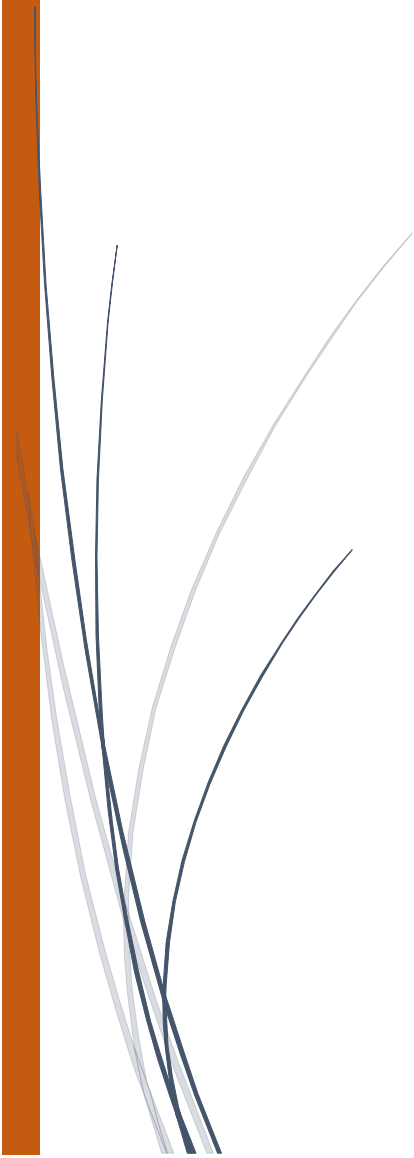




Pasient- og journalopplysninger fra kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester

Kartlegging



ARKIVVERKET 2018

Innhold

INNLEDNING	2
Omfang og metode	2
Lovpålagte oppgaver innen helse og omsorg	3
Fremtiden: nye kompetansekrav og mer robuste kommuner	5
Særlig om bruk av tvang	6
Arkivdanningen- kjennetegn og utfordringer	6
TJENESTER	10
Jordmødre og fødestuer	10
Helsestasjoner og jordmortjeneste.....	11
Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom	13
Allmennmedisinske tjenester	14
Fengselshelsetjeneste.....	15
Legevakt og legevaktsentral	16
Kommunalt akutt døgnopphold (KAD).....	19
Tannhelsetjenesten	20
Frisklivssentraler	23
Rusomsorg og psykisk helsearbeid	24
Pleie- og omsorgstjenester.....	31
Krisesentre.....	36
Bestillerenheter.....	36
Kommuneleger	37
Ulike profesjoner	37
Helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente	38
Vedlegg 1: Gjeldende lover - kommunenes oppgaver innenfor helse- og omsorgssektoren	39

INNLEDNING

Denne kartleggingsrapporten er ledd i Arkivverkets revisjon av § 7-29 i Riksarkivarens forskrift, som gjelder bevaringsbestemmelser for pasient- og journalopplysninger i kommunale og fylkeskommunale helse- og omorgstjenester skapt etter 1950. Pasient- og journalopplysninger er «*dokumentasjon som er skapt om enkeltindivider av kommunale og fylkeskommunale tjenester som yter helsehjelp og som reguleres av bestemmelsene her*», jfr. forskriftens § 7-29 nr. 1 bokstav b). Dette omfatter dokumentasjon fra all saksbehandling knyttet til den enkelte tjenestemottaker, samt alle administrative og behandlingsrettede registre og informasjons-systemer. I dag er det bevaringspåbud for alle slike opplysninger inntil de nye bestemmelsene foreligger.

Omfang og metode

Informasjon om registrering og forvaltning av pasient- og journalopplysninger er innhentet via møter med tjenestesteder og overordnede etater, samt oversendelse av skriftlig materiale i form av arkivplaner, kartlegginger, dokumentasjonsrutiner etc. I tillegg har prosjektet brukt relevante rapporter, veiledninger, arkivplaner fra forskjellige kommuner, kartlegginger på området utført av andre aktører, samt faglitteratur. I den grad omfang av arkivmateriale er oppgitt av tjenestestedene, er dette nevnt i denne rapporten. For ytterligere beregninger av omfang, viser vi til den samfunnsøkonomiske analysen.

