

# “Hva skal hvor?”

---

## Pasientarkiv versus sakarkiv

**Regional anbefaling**

**Utarbeidet av arbeidsgruppe i Regionalt Arkivledernetverk**

**Helse Sør-Øst RHF**

**Oktober 2010, revidert februar 2018**

Pasientbehandling eller saksbehandling? Rapporten gjennomgår prinsipper for, og eksempler på, pasientrelaterte dokumenter som hører hjemme i et sakarkiv. Valg av arkivplassering har som regel sammenheng med formålet til dokumentene, jfr journalforskriften, offentlighetsloven og arkivforskriften.

## INNHold

	<b>1 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn .....	4
<b>1.2</b>	<b>Arbeidsgruppen</b> .....	<b>6</b>
1.2.1	Deltakere .....	6
1.2.2	Arbeidsform.....	6
1.2.3	Avholdte møter .....	6
<b>1.3</b>	<b>Målformulering og arbeidsprosess</b> .....	<b>6</b>
1.3.1	Mål.....	6
1.3.2	Arbeidsprosess .....	6
1.3.3	Framdriftsplan .....	7
1.3.4	Innspillsrunde .....	7
	<b>2 Begreper, definisjoner og prinsipper</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Arkiv i sykehus</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>Pasientjournal</b> .....	<b>8</b>
2.2.1	Pasientjournalforskriften §8 – krav til Innhold i pasientjournal .....	8
<b>2.3</b>	<b>Norgesjournalen – inndelingsstruktur for pasientjournaler</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4</b>	<b>Sakarkiv og postjournal</b> .....	<b>10</b>
<b>2.5</b>	<b>Pasientbehandling og/eller saksbehandling?</b> .....	<b>10</b>
2.5.1	Relevante lover og forskrifter knyttet til temaet ”hva skal hvor” .....	11
	<b>3 Arbeidsgruppens kommentarer til utvalgte dokumenter</b> .....	<b>12</b>
3.1	Avviksmeldinger – pasientrelatert .....	12
3.2	Barnevernssaker .....	14
3.3	Behandlingshjelpemidler (Medisinsk teknisk) .....	14
3.4	Erstatningssaker der foretaket er part .....	14
3.5	Helsetilsynet og andre eksterne instanser .....	15
3.6	Helse- og trygdesaker (NAV) .....	15
3.7	Journalkopi, utlevering .....	15
3.8	Innsynslogg journal.....	16
3.9	Journalkopi, avslag .....	16
3.10	Klagesaker fra pasienter .....	16

3.11	Kontrollkommisjonen .....	16
3.12	Spesialisterklæringer/sakkyndige uttalelser.....	16
3.13	Legeerklæringer/legeattest/faglig vurdering .....	17
3.14	Pasientrettigheter - fristbrudd .....	17
3.15	Retting/sletting/sperring .....	17
3.16	Strafferettslige forhold .....	17
3.17	Økonomiske forespørsler .....	17
	<b>4 Erfaringer og beste praksis - Ahus .....</b>	<b>18</b>
	<b>5 Videre oppfølging - anbefaling .....</b>	<b>18</b>
5.1	Opprettelse av regional fagkomite.....	18
	<b>6 Vedlegg .....</b>	<b>18</b>
6.1 vedlegg	Dokumentoversikten – ”hva skal arkiveres hvor – pasientarkiv versus sakarkiv” – elektronisk 18	
6.2	Svarbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 17.08.2009 .....	18
6.3	Orienteringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 15.01.2007 ...	18
	<b>7 Revisjon februar 2018 .....</b>	<b>19</b>
7.1	Arbeidsgruppen .....	19
7.2	Møter og høringsrunde .....	19
7.3	Forslag til revidert versjon 2.6.....	19

# 1 INNLEDNING

Det regionale arkivledernetverket i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) nedsatte sommeren 2008 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å legge fram forslag til felles regional anbefaling i "hva skal arkiveres hvor – pasientarkiv versus sakarkiv".

## 1.1 BAKGRUNN

Foranledningen til arbeidet har vært et ønske om å utvikle felles arkivrutiner for håndtering av pasientrelaterte dokumenter der formålet ikke er å dokumentere helsehjelp.

Sykehusene har lang tradisjon for å arkivere alle pasientdokumenter i pasientjournalen, nærmest uavhengig av innholdet i dokumentene. Som eksempel kan nevnes inn- og utgående korrespondanse i pasientklage-/erstatningssaker, innsynsforespørsler, meldepliktige hendelser, spørsmål om legeuttalelse, kopi av straffesaker, henvendelser fra barnevern, økonomisaker etc .

Ettersom foretakene er blitt bedre kjent med gjeldende krav til dokumentasjon av saksdokumenter har det ved flere sykehus utviklet seg en ny praksis med mye dobbeltarkivering (både i pasientarkiv og sakarkiv). Ønsket om å imøtekomme de formelle kravene tilsier at enkelte pasientrelaterte dokumenter skal postjournalføres og arkiveres som sak i sakarkiv. Samtidig opprettholdes gamle rutiner av hensyn til behandlere som ønsker tilgang til alle pasientrelaterte dokumenter i pasientjournalen. I noen tilfeller stilles det faktisk krav til at visse opplysninger i saksdokumenter også skal framkomme av pasientjournalen.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt føringer for håndtering av denne type dokumenter. I tillegg til muntlige orienteringer ved de regionale arkivledernetverkene og andre arkivkonferanser, har HOD sendt ut orienteringsbrev av 15.01.2007 med følgende overskrift: *"Forholdet mellom lovbestemt taushetsplikt, helsepersonells dokumentasjonsplikt etter helselovgivningen og arkivlovens krav til behandling av dokumentasjon"*.

Brevet har til hensikt å avklare forholdet mellom lovbestemt taushetsplikt og helsepersonells plikt til å føre pasientjournal på den ene siden og arkivlovens krav til behandling av dokumentasjon på den andre siden, og *særlig håndtering av ekstern korrespondanse som omhandler pasienter*.

