til Helsedirektoratet.

Pårørende	
Adresse	
Telefon	
Postnr.	Poststad
Slektskap	Andre pårørende

Frå avd. ▶	Post ▶	Direktetelefon til posten:
Til ▶	Kommune ▶	Telefon
Sjukepleiar	Behandlande lege	Innleggande lege
Innlagt frå dato ▶	Utreisedato ▶	Pasienten sin faste lege ▶

Diagnose ▶

**Vurdering (kort resyme, evt. allergiar, undersøkingar, operasjon)**

**Medikament v/utreise (dose, tidspunkt, vort brukt for)**

**Forholdsreglar v/utreise (diett, fysisk aktivitet, alkoholforbod, røyking o.l.)**

Dato for kontroll	Hjå lege (namn)	Stad
Event. ny innlegging/dato ▶	Sjukmelding t.o.m. dato ▶	
Dato	Underskrift	



# KURVE, TEMPERATUR OG BEHANDLING

## Regionsykehuset i Trondheim

Fød.nr.

Navn

Adresse

Tr.k.

D

Cave

Steroider

Diagnose/problemstilling

KURVE NR.

LEGES SIGNATUR

KO LEGEMIDDEL

VB

TILLEGGS-ORDINASJONER

OPR.DAG

/ 19

130 40°

110 39°

90 38°

70 37°

PULS

BT

HØYDE:

VEKT

UNDERSØKELSER

KOST

DRIKKE

PARENT

SUM VÆSKE TIL.

DIURESE

KAT. BLÆRESKYLL

AVFØRING

BREKNINGER

Spørsmål om innholdet nettside til Helse- og Helsedirektoratet.





SPES. U.S./RTG. FUNN

Dato

Kost

Drikke

Inf. Væske

Kvittert lege

Blod

DIV. UTSTYR

Innl. Skiftet Sep.

Diurese, drenasje, aspirat, avf., etc.

SUMVÆSKE  
IN

SUMVÆSKE  
UT

EVENTUELT MEDISIN

Sp. Sgn.

Ord. dato	Medisin ordinasjoner:		Adm. måte	Dosering		Ansv. overf. →	Kvittert lege →
	Preparatnavn	Lm. form		Enhet	00-08 14-20		









I.V:	DATO:								
GLUCOSE 5 %									
NaCl 0,90 %									
RINGER									
DRØSKE									
SUM VESKE INN									
DIURESE									
SUM VESKE UT									
VESKEBALANSE									
VEKT:									
BT									
BT									
EKG									
AVF									
BENZ									
VENFLON									
CVK									
ARTERIEKRAN									
RESPIRATOR									
FOLYKATETER									
RTG.U.S.									
NOTATER									

Spørsmål og innhold kan ha... Publikaasjon... Grenset gyldighet... Helse direktoratet.





SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND

# MAREVANKURVE

NAVNELAPP

KURVENR.: ÅR:

DATO →

INDIKASJON

ant. tabl. mg  
6 15,0  
5 12,5  
4 10,0  
3 7,5  
2 5,0  
1 2,5

EVT. FAST DOSERING

DOSE ▲

Lege sign.

Sykepl. sign.

TT ▼

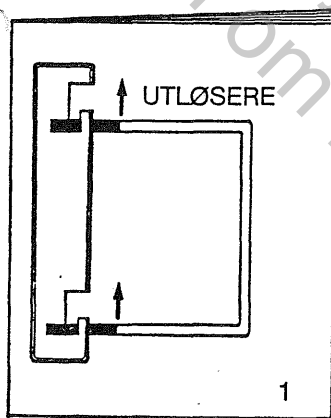
ANDRE RELEVANTE  
KLINISKE OPPLYSNINGER

% 80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10

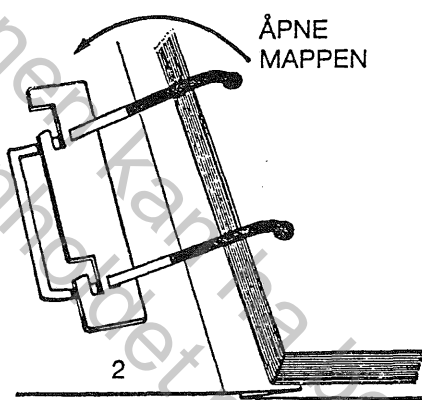
Vedlegg B.6.: Festeordning ved hel innbinding

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

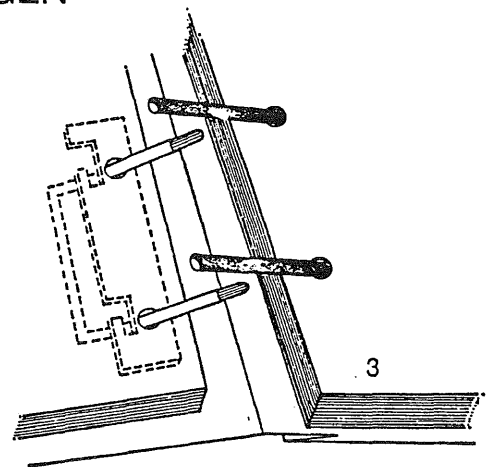
## BRUKSINSTRUKSJON FOR FESTEANORDNINGEN



(1) Viser papirene i heftet stilling når mappen ikke er i bruk.



(2) Viser festeanordningen i åpen stilling slik at innhold i mappen kan blas om.



(3) For å sette inn/ta ut papir åpnes festeanordningen som på bildet. Trekk fra festeanordningens to deler, sett inn/fest papirene i riktig avsnitt. Sett sammen festeanordningen og fest utløseren som i fig. 1.