Prosjektet har gjennomført kartleggingsmøter hos følgende kommuner/bydeler og enheter:

Oslo kommune, Helseetaten
Oslo kommune, Velferdsetaten
Oslo kommune, Sykehjemsetaten
Oslo kommune, bydel Gamle Oslo
Oslo kommune, bydel Sagene
Oslo kommune, bydel Frogner
Skedsmo kommune
Bærum kommune
Rana kommune
Fræna kommune
Vestfold fylkeskommune
Østfold fylkeskommune

I forbindelse med kartlegging av arkiv har prosjektet også vært i dialog og møter med:

Oslo byarkiv

IKA Kongsberg
IKA Opplandene
Trondheim byarkiv
Opplandsarkivet

Eksterne kartlegginger

Både Oslo kommune og Trondheim kommune har i perioden 2017-2018 gjennomført omfattende kartlegginger av dokumentasjonsprosessene i kommunene, med tilhørende bevarings- og kassasjonsvurderinger av opplysninger med utgangspunkt i eksisterende forskriftregler. Prosjektet har mottatt dokumentasjonen fra disse kartleggingene på helse- og omsorgsområdet, og dette vil inngå som en viktig del av beslutningsgrunnlaget for vurderingene i vårt prosjekt.

Tidligere interne kartlegginger

Arkivverket har tidligere kartlagt helse- og omsorgsfeltet i forbindelse med OFFSEK-prosjektet i perioden 2010-2013. Kartleggingene fra den gang har inngått som del av bakgrunnsdokumentasjonen for denne forskriftrevisjonen.

Lovpålagte oppgaver innen helse og omsorg

Helselovgivningen i kommunene 1950-2011

I 1950 fantes det en rekke lover som regulerte helsesektoren i kommunene. Vi hadde bl.a. særlover for jordmødre og leger (ordningen med distriktsleger). På 1950-tallet fikk vi bl.a. to lover om helsearbeid i skolene og om helsesøstertjeneste. Når det gjaldt det forebyggende helsearbeidet, hadde vi 1950 Sunnhetsloven av 1860. I medhold av denne loven hadde man opprettet helserådene i kommunene.

Ved kommunehelsetjenesteloven 1982 ble ansvarsforholdene klargjort ved at kommunen fikk plikt til å sørge for helsetjeneste for alle som bodde eller oppholdt seg i kommunen (§ 1-1), enhver hadde rett til nødvendig helsehjelp (§ 2-1) og at kommunene sto fritt til å organisere helsetjenesten som de selv fant best (§ 3-1). Samtidig ble en lang rekke særlover opphevet.

I 1988 kom en del endringer i Kommunehelsetjenesteloven. Regler om miljørettet helsevern erstattet helserådtjenesten og opphevet deler av sunnhetsloven. I 1988 ble dessuten Helse- og sosialstyret et lovpålagt kommunalt organ. Helse- og sosialstyret skulle velges av kommunestyret og ha oppgaver innen blant annet edruskapsvern, barnevern, sosial omsorg, miljørettet helsevern og smittevern.

Sosialomsorg i kommunene 1950-2011

I 1950 var den sentrale gjeldende sosialloven Forsorgsloven fra 1900 (opprinnelig kalt Fattigloven). Forsorgsloven ble erstattet av Sosialloven fra 1964. Denne loven etablerte sosialstyret som et sosialt fellesorgan i kommunen. Sosialloven av 1964 ble erstattet av Sosialtjenesteloven 1991. I forarbeidene til loven (Ot.prp. nr 29 (1990-1991) side 5) ble det bl.a. uttalt at loven legger opp til «*bedre samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dette forslaget til ny sosiallov må sees som et første skritt mot framtidig felles lov.*»

Samhandlingsreformen og de någjeldende lovbestemmelsene

Kommunehelsetjenesteloven 1982 og Sosialtjenesteloven 1991 er i dag erstattet av Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). I tillegg har vi bl.a. Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) når det gjelder forebyggende arbeid. De nevnte lovene bygger på St. meld nr. 47 (2008-2009) «*Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*», som legger til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Dette innebærer en endring av kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken ved at det må være et større fokus på forebygging og tidlig innsats.

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenestene fremgår av helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3. I § 3-1 pålegges kommunene å «sørge for» at de som oppholder seg i kommunen skal tilbys «nødvendige helse- og omsorgstjenester».