Mange arkivledere har gitt uttrykk for at HOD's krav er vanskelig å omsette i praksis og at kravene til postjournalføring er lite hensiktsmessige. Arkivlederne har pekt på behov for en presisering av innholdet i HOD's brev i forhold til hvordan dokumenthåndtering av en rekke enkeltdokumenter skal forstås. Gjennom regionalt arkivledernetverk i HSØ er det i tillegg uttrykt ønske om å harmonisere praksis mellom helseforetakene.

Vi lar HOD's orienteringsbrev følge som vedlegg til rapporten. Her vil vi spesielt gjengi innholdet i brevets punkt 4:

#### **"4. Forholdet mellom sakarkiv og pasientjournal**

*Forholdet mellom virksomhetens journalføringsplikt etter arkivloven og helsepersonells dokumentasjonsplikt etter helsepersonelloven og pasientjournalforskriften kan oppleves uklart. Som utgangspunkt skal imidlertid alle utgående og inngående dokumenter til virksomheten journalføres og arkiveres i sakarkivet. Dette gjelder også dokumenter som omhandler den helsehjelpen pasienten har mottatt, men der formålet med dokumentet ikke er å **dokumentere** helsehjelpen, for eksempel*

- *Brev om pasienter til/fra offentlige helsemyndigheter, for eksempel Statens helsetilsyn eller Norsk Pasientskadeerstatning*
- *Brev til/fra forsikringsselskaper i forbindelse med skadeerstatningssaker*
- *Brev til/fra pasienter, når de ikke er direkte knyttet til den helsehjelpen vedkommende får eller skal få*

*Alle dokumenter av denne typen skal altså journalføres og arkiveres i sakarkivet i samsvar med arkivforskriften bestemmelser.*

*Når dokumentene legges i sakarkivet, sikres det at dokumentene blir saksbehandlet og fulgt opp når det gjelder restanser. Hvis dokumentene derimot legges i pasientjournalen, sikres ikke den videre saksbehandling, i og med at pasientjournaler kun åpnes i forbindelse med ytelse av helsehjelp.*

*Den offentlige journalen må imidlertid kvalitetssikres slik at taushetsbelagte opplysninger ikke blir synlige. Dette skal gjøres slik at taushetsbelagte opplysninger sladdes/skjermes fra offentlig journal før den offentliggjøres, og fra selve dokumentet før det utleveres, hvis noen har bedt om innsyn i det etter offentlighetsloven."*

Sammenholdt med arkivloven og pasientjournalforskriften har arbeidsgruppen forsøkt å anvende innholdet i HODs brev pkt 4 i forhold til de typiske enkeltdokumentene som inngår i korrespondanse til/fra helseforetakene. Ut fra dette har vi utarbeidet en dokumentoversikt med anbefalinger til hvor disse dokumentene skal arkiveres. Oversikten er ikke ment å være utfyllende, men en start på utvikling av et felles dokument for Helse Sør-Øst.

## 1.2 ARBEIDSGRUPPEN

### 1.2.1 DELTAKERE

Arbeidsgruppen har bestått av

*Astrid Lillemoen, Sørlandet sykehus HF (leder)*

*Kari Asmyhr, Sykehuset i Vestfold HF*

*Hans-Gunnar Bernhardsen, Oslo universitetssykehus HF, Aker*

*Ruth Ann Gullbekk, Akershus universitetssykehus HF*

*Vibeke Ødegårdstuen, Sykehuset Innlandet HF*

*Irene Sætran, Sykehuset Innlandet HF*

*Bente Teilstad, Sykehuset Asker og Bærum HF, Vestre Viken HF fom 1.9.2009)*

*Karen Hagelund, Martina Hansens Hospital*

*Eli Frivold, Martina Hansens Hospital*

*Janne Mathilde Løseth, Diakonhjemmets Sykehus*

*Line Tønder, Helse Sør-Øst RHF*

### 1.2.2 ARBEIDSFORM

Arbeidet har i hovedsak foregått gjennom møtevirksomhet. E-post er benyttet til koordinering underveis og i den avsluttende fasen under rapportskrivningen.

### 1.2.3 AVHOLDTE MØTER

*7 møter er avholdt i perioden september 2008 – oktober 2009.*

## 1.3 MÅLFORMULERING OG ARBEIDSPROSESS

Det forelå ikke noe overordnet mandat for arbeidet. Oppstartmøtet ble benyttet til å avklare deltakernes ulike forventninger til arbeidet og til å bli enige om et felles mål for arbeidet.

### 1.3.1 MÅL

Arbeidsgruppen ble enig om følgende mål for arbeidet:

- 1. Arbeidsgruppen skal utarbeide en felles regional anbefaling på dokumentnivå for “hva skal arkiveres hvor – pasientarkiv versus sakarkiv”**
- 2. Arbeidsgruppen skal utarbeide en kort veileder i hvordan implementere nødvendige rutiner i eget helseforetak (som følge av punkt 1)**

Denne rapporten omhandler punkt 1.

Arbeidsgruppen har dessverre ikke hatt tid og ressurser til å prioriterer arbeidet med punkt 2, og oppfordrer herved Helse Sør-Øst RHF til å ta ansvar for videre oppfølging.

### 1.3.2 ARBEIDSPROSESS

Gruppen valgte å dele arbeidet opp etter følgende prosess:

- Kartlegging av aktuelle rutiner, saksstyper og dokumenttyper
- Identifisering og avgrensning av problemområdene
- Utarbeide forslag til dokumentoversikt "hva skal arkiveres hvor"
- Høring – alle HF i HSØ, Helsetilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet
- Godkjenning og ferdigstillelse via HSØ

### 1.3.3 FRAMDRIFTSPLAN

Arbeidsgruppen satte som mål å ha utkast til rapport m/ dokumentoversikt klar til behandling i HSØ innen påske 2009.

Av hensyn til nødvendige diskusjoner i gruppen, innsendt forespørsel til HOD og saksbehandlingstid for denne, og ønsket om å levere et gjennomarbeidet resultat, har vi valgt å bruke lenger tid på arbeidet enn først antatt.

