



# Samnange kommune

## Arkivrutinar for Infodoc

---

### Innhald

Innleiing.....	1
<b>Mottak/innkommande post.....</b>	<b>2</b>
<b>Opning og sortering .....</b>	<b>2</b>
<b>Skanning.....</b>	<b>3</b>
<b>Registrering og distribusjon .....</b>	<b>3</b>
<b>Utgående og interne dokument.....</b>	<b>3</b>
<b>Kvalitetssikring.....</b>	<b>3</b>
<b>Offentlegheitsvurdering og sikkerhet.....</b>	<b>4</b>
<b>Systemadministrasjon .....</b>	<b>4</b>
<b>Offentlegheit og innsyn .....</b>	<b>4</b>

## Innleiing

Samnanger helsetun; lege, helsesjukepleiar og psykolog brukar fagsystemet Infodoc som tilfredstille dei lovmessige kravena til behandling av person- og helseopplysningar. Infodoc er ikkje Noark 5 godkjendt, så det er eit papirarkiv.

Viser også til riksarkivarens forskrift angående bevaring og kassasjon:

§ 7-29.Helse og omsorg

### (1) *Innledende bestemmelser*

- a) Sakstypene som er angitt i denne paragraf skal bevares for ettertiden, og ikke gjøres til gjenstand
- b) Spesielt om pasient- og journalopplysninger

Med pasient- og journalopplysninger i denne paragraf menes all individbasert dokumentasjon som skapes av kommunale og fylkeskommunale tjenester som yter helsehjelp, og som reguleres av bestemmelsene her.

Pasient- og journalopplysninger som ikke skal bevares i henhold til nr. 2 bokstav h og nr. 5 bokstav d, kan tidligst kasseres 20 år etter pasientens død.

Hvis dødsår er ukjent, og det er uforholdsmessig krevende å fastslå dette, kan pasient- og journalopplysningene tidligst kasseres 120 år etter fødsel. Det skal da ikke være gjort innførsler i journalen de siste 10 år.

Hvis også fødselsåret er ukjent, kan kassasjon først skje hvis det ikke er innføringer i journal de siste 60 år, eller når særlige forhold tilsier svært høy sannsynlighet for at pasienten har vært død i minst 20 år.

Hvis større serier med pasient- og journalopplysninger er ordnet etter fødselsår, kan kassasjonsfristen på tidligst 120 år etter fødsel benyttes.

## Mottak/innkommande post

Inngående post til infodoc kjem for det meste digitalt gjennom Norsk helsenett. Vi mottar fortsatt noko post på papir som vert scanna om det er pasient relatert. Er det post som ikkje gjeld passient så vert dette vurdert ført i sak- og arkivsystemet til kommunen(Websak)

## Opning og sortering

Post kjem annakvar dag. Noko post er registrert på på hovudadressa og kjem på kommunehuset og vert viderefordelt, og noko kjem direkte til helsetunet. Posten opnas av helsesekretær, som sorterar til de ulike legane. Post angående personar som ikkje er pasienter ved vårt legesenter, returneras til avsendar.

## Skanning

Lege les posten og vurderar om innkomme dokument skal skannas inn i pasientjournalen. Dokument som er lest signeres av lege og merkes «skannas». Post som allerede ligg i journalsystemet skal ikkje skannas.

## Registrering og distribusjon

Når dokumenta er scanna inn i pasientjournalen, sendes de som «usignert» til den aktuelle fastlegen slik at dokumenta dukkar opp på legens arbeidsliste.

Dersom systemet er ute av drift, blir dokumentene liggende i posthulle merket «til skanning» fram til systemet er i drift igjen.

## Utgående og interne dokument

Det er legen med behandlingsansvar som er ansvarleg for utgående og interne dokument i Infodoc. Utgåande dokument sendas enten via norsk helsenett (gjeld henvisningar og rekvisisjonar) eller via digital dialog (gjeld elektronisk kommunikasjon med pasienter). Sjukemeldingar og legeerklæringar sendes via NAV sitt elektroniske system. Reseptar sendes elektronisk til reseptformidlaren.

Dokument som sendes elektronisk signeres når dei sendes ut. Sjukemeldingar, legeerklæringar og reseptar signeres av lege.

Når dokumenta er ferdigstilt, signeres det av behandlingsansvarleg lege.

## Arkiv og arkivering

Dokument vert lagra i Infodoc og oppbevarast på papir.

Me har eit papirarkiv med pasientjournalar kor me arkiverar journalar som me får tilsendt i papirformat fra andre legesentre (gjeld pasientar som har bytta fastlege).

Den som mottar ein sånn pasientjournal på papir, opprettar pasienten i Infodoc og lagar eit journalnotat som beskriv plasseringen av journalen. Sjølve papirarkivet er plassert i låsbare arkiv på helsetunet.

Papirarkiv på pasientar som er døde, arkiverast i kommunen sitt morsarkiv i låsbare arkiv på helsetunet. Rutinar for avlevering og langtidsbevaring av pasientjournalar er under utarbeidelse.

## Kvalitetssikring

Leiande helsesekretær har ansvaret for rutinane omkring postmottak, skanning og registrering. Den enkelte lege er ansvarleg for å lesa og signera dokumenta og for at journalforskriften vert fulgt i behandlingen av utgående og interne dokument.

## Offentlegheitsvurdering og sikkerhet

Pasientjournaler er taushetsbelagte og kan som grunnregel aldri bli offentleggjorte. I tilfeller kor da føreligg samtykkje fra pasienten kan spesifiserte opplysningar sendas til forsikringsselskap, advokat, eller politi. Ved lovheimel kan også opplysningar frå pasientjournal sendas til barnevernet.

## Systemadministrasjon

Leiande helsesekretær, einingsleiar og evt sekretær har administratortilgang og kan gje ansatte tilgang til journalsystemet. Da er bare ansatte og vikarar som skal ha tilgang. Når ein ansatt slutta, skal dei settas som inaktive i journalsystemet.

## Offentleghet og innsyn

Systemet har ikkje postlista, og det kan ikkje settas opp på førespørsel. Kvar enkelt pasient kan få innsyn i kva som har kome inn og ut av kommunikasjon i eigen pasientjournal.

Pasientar som har rett til innsyn i eigen pasientjournal, kan det ved forespørsel lagast ein utskrift av journal som pasienten sjølv eller person med fullmakt kan henta.