I § 3-2 første ledd nevnes noen av tjenestene som en kommune må ha for å oppfylle vilkårene i § 3-1:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1.Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a) helsetjeneste i skoler og

b) helsestasjonstjeneste

2.Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

3.Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a) legevakt,

b) heldøgns medisinsk akuttberedskap og

c) medisinsk nødmeldetjeneste, og

d) psykososial beredskap og oppfølging.

4.Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

5.Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a) helsetjenester i hjemmet,
- b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- c) plass i institusjon, herunder sykehjem.

I de påfølgende paragrafene nevnes ytterligere noen tilbud/tjenester som kommunene må ha. Dette gjelder tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (§ 3-2a), helsefremmende og forebyggende arbeid (§ 3-3), forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep (§ 3-3a), ansvar for øyeblikkelig hjelp (§ 3-5), ansvar for pårørende, bl.a. avlastningstiltak og omsorgslønn (§ 3-6), skaffe boliger for vanskeligstilte (§ 3-7), tilbud om brukerstyrt personlig assistanse (§ 3-8), helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen (§ 3-9) og helse- og omsorgstjenester for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven (§ 3-9a).

Fremtiden: nye kompetansekrav og mer robuste kommuner

Som resultat av behandlingen av Prop. 71 L (2016–2017) «*Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*» ble det vedtatt en rekke lovendringer. Noen endringer trådte i kraft 1. januar 2018. De øvrige endringene vil tre i kraft den 1. januar 2020 i forbindelse med ikrafttreddelsen av kommunereformen. Lovforslagene bygger på to stortingsmeldinger: Meld. St. 26 (2014–2015) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» («Primærhelsetjenestemeldingen») og Meld. St. 14 (2014–2015) «*Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*» («Oppgavemeldingen»).

Lovendringene innebærer bl.a. lovfesting av kompetansekrav i form av opplisting av hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 ble med virkning fra 1. januar 2018 endret slik at det fremgår av bestemmelsen at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste innebærer, må kommunen vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En opplisting av kjernekompetanse vil ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Lovendringene innebærer også bl.a. overføring av offentlige ansvar for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Endringene skal etter planen tre i kraft 1. januar 2020. Fra samme tidspunkt skal kommunen også ha «knyttet til seg» psykolog og ergoterapeut.

Særlig om bruk av tvang

Edruskapsloven av 1932 inneholdt regler om bruk av tvang overfor rusmisbrukere. Loven ga svært vide fullmakter mht bruk av tvang. I Sosialtjenesteloven 1991 ble disse fullmaktene strammet inn. For øvrig fantes det i 1950 ikke regler om bruk av tvang og makt innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Etter saker i media om overgrep mot psykisk utviklingshemmede kom Forskrift av 3. juni 1977 om begrenset adgang til å bruke tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevesenet for utviklingshemmede og helsevernet for epileptikere. Etter flere utredninger om bl.a. forholdet til menneskerettighetene fikk vi et nytt kapittel 6A i sosialtjenesteloven 1991 om bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede. Disse bestemmelsene ble senere flyttet over i kapittel 4A i sosialtjenesteloven 1991. Reglene ble erstattet av de någjeldende bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 *«Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning»*.

Bruk av tvang kan også være aktuelt i forhold til helsehjelp, jf. bl.a. helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp *«når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig»*, og i forbindelse med at hjelp i en del situasjoner skal ytes *«selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen»*, jf. helsepersonelloven § 7.

I pasient- og brukerrettighetsloven finnes det regler om rett til å motsette seg helsehjelp. I visse tilfeller er det imidlertid ansett at det likevel er nødvendig å bruke tvang. I 2009 fikk pasient- og brukerrettighetsloven derfor et nytt kapittel 4A *«Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.»*