### 1.3.4 INNSPILLSRUNDE

Rapporten m/vedlegg har vært sendt ut på innspillsrunde til alle helseforetak i Helse Sør-Øst samt til Helsetilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet. De to sistnevnte har begge besvart og gir svært positiv tilbakemelding på det arbeidet som er gjort generelt, i tillegg til enkelte forslag til presiseringer på noen av punktene. Av helseforetakene har Ahus, Sykehuset Østfold, Oslo universitetssykehus, Psykiatrien i Vestfold samt Sykehusapotekene gitt tilbakemeldinger, som igjen har ført til enkelte korrigeringer og presiseringer i den endelige versjonen. Alle som har sendt oss innspill har samtidig understreket behovet for denne type oversikter og standardiseringsarbeid. Vi oppfatter det som en støtte til vår henstilling til Helse Sør-Øst om å bidra til å opprette en fagkomite innenfor dette området i arkivfunksjonen.

## 2 BEGREPER, DEFINISJONER OG PRINSIPPER

### 2.1 ARKIV I SYKEHUS

I arkivene samles og ordnes dokumentene slik at de blir tatt vare på og gjort tilgjengelig på kort og lengre sikt (både papirbasert og elektronisk arkiv). I sykehus vil det normalt finnes flere arkivserier for å dokumentere alle delene av virksomheten. I vår sammenheng har vi forholdt oss til:

- **Pasientarkiv** (pasientjournaler)
- **Sakarkiv** (administrative saker)

På Riksarkivets nettsted defineres **arkiv** slik:

- *"Dokumenter som blir til som ledd i en virksomhet, dvs dokumenter som mottas eller produseres av en enkelt arkivskaper og samles som resultat av dennes virksomhet (også kalt enkeltarkiv)"*
- <http://www.arkivverket.no/arkivverket/lover/begreper.html#S>

## 2.2 PASIENTJOURNAL

I en arkivfaglig forståelse er pasientjournaler et typisk eksempel på **objektarkiv** med arkivmapper (journaler) ordnet etter fødselsnummer og navn. Alle dokumenter om en pasient er samlet i en mappe. Dette ordningsprinsippet gjelder for både papirbaserte journalarkiv og elektronisk pasientjournalssystem.

Pasientjournalforskriften (§3) definerer pasientjournal slik:

*”Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp”*

### 2.2.1 PASIENTJOURNALFORSKRIFTEN §8 – KRAV TIL INNHOLD I PASIENTJOURNAL

Journalforskriften § 8 er styrende for hva som skal dokumenteres i pasientjournalene og har vært en viktig ledetråd i avklaringen av ”hva skal hvor”:

#### **§ 8. Krav til journalens innhold**

*Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:*

- a) *Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand og yrke.*
- b) *Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende jf pasientrettighetsloven §1-3 bokstav b og lov om psykisk helsevern §1-3, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes*
- c) *Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten, jf pasientrettighetsloven kapittel 4*
- d) *Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskriving.*
- e) *Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og ved utskriving.*
- f) *Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.*
- g) *Opplysninger som er nevnt i §6 fjerde ledd.*
- h) *Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.*
- i) *Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf pasientrettighetsloven §3-2 . Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.*
- j) *Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp, jf pasientrettighetsloven §4-9. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reserverasjoner, krav eller forutsetninger.*
- k) *Om det er gjort gjeldende rettigheter som innsyn i journal og krav om retting og sletting, utfallet av dette, ved avslag at pasienten er gjort kjent med klageadgangen, og eventuell klage i slik sak.*



- l) *Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultatet fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.*
- m) *Pasientens faste lege. Det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.*
- n) *Individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven §2-5, psykisk helsevernlov §4-1 eller kommunehelsetjenesteloven §6-2a.*
- o) *Sykmeldinger og attester.*
- p) *Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.*
- q) *Om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har samtykkekompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal angis hvilke opplysninger som er gitt.*
- r) *Tvangsinnleggelse, annen bruk av tvang, det faktiske og rettslige grunnlaget for slik tvang og eventuelle kontrollkommisjonsvedtak, jf lov om psykisk helsevern.*
- s) *En faglig begrunnelse i de tilfellene legen har reservert seg mot apotekets generiske bytterett*
- t) *Opplysninger om hvorvidt pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn.*
- u) *Opplysninger om foreldrene som har konsekvens for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand.*

*Arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.*

*Andre opplysninger enn de som er nevnt i første og andre ledd skal tas inn i journalen i den utstrekning de er relevante og nødvendige.*

### **2.3 NORGESJOURNALEN – INNDELINGSSTRUKTUR FOR PASIENTJOURNALER**

Statens Helsetilsyn utga i 1994 "Norgesjournalen" (IK2451) som en veiledende arkivnøkkel for pasientjournaler, et rammeverk for inndeling av journalen i 10 hovedgrupper fra A til J. Norgesjournalen ble tatt i bruk som standard ved mange sykehus, i første rekke for papirjournalene. Det er arbeidsgruppens erfaring at Norgesjournalen også blir benyttet som et av flere strukturprinsipper i elektroniske pasientjournaler.

Det har imidlertid vært knyttet usikkerhet til om Norgesjournalen fortsatt gjelder som Helsetilsynets veiledning på dette området, eller om den skal forstås som "utgått på dato". Helsetilsynet har i stift høringsvar bemerket at

*Norgesjournalen må primært sees på som et historisk dokument. Det foregikk et betydelig standardiseringsarbeid som følge av veilederen, men forholdet sakarkiv/pasientarkiv var ikke tema den gang. Deler av de dokumenter som er beskrevet å høre hjemme i journalens del I og J bør heller arkiveres i sakarkiv, eventuelt med henvisning til dette i pasientjournal, i samsvar med rundskriv fra HOD. Mye av tenkingen fra 1994 er fortsatt aktuell, men egner seg ikke til å trekke opp grenseflatene mellom sakarkiv og pasientarkiv.*

For øvrig opplyses det om at Helsedirektoratet er rette instans i dag.

Arbeidsgruppen vurderer dokumenteksemplene som er nevnt i Norgesjournalens punkt I og J som spesielt relevant for å forstå den uklarhet som senere har oppstått omkring "hva skal arkiveres hvor". Punktene under *Ekstern korrespondanse* og *Attester/meldinger/erklæringer* må, ut fra det Arbeidsgruppen erfarer, forstås ut fra det tidspunktet som veilederen ble gitt ut og som altså var lenge før arkivloven m/forskrifter trådte i kraft. Vi gjengir punkt I og J her;;

### I Ekstern korrespondanse

- Innleggessøknader
- Eksterne henvisninger
- Annenhåndsvurderinger ("second opinion")
- **Diverse brevkopier** (vår utheving)

### J Attester/meldinger/erklæringer

- Offentlige blanketter i forbindelse med fødsel
- Tilpliktige meldinger ved sykdom
- **Melding om uhell/skader/bivirkninger** (vår utheving)
- Meldinger til frivillige registre
- **Pasientsamtykker/erklæringer/krav** (vår utheving)
- **Trygdesaker** (vår utheving)
- Meldinger om dødsfall

Ut fra arbeidsgruppens forståelse av arkivlovens krav til håndtering av saksdokumenter vurderer vi at korrespondansen i tilknytning til flere av ovenstående dokumenttyper vil medføre et krav til å arkivere sakene i et sakarkiv.

## 2.4 SAKARKIV OG POSTJOURNAL

Sakarkiv er den delen av arkivet som består av **saksdokumenter**.

**Offentleglova §4** definerer saksdokument slik:

*"Saksdokument for organet er dokument som er komme inn til eller lagde fram for eit organ, eller som organet sjølv har oppretta, og som gjeld ansvarsområdet eller verksemda til organet. Eit dokument er oppretta når det er sendt ut av organet. Dersom dette ikkje skjer, skal dokumentet reknast som oppretta når det er ferdigstilt. "*

Ifølge **arkivforskriften §2-6** er helseforetakene pliktige til å registrere alle inn- og utgående saksdokumenter i **(post)journal** dersom de er gjenstand for saksbehandling og har verdi som dokumentasjon.

## 2.5 PASIENTBEHANDLING OG/ELLER SAKSBEHANDLING?

Arbeidsgruppen erfarer at helsepersonell, naturlig nok, har sin identitet og rolle knyttet til pasientbehandling, ikke til saksbehandling. Dokumentasjonsplikten i forhold til pasientbehandling har lang tradisjon og er velkjent for helsepersonell. Innføring av Norgesjournalen har også bidratt til at de ulike pasientdokumentene har fått en naturlig og definert plass i journalstrukturen, og mange helsearbeidere er blitt fortrolige med denne inndelingen.

At helsepersonell i noen tilfeller også utfører saksbehandling opplever vi at det vært mindre fokus på. Arkivmedarbeidere erfarer dette spesielt i forhold til arkivering av dokumenter som omhandler pasienter, men som ikke har som formål å dokumentere helsehjelpen. Som nevnt tidligere har det ved mange av sykehusene over lang tid utviklet seg en praksis hvor alle typer dokumenter som kan knyttes til en pasient, automatisk arkiveres i pasientjournalen – uten vurdering av om opplysningene kan relateres til selve helsehjelpen.

Tidligere hadde sykehusene ofte sakarkiv ved sykehusdirektørens kontor hvor den administrative saksbehandling foregikk på vegne av hele sykehuset. Ledere ute i avdelingene forholdt seg i liten grad til den type saksbehandling og arkivering.

Med nye og moderne prinsipper for organisering av sykehus er det innført delegert myndighet utover i linjeorganisasjonen. Henvendelser behandles prinsipielt på lavest mulige nivå i sykehuset. Med denne delegerte myndigheten følger også kravene til dokumentasjon og arkivsystem. Sett i lys av disse endringene og erkjennelsen av at sykehusenes linjeorganisasjon ikke har tradisjoner for håndtering av offentlig saksbehandling, er det forståelig for arbeidsgruppen at det oppstår utilsiktet dokumentpraksis tuftet på gamle rutiner og begrenset kunnskap om saksbehandling og krav til dokumentasjon.

Samtidig har arkivfunksjonen de senere årene vært i utvikling. Mange sykehus har samlet sine arkivtjenester i sentrale arkivenheter med ansvar for både pasientarkiv og sakarkiv. De fleste sykehusene har innført elektronisk sakarkivsystem for håndtering av administrativ dokumentasjon i tillegg til at de i lengre tid har hatt elektroniske pasientjournalssystem. Gjennom denne utviklingen har sykehusene fått samlet og styrket arkivkompetansen i et felles miljø. Det er ofte her behovet for en klar rutine med hensyn til hva skal arkiveres hvor – pasientarkivet eller sakarkiv – oppleves sterkest i det daglige arbeidet.

Sett fra den enkelte (saks)behandlers ståsted ville det (kanskje) være tilstrekkelig å samle alt om en pasient i pasientjournalen. På den andre siden opplever vi stadig frustrasjon fra behandlermiljøene i forhold til elektroniske pasientjournaler som "flommer over" av uviktig dokumentasjon og som blir støy for de viktige opplysningene. Arbeidsgruppen mener at det av hensyn til behovet for en funksjonell elektronisk pasientjournal er gode grunner for å være kritisk til hva som skal inngå i journalene. I et større perspektiv, med fokus på pasient- og brukerbehov, demokratiske samfunnsprinsipper for forutsigbarhet og grundighet i offentlig virksomhet, lov- og myndighetskrav og effektiv oppfølging av korrespondanse, mener vi det faktisk er en rekke gode argumenter for å håndtere visse pasientrelaterte dokumenttyper som saksdokumenter. Slike saksdokumenter vil da nødvendigvis falle inn under rutiner for postjournalføring og arkivering som sak i et sakarkiv.