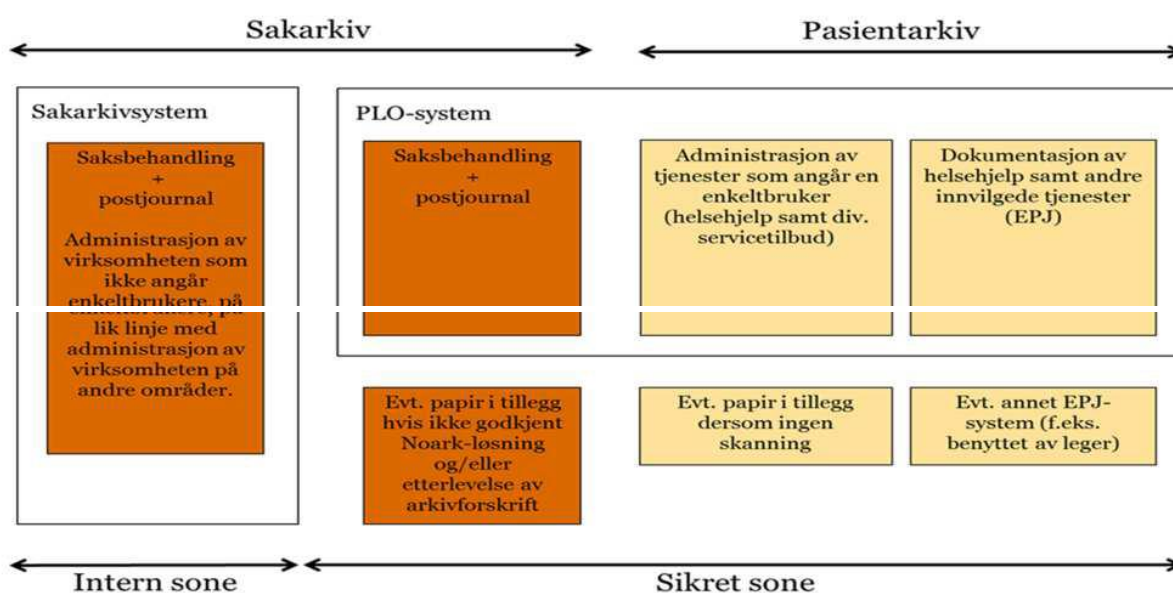
Videre finnes det regler om adgang til i visse tilfeller å kunne gjøre av bruk av tvangstiltak under opphold på institusjon (helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4) og i forbindelse med fare for spredning av smittsomme sykdommer (smittevernloven).

Arkivdanningen- kjennetegn og utfordringer

Elektroniske fagsystemer

Så og si samtlige kommunale og fylkeskommunale tjenester innen sektoren dokumenterer i dag i elektroniske fagsystemer som inkluderer ulike varianter av Elektronisk pasientjournal (EPJ). Det har vært stor variasjon mellom tjenestene når det gjelder hvor rask utviklingen mot elektronisk journalføring har vært. Mens for eksempel tannleger har hatt tilnærmet full EPJ-dekning siden tidlig 1990-tall, har helsestasjoner ikke hatt full dekning før de siste årene.

Det er to ulike typer fagsystemer som er i bruk i tjenestene. Hos legevakt, helsestasjoner og tannhelsetjenester benyttes «rendyrkede» EPJ-systemer som bl.a. Profdoc, CGM Journal (Winmed) System X og Opus Dental. Disse inneholder i tillegg til EPJ også typisk funksjonalitet for regnskap/kasse, reseptformidling, timebooking, rapporter/statistikk etc. Innen de vedtaksbaserte tjenestene benyttes pleie- og omsorgssystemer (PLO-systemer) som bl.a. Gericar, Visma Profil og Acos CosDoc. Dette er «hybridsystemer» som typisk inneholder en saksbehandlingsmodul (og postjournal) som i utgangspunktet skal følge NOARK-standard, en eller flere moduler for administrasjon av helsehjelp, samt en eller flere EPJ-moduler. For noen tjenester varierer det hvilken type system som benyttes, alt etter organisering (KAD er ett eksempel). I de aller fleste kommuner bevares administrativ dokumentasjon vedrørende søknader og vedtak på individnivå i PLO-systemet, i henhold til retningslinjer fra KS. Mens det i forbindelse med for eksempel klagesaks- og innsynsbehandling på individnivå er noe ulik praksis, der en del sensitive pasientopplysninger lagres på sikker sone i det ordinære sak/arkivsystemet. Men dette skal være unntakene.



*Kilde: Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten (KS, 2015)
Bevaring og kassasjon i digitale systemer*

Det er knyttet store utfordringer til bevaring og tilgjengeliggjøring av opplysninger i eldre kommunale fagsystemer generelt. Dette er synliggjort bl.a. gjennom SAMDOKs kartleggingsprosjekt (2013) og prosjekt om bevaring fra kommunale fagsystemer (2017). Det pekes her på utfordringen med at datainnhold og datavolum i disse store proprietære systemene vokser raskt, og at det haster med nye bestemmelser. Data kan korrumpes og gå tapt. Håndtering av eldre og avsluttede systemer er krevende, og det er liten vilje til å

dekke kostnader for migrering av data. Det finnes eksempler på at systemene blir forsøkt tatt vare på som de er, på gamle servere og med forlenget utgått maskinvare som kan lese av dataene. Parallelt er det også et uttrykt ønske ute i helse- og omsorgstjenestene om å få avlevert eldre systemer, da en vil utvikle papirbaserte journaler og gå over til fullelektronisk arkiv.