Arbeidsgruppens gjennomgang av de enkelte dokumentenes arkivplassering har ikke vært enkel. Vi har forsøkt å anvende lovverket sammen med brevet fra HOD og vår egen kunnskap om den praktiske hverdagen i sykehus. Gjennom dette arbeidet har vi utarbeidet en anbefaling som vi mener er arkivfaglig forsvarlig og som vi håper kan bidra til ønsket standardisering i helseforetakene

### 2.5.1 RELEVANTE LOVER OG FORSKRIFTER KNYTTET TIL TEMAET "HVA SKAL HVOR"

- Lov om Arkiv (arkivloven)- 1992-12-04-126
- Forskrift om offentlige arkiv (arkivforskriften) - 1998.12.11 nr 1193
- Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)- 2006-05-19-16
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) - 1999-07-02-64
- Forskrift om pasientjournal (journalforskriften) - 2000-12-21-1385

De nevnte lover og forskrifter har vært sentrale i de prinsipielle diskusjonene som har vært ført i arbeidsgruppen. Vi har hatt som mål å utarbeide en veileder med hovedregler, og presiserer at dokumentoversikten ikke skal forstås som en endelig fasit for alle dokumenttypene som er nevnt. Det vil alltid være behov for å vurdere de enkelte dokumentene i forhold til den kontekst de er en del av. Vi ønsker også å understreke at det er helsepersonell som yter helsehjelp som skal vurdere om opplysningene skal noteres i journal. Utgangspunktet for vurderingen er om opplysningene er relevante og nødvendige iht formålet med journalen. Journalen er først og fremst et redskap for å sikre at pasienten får forsvarlig helsehjelp. I tillegg til dette vil journalen blant annet være av stor bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker og ersatningssaker (jfr Helsedirektoratets høringssvar på denne rapporten).

### 3 ARBEIDSGRUPPENS KOMMENTARER TIL UTVALGTE DOKUMENTER

De enkelte dokumentene som er drøftet i arbeidsgruppen er i hovedsak blitt vurdert i forhold til:

**Arkivforskriftens §2-6** (om saksdokumenter) og

**Pasientjournalforskriftens §8** (om krav til innhold i pasientjournal)

Gjennomgående spørsmål har vært:

**Er dette dokumentet et saksdokument?**

**Fører dokumentet til saksbehandling?**

**Har dokumentet verdi som dokumentasjon?**

**Hører dokumentet hjemme i pasientjournalen?**

Nedenfor følger kommentarer til et utvalg av de enkeltdokumenter som har vært diskutert i arbeidsgruppen.

De samme dokumentene inngår i den elektroniske dokumentoversikten hvor alle dokumenter er definert i forhold til valg av arkivplassering, og hjemmel for valg av plassering.

#### 3.1 AVVIKSMELDINGER – PASIENTRELATERT

De fleste sykehusene benytter i dag et elektronisk avvikssystem for registrering av uønskede hendelser.

Dersom hendelsen er av en viss karakter skal det meldes videre til Helsetilsynet i fylket:

Jfr Lov om spesialisthelsetjenesten

### § 3-3. Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket

*"Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade"*

Meldeskjema (IK2448) i forbindelse med meldepliktige hendelser, og tilhørende korrespondanse, skal *alltid* registreres som sak i sakarkivet.

Det har vært tvil om selve meldeskjemaet også skal arkiveres i pasientens journal.

Dette spørsmålet har imidlertid vært behandlet av Helsetilsynet tidligere og vi refererer fra **e-post datert 31.juli 2008 fra Åshild Øverland, rådgiver i Helsetilsynet**, til Elisabeth Arntsen i Helse Sør-Øst RHF:

*"Vi oppfatter at dere legger til grunn at IK2448 fortsatt skal inn i saksarkiv og på postjournal, og at spørsmålet til oss dreier seg om pasientjournalen.*

*Vi vil derfor i fortsettelsen gi vår vurdering av spørsmålet om IK2448 skal arkiveres i pasientjournal.*

*I vår vurdering tar vi utgangspunkt i reglene for pasientjournal og helsepersonellov.*

*Hendelser som får konsekvenser og medfører komplikasjoner for pasient slik at korrigerende behandlingstiltak som for eksempel medisinerer, operasjon og opptrening iverksettes, skal journalføres. Dette er relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Videre skal pasienten informeres om påført skade, virkninger eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med helsehjelp. Dokumentasjon i journal er et viktig virkemiddel for å oppfylle denne opplysningsplikten, og av helsepersonelloven § 40 fremgår det at opplysninger som er nødvendige for å oppfylle "opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov" skal journalføres.*

*På denne bakgrunn har vi på spørsmål fra St. Olav Hospital tidligere gitt uttrykk for at vår vurdering er at kopi av meldeskjema skal legges i journal der det er hensiktsmessig, ettersom det er plikt til å journalføre nesten alle opplysningene som skal meldes på IK2448.*

*Vi vil imidlertid presisere at det viktigste er at hendelsen og konsekvensene blir journalført, slik at journalen inneholder utfyllende opplysninger om hendelsen og helsehjelpen, og at pasienten er gitt informasjon om den gitte behandling og hvilke behandlingstiltak som er iverksatt som følge av hendelsen.*

**Ved meldeplikt er det etter vår vurdering tilstrekkelig at saksnummer til sak/ hendelse i avvikssystemet skrives inn i pasientjournalen, slik at saken kan spores fra journal"** (vår utheving).

Utfra ovenstående vil arbeidsgruppen anbefale at meldeskjemaet kun arkiveres i sakarkiv (i tillegg til avvikssystemet), under forutsetning av at det i EPJ-systemet innføres gode rutiner for å referere til saken i sakarkivet.

Elektronisk oversendelse av meldeskjemaer, via Altinn, er under utprøving blant annet ved Sykehuset Østfold. Ved oversendelse av saken får den et referansenummer i Altinn, i tillegg til nummer i det interne avvikssystemet. Disse nummerene vil det være hensiktsmessig å benytte som del av sakstittel i Sakarkiv.

Helsetilsynet bemerker at pasientnavn ikke bør framkomme på selve meldeskjemaet, da opplysningene kun benyttes til statistisk bruk.