Det arbeides i det kommunale arkivmiljøet for å finne funksjonelle løsninger for bevaring og tilgjengeliggjøring fra digitale systemer. Mandatet for dette revisjonsprosjektet er kun å peke på opplysningstyper som skal bevares for ettertiden, og dette skal i utgangspunktet vurderes uavhengig av systemenes tilstand og begrensninger. Prosjektet skal ikke vurdere eller anbefale spesifikke tekniske løsninger og metodikk for bevaring, men vi har forsøkt å gjøre oss kjent med utfordringene, og de alternativer som eksisterer. For prosjektet danner det et viktig bakteppe når ulike bevaringsmodeller skal vurderes og utformes, både fra et arkivfaglig og kostnadmessig perspektiv.

Papirarkiv

I kommunenes sentralarkiver og ute på tjenestestedene oppbevares store mengder eldre papirbaserte journaler, som ikke er deponert/avlevert til IKA eller byarkiv. Mengdene varierer fra kommune til kommune, og det er svært utfordrende å fremskaffe noen samlet oversikt. Det er bevart journaler fra flere tjenester, men det er morsjournalene fra pleie- og omsorgssektoren som utgjør det store omfanget. Omfattende kassasjon av disse (90%) var tillatt etter kassasjonsbestemmelsene fra 1987, men siden de nye bestemmelsene trådte i kraft i 2014 har det eksistert kassasjonsforbud. Så det må påregnes at det oppbevares journalmateriale tilbake fra 1990-tallet i mange kommuner. Og fremdeles skapes store mengder papirarkiv av ulike årsaker: saksbehandlingsdelen i systemene er ikke koblet til NOARK-kjerne og må derfor printes ut for bevaring, visse dokumenttyper egner seg ikke for skanning, eller skanningsfunksjonaliteten mangler.

Beregning av omfang

Prosjektgruppa har forhørt seg om omfanget av eldre papirarkiv, avsluttede systemer og datamengde i aktive systemer. Det har vært krevende å innhente tall på dette, og gjøre overslag over omfanget på nasjonal basis for mange tjenester. Noen omfatter store deler av befolkningen, der en person kanskje har flere journaler (legevakt) mens noen tjenester er av relativt ny dato, som resultat av samhandlingsreformen. Ut fra tall og tidligere kartlegginger har prosjektet forsøkt å gjøre beregninger på omfang for hver tjeneste. Beregningene fremgår av den samfunnsøkonomiske analysen.

I Helseetaten ble det fremholdt at man opplever en stadig økning i antall oppgaver og at kravene til dokumentasjon økes. Journalene blir derfor stadig mer omfattende. Unntaket er tannhelse, der det ikke har blitt stor økning i mengden dokumentasjon.

Multiproveniens

En kommune eller en bydel har gjerne en sentral installasjon av et fagsystem, som blir brukt av flere tjenester. Et eksempel er PLO-systemene Gerica i bydelene i Oslo, samt Visma Profil i Bærum. I Oslo benytter både legevakt og KAD journalsystemet ProfDoc. Et system kan inneholde et stort antall spesifikke tjenestemoduler og også flere EPJ, og bruken blir regulert med tilgangsstyring. Multiproveniensen i systemene utgjør naturlig en viktig faktor når det skal velges bevaringskonsept.

Utfordringer tilknyttet til bevaringsvurderinger og opphav kan også oppstå på grunn av organisering av tjenester over lang tid. I Fræna kommune var rusomsorg og psykisk helsearbeid underlagt sosialtjenesten frem til 2016. Tjenestene ved NAV- kontoret var organisert i et interkommunalt samarbeid med Eide kommune, gjennom et interkommunalt selskap. Den utøvde psykiatritjeneste til voksne personer med psykiske lidelser og ble drevet etter en vertskommunemodell med Eide kommune som vertskommune. Sosialtjenesten brukte fagsystemet Socio for saksbehandling. Fra 2016 er disse tjenestene organisert i en ny enhet for rus og psykisk helse - "Mestringsenheten", med Eide kommune som vertskommune. Samarbeidet registrerer alle opplysninger om pasienter/bruker i Gerica.