#### Melding om avvik fra eksterne parter

Eksternt meldte avvik, fra for eksempel kommunehelsetjenesten, skal postjournalføres i sakarkiv. Dersom sykehuset har et internt avvikssystem vil det som en del av den interne oppfølgingen være naturlig å registrere hendelsen også i dette systemet, men som dokumentasjon hører korrespondansen til i sakarkivet.

### 3.2 BARNEVERNSSAKER

Barnevernet anmoder i visse tilfeller sykehusene om helseopplysninger vedrørende barns foresatte/omsorgspersoner. Slik korrespondanse, samt uoppfordrede bekymringsmeldinger til barnevernet fra sykehuset, skal arkiveres som sak i saksarkivet.

Det skal imidlertid alltid framkomme av pasientjournalen om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjeneste, sosialtjeneste mv., jfr journalforskriftens §8 p.

Dersom den journalansvarlige anser opplysningene i saken for å være relevante og nødvendige for behandlingen av pasienten skal disse også dokumenteres i pasientjournalen, og da fortrinnsvis i form av et journalnotat.

### 3.3 BEHANDLINGSHJELPEMIDLER (MEDISINSK TEKNISK)

Søknad og vedtak om behandlingshjelpemidler er direkte knyttet til helsehjelpen og skal arkiveres i pasientjournal for sykehusets pasienter. Behandlingshjelpemiddel-tjenesten vil i tillegg normalt benytte et eget fagsystem både for forvaltningen av hjelpemidlene og den medisinsk-tekniske oppfølgingen av utstyret.

### 3.4 ERSTATNINGSSAKER DER FORETAKET ER PART

Dette gjelder blant annet saker for NPE og pasientskadenemnda.

Innenfor dette området har Helse- og omsorgsdepartementet i sine brev vært tydelig på at saker som ikke direkte er knyttet til den helsehjelpen som gis eller skal gis, skal arkiveres i sakarkivet. Det må nødvendigvis bety at inn- og utgående brev i erstatningssaker, inkl alle vedlegg, kun skal arkiveres i sakarkivet.

Arbeidsgruppen har diskutert spørsmålet om behandlingsstedets *uttalelse* kun skal i sakarkiv eller om journalforskriftens § 8p (uttalelser om pasienten) tilsier at selve uttalelsen også må lagres i pasientjournalen. Arbeidsgruppens konklusjon er at det vil være korrekt å arkivere selve uttalelsen om pasienten i pasientjournalen, med referanse til sak i sakarkivet

Korrespondanse som omhandler vedtak, klage på vedtak og økonomisk oppgjør er kun saksarkiv.

### 3.5 HELSETILSYNET OG ANDRE EKSTERNE INSTANSER

Medisinske uttalelser om den enkelte pasient som oversendes til andre instanser sin saksbehandling, som f.eks til Helsetilsynet, skal i hht journalforskriftens §8p arkiveres i pasientjournalen. Den administrative korrespondanse arkiveres som sak i sakarkiv.

### 3.6 HELSE- OG TRYGDESAKER (NAV)

Eksempler på dokumenter:

- Spørsmål om sykmelding og sykmelding 2
- Bekreftelse på opphold
- Krav om pleiepengar ved barns sykdom
- Svar på melding om yrkesskade
- Korrespondanse iht garanti og regning for opphold i opptreningsinstitusjon
- Søknad om rehabiliteringspengar
- Søknad om grunnstønad
- Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom
- Dekning av utgifter til viktige legemidler som ikke omfattes av blåresept forskrifter
- Dekning av utgifter til opioider etter blåreseptforskriften
- Dekning av merutgifter til hjemtransport
- Hjelpemidler, tolkehjelp, lese- og sekretærhjelp og funksjonsassistent

Denne type korrespondanse som skjer med folketrygden og NAV vil normalt kunne knyttes til helsehjelpen som gis eller skal gis, og hører naturlig hjemme i pasientjournalen, jfr journalforskriften §8 f

### 3.7 JOURNALKOPI, UTLEVERING

Hvorvidt forespørsler om kopi av journal skal (må) forstås som saksdokument eller ikke, har vært et av de mest sentrale temaene som arbeidsgruppen har diskutert.

Vi har stilt oss selv spørsmål om vurdering av utlevering av journal faktisk er saksbehandling. Vi har diskutert de ulike rutinene som eksisterer ved foretakene. Volumet av denne type henvendelser har for noen vært et argument for å ha forenklede rutiner mht registrering og arkivering. For andre har det kanskje nettopp vært volumet som tilsier at sykehusene bør bli mer profesjonelle i sporing og dokumentasjon av disse henvendelsene som i stadig økende grad kommer inn til foretakene.

Som en del av diskusjonen ble det også reist spørsmål om det kan være grunnlag for å differensiere mellom forespørsler fra pasienten selv/de som opptre på vegne av pasient (og som har en rettighet til opplysningene) og forespørsler fra øvrige aktører (forsikringsselskap, advokater etc.)

Det ble også pekt på at den langsiktige konsekvensen av å skanne inn alle forespørsler til pasientjournalene vil kunne medføre en betydelig mengde med støy-dokumenter, som forstyrrer for de virkelige viktige dokumentene.

Arbeidsgruppen ønsket hjelp for å avklare de juridiske forholdene på dette området. Juridisk rådgiver i HSØ, Berit Herlofsen, bidro i diskusjonen og formulerte et brev til HOD med spørsmål om vurdering av pasienters forespørsler om kopi av egen journal. Resultatet av HOD's behandling fremkommer i svarbrev av 17.8.09 (vedlegg). Her presiseres det at det for begjæringer om innsyn i egen pasientjournal er det vanskelig å unngå registrering i både pasientjournalen og i saksarkivet. Korrespondansen skal arkiveres i sakarkiv, mens det i pasientjournalen skal framkomme at innsyn er begjært, om det er gitt innsyn og om begjæringen er helt/delvis avslått. Unntak gjelder kun for forespørsler fra helsepersonell og andre helseinstitusjoner som etter journalforskriftens § 8L skal fremgå i pasientjournalen.

Etter denne avklaringen anbefaler arbeidsgruppen at foretakene legger til rette for effektive og gode rutiner for postjournalføring av alle henvendelser om kopi av journal og at korrespondansen arkiveres i sakarkiv. Samtidig må det etableres rutiner for å notere de nødvendige opplysningene i pasientjournalen.

### 3.8 INNSYNSLOGG JOURNAL

Arbeidsgruppen vurderer forespørsler om innsynslogg i elektronisk pasientjournal på linje med spørsmål om kopi av journal. Både forespørselen og svarbrev, med kopi av loggen, skal arkiveres i sakarkiv, mens det i pasientjournalen skal framkomme opplysninger om at det er bedt om innsyn i logg.

### 3.9 JOURNALKOPI, AVSLAG

Avslag om kopi av journal (evt logg) skal registreres og arkiveres i sakarkivet. Det skal alltid fremgå av pasientjournalen at det er gitt avslag på forespørsel om journalkopi (evt logg).

### 3.10 KLAGESAKER FRA PASIENTER

En klage fra pasient vil føre til administrativ saksbehandling og skal alltid postjournalføres og arkiveres som sak i sakarkiv. Dersom deler av innholdet i klagen er relevant som dokumentasjon i forhold til den videre helsehjelp som gis eller skal gis, anbefaler arbeidsgruppen at det lages et journalnotat med de aktuelle opplysningene, og at det evt refereres til saksnummer i sakarkivet. Selve klagedokumentene hører ikke hjemme i pasientjournal.

Klage på avslag om journalinnsyn og spørsmål om retting/sletting/sperring i journal skal også arkiveres som sak i sakarkiv, men det skal framgå av pasientjournalen at det er mottatt en slik klage.

### 3.11 KONTROLLKOMMISJONEN

Dokumentasjonen til/fra kontrollkommisjonen arkiveres i pasientjournalen, med bakgrunn i at dette vil være dokumentasjon som er relevant i forhold til pasientbehandlingen. Dette gjelder også klage på vedtak om tvang.

Unntaket er generelle klager som er rettet mot personell, husordensregler samt all dokumentasjon av administrativ art som tilsyn. Møteinnkallinger, referater etc som ikke går på enkeltpersoner arkiveres i sakarkivet.

### 3.12 SPESIALISTERKLÆRINGER/SAKKYNDIGE UTTALELSER



Inn- og utgående korrespondanse vedrørende forespørsler om oppdrag i forbindelse med spesialistuttalelser evt. sakkyndig oppdrag skal postjournalføres og arkiveres som sak i sakarkiv. Selve uttalelsen skal i pasientjournal så fremt ikke legen utfører oppdraget som selvstendig næringsdrivende. Hvis pasienten ikke er pasient ved det sykehuset legen som påtar seg oppdraget arbeider, opprettes det en journal på denne pasienten for denne uttalelsen jfr. Pasientjournalforskriften §8 .

Spesialisterklæringer fra andre sykehus/leger i forbindelse med klagesaker arkiveres på saken og ikke i pasientjournal.

### 3.13 LEGEERKLÆRINGER/LEGEATTEST/FAGLIG VURDERING

Inn- og utgående korrespondanse i forbindelse med forespørsler om legeuttalelse, skal postjournalføres og arkiveres som sak i sakarkiv. Selve uttalelsen skal arkiveres i pasientjournal (jfr. pasientjournalforskriften §8p), med referanse til saksnummer i sakarkiv.

### 3.14 PASIENTRETTIGHETER - FRISTBRUDD

Dersom en rettighetspasient ikke har fått tilbud om behandling innen den frist som er satt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold ved et annet sykehus i Norge eller eventuelt i utlandet. Det er Helfo som har ansvaret for å finne et behandlingssted hvis fristen ikke blir holdt. Denne typen korrespondanse arkiveres i sakarkiv, det bør imidlertid fremgå av pasientjournalen at pasienten har henvendt seg til Helfo, samt hvor pasienten har fått behandling.

### 3.15 RETTING/SLETNING/SPERRING

Brev fra pasient, dens verge/advokat eller Helsetilsynet som omhandler retting/sletting/sperring i journalen skal journalføres i saksarkivet. Vurderingen skal foretas av journalansvarlig lege og selve rettingen/slettingen/sperringen skal begrunnes og nedtegnes i pasientjournalen.

### 3.16 STRAFFERETTSLIGE FORHOLD

Anmeldelser og annen dokumentasjon i forbindelse straffbare forhold som gjelder våre pasienter arkiveres som sak i sakarkiv.

Dersom dokumentene inneholder relevante opplysninger i forhold til den helsehjelpen som gis eller skal gis, bør opplysningene dokumenteres i pasientjournalen i form av et journalnotat, med evt referanse til saksnummer i sakarkiv..

I tilfeller hvor det dømmes til overføring til psykiatrisk behandling vil det være nødvendig å arkivere relevant dokumentasjon i pasientjournalen, da det vil ha betydning for den helsehjelpen som skal gis, ref. journalforskriften §8 I. Når det gjelder øvrige dommer som mottas må den enkelte lege/behandler vurdere om dokumentet inneholder opplysninger som er relevante for helsehjelpen og eventuelt overføre dem til pasientjournalen i form av et journalnotat, dvs at dommer ikke skannes inn i sin helhet.

### 3.17 ØKONOMISKE FORESPØRSLER

Dette er hovedsakelig dokumentasjon som skal i sakarkiv eller andre fagsystemer. Når det gjelder fritak for egenandeler så skal dette i tillegg registreres i pasientjournalen.

## **4 ERFARINGER OG BESTE PRAKSIS - AHUS**

Akershus Universitetssykehus HF (Ahus) utarbeidet våren 2007 en veiledning for registrering av dokumenter knyttet til sakarkiv versus pasientarkiv. Veiledningen var ment å gi en oversikt over prinsipper og føringer for hva som skal ligge i foretakets sakarkivsystem og hva som skal ligge i PAS/EPJ. Arbeidet ble initiert av dokumentasjonssenteret, og ble sendt på høring i organisasjonen før godkjenning.

Ahus opplever at veiledningen har vært nyttig i den praktiske hverdagen med tanke på valg av arkivplassering for de ulike dokumentene. Veiledningen har styrket arkivfunksjonens legitimitet ut i organisasjonen, selv om det fortsatt oppleves en del uenighet fra helsepersonell i forhold til forståelsen av hvorfor enkelte pasientdokumenter ikke nødvendigvis skal arkiveres i pasientjournalen

Ahus er det foretaket som har kommet lengst i arbeidet for å rydde opp i "hva skal arkiveres hvor", og det har derfor vært naturlig for arbeidsgruppen å ta utgangspunkt i veiledningen fra Ahus.

## **5 VIDERE OPPFØLGING - ANBEFALING**

Arbeidsgruppen er kjent med at det vil finnes flere dokumenttyper enn det som nå er tatt inn i dokumentoversikten og som det er behov for å få en felles regional avklaring på mht "hva skal hvor". Forhåpentligvis inneholder oversikten likevel de viktigste og typiske dokumentene slik at den kan fungere som en god start for utvikling av en felles arkivfaglig rutine på tvers i Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidsgruppen har erfart diskusjonene i møtene som svært nyttige og lærerike. Deltakerne har opplevd å få en større bevissthet og klarere forståelse av prinsippene for vurdering av de ulike dokumenttypene – selv om konklusjonene ikke alltid har vært like åpenbare underveis. Vi tror det vil være behov for videre diskusjoner og prøving av enkeltdokumenter opp i mot de grunnleggende prinsippene og foreslår at det legges til rette for å etablere en faggruppe med dette som tema.

### **5.1 OPPRETTELSE AV REGIONAL FAGKOMITE**

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Sør-Øst RHF, via det regionale Arkivledernetverket, nedsetter en fast faglig komite som får i oppgave å bidra til avklaring av nye aktuelle dokumenter som meldes inn fra de enkelte helseforetakene. Vi tror at en fagkomite vil kunne bidra på en positiv måte til at kompetansen på dette området innenfor arkivfaget i helsesektoren opprettholdes og videreutvikles.

## **6 VEDLEGG**

### **6.1 DOKUMENTOVERSIKTEN – "HVA SKAL ARKIVERES HVOR – PASIENTARKIV VERSUS SAKARKIV" – ELEKTRONISK VEDLEGG**

### **6.2 SVARBREV FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTMENTET DATERT 17.08.2009**

### **6.3 ORIENTERINGSBREV FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET DATERT 15.01.2007**

## 7 REVISJON FEBRUAR 2018

### 7.1 ARBEIDSGRUPPEN

I august 2015 tok Helse Sør-Øst v/Line Yvonne Tønder initiativ til å opprette følgende arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å revidere dokumentoversikten "Hva skal hvor":

Helse Sør-Øst RHF	Line Yvonne Tønder
Sørlandet sykehus	Astrid Lillemoen
Oslo universitetssykehus	Mona Furseth
Sykehuset Innlandet	Liv Kristin Gjeilo, journalarkivet/DIPS Vibeke Ødegårdstuen, saksarkivet/Public 360
Vestre Viken	Marit Jenny Steen
Sunnaas sykehus	Cathrine Østensvig Dale
Akershus universitetssykehus	Ruth Ann Gullbekk
Sykehuset Østfold	Ann Elisabeth Rønneberg, avd.sjef dokumentasjonssenteret, leder Heidi Olsen Berit Olrun Andresen, sekretær Jostein Vist, foretaksjurist Jan Henrik Lund, overlege, medisinsk faglig rådgiver dokumentasjon Christer Isberg Eng, seksjonsleder saksarkivet

### 7.2 MØTER OG HØRINGSRUNDE

Representantene ble via e-post den 11.02.2016 oppfordret til å identifisere spørsmål i eget helseforetak som trengte avklaring med tanke på revisjon av dokumentoversikten. Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus og Sykehuset Østfold kom med skriftlige innspill til revisjonen.

Den 05.12.2016 ble det avholdt møte på Grev Wedels plass med gjennomgang av tilbakemeldingene og videre. Innspillene med forslag til revidert dokumentoversikt ble samlet og ført inn i utkast til revidert dokumentoversikt "Hva skal hvor".

Den 11.05.2017 ble forslaget behandlet i helseerettsnettverket i Helse Sør-Øst. Det kom ingen ytterligere innspill under dette møtet.

Den 07.07.2017 ble forslaget til revidert dokumentoversikt sendt ut til representantene i arbeidsgruppen hvor det ble gitt anledning til innspill. Svarfrist ble satt til 1. september 2017, men fristen ble noe utvidet. Representantene fra Sykehuset Innlandet somatikk og psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus og Vestre Viken hadde i denne høringsrunden gått ut i sin organisasjon og gjort en grundig høringsrunde som, sammen med innspillene fra Sykehuset Østfold, resulterte i totalt ca. 70 innspill og kommentarer til høringsutkastet versjon 2.5.

Arbeidsgruppens leder Ann Elisabeth Rønneberg gikk igjennom alle høringsssvarene med overlege og medisinsk faglig rådgiver Jan Henrik Lund og foretaksjurist Jostein Vist ultimo november 2017.

Den 02.02.2018 holdt arbeidsgruppen sitt avsluttende møte på Grev Wedels plass. Hele dokumentoversikten ble gjennomgått i plenum, og det ble gjort ytterligere endringer under møtet.

### 7.3 FORSLAG TIL REVIDERT VERSJON 2.6

Arbeidsgruppen anbefaler at dokumentoversikten revideres hvert annet år. Arbeidsgruppens forslag til revidert dokumentoversikt "Hva skal arkiveres hvor – pasientarkiv versus saksarkiv" versjon 2.6 ble 16.02.2018 oversendt elektronisk til Helse Sør-Øst v/Line Yvonne Tønder.