Private aktører

Arkivplikt i lov og forskrift gjelder i utgangspunktet ikke for private aktører som utfører lovpålagte oppgaver for kommunen. I tillegg til private fastleger finnes private aktører bl.a. innen både hjemmehjelp, sykehjem og rus/psykisk helsearbeid. I den grad opplysninger registreres i kommunenes egne systemer og det blir avtalt overføring av annet journalmateriale til kommunene, innbefattes dette materialet av bevaringsbestemmelsene.

Forholdet til spesialhelsetjenestene

I møtet med Helseetaten i Oslo kommune ble det fremholdt at stadig flere tjenester flyttes fra spesialhelsetjenesten til primærhelsetjenesten, noe som representerer en utfordring når det gjelder tilgang til og bevaring av pasientopplysninger. Det blir stadig flere henvendelser fra spesialhelsetjenestene, men det mangler system til å håndtere disse, bl.a. på grunn av manglende skanningsfunksjoner. Ifølge Helseetaten ender det ofte med at man må makulere det som oversendes fra spesialhelsetjenestene. I noen tilfeller kan det være nyttig informasjon, f.eks fra ambulansetjenesten.

TJENESTER

Jordmødre og fødestuer

Funksjon

En jordmor er i dag en sykepleier med to-årig spesialutdannelse som vanligvis arbeider ved fødeavdelinger på sykehus, og som bistår med fødselshjelp, svangerskapskontroll og oppfølging av mor og barn. De siste årene er det ansatt mange jordmødre i kommunene som foretar svangerskapskontroller, og som følger fødende under lengre transport til sykehus.

En fødestue er en liten helseinstitusjon utenfor sykehus, beregnet for planlagte ukompliserte fødsler. En fødestue kan opprettes der det er lang vei, eller på annen måte besværlig reise til sykehus med fødeavdeling. En fødestue bemannes vanligvis med jordmor. Den kan ha tilsyn av lokale leger i kommunen, og fødestuen vil ha legetjeneste igjennom den kommunale legevaktordningen.

Organisering

I 1950 var jordmødre på landet fylkeskommunalt ansatt, mens de i byene var kommunalt anstt. Fylkeskommuneloven 1961 plasserte ansvaret for jordmordistriktene til fylkeskommunen. Kommunehelsetjenesteloven overførte ansvaret tilbake til kommunene i 1984. Ved spesialisthelsetjenesteloven 2001 ble ansvaret for fødsler overført til spesialisthelsetjenesten.

Annet arkivmateriale som bør ses i sammenheng med det fra fødestuene, er materiale fra helsestasjonene. Slik det ser ut kan fødestuene og helsestasjonene i en viss grad henge sammen, da de har eller har hatt en delt historikk med oppfølging av gravide og oppfølging i forbindelse med svangerskap.

Produksjon

Dokumentasjon av fødsler har i store deler av perioden vært preget av papirarkiver. Jordmødrene førte egne jordmorprotokoller hvor hver enkelt fødsel ble dokumentert. Arbeidsgruppen har sett på jordmorprotokoller fra helseråd- og distriktslege som ligger lagret i Statsarkivet i Oslo. Disse var skapt før 1975 og kom fra både offentlige og private fødestuer. De var kommet inn til depotet som underliggende serier hos i arkiver etter helseråd/distriktslege eller fylkesmann. Det ble ført en linje per fødsel, med dokumentasjon om selve fødselsforløpet og tilstanden for mor og barn under hele fødselen. Hvert år har distriktslegen kontrollert protokollen og gitt sin signatur på at kontroll er blitt utført. Dette har skapt tomme linjer før det er blitt begynt på neste år. Hver protokoll kan dekke en

periode over flere år. Det er også store variasjoner i hvordan jordmor har valgt å føre protokollen, slik at antall innførte barn i protokollen kan ha store variasjoner.

Vi har gode grunner til å anta at det har skjedd adskillig sammenblanding av dokumentasjon fra fødestuer med spesialisthelsetjenestens arkiver. Dette gjelder særlig fødestuene på sykehusene, hvor fødestuen har vært samlokalisert med sykehusdriften. Oslo Byarkiv har opplyst at de ikke oppbevarer arkiv etter jordmødre, men at det er grunn til å anta at dokumentasjonen fra fødslene i Oslo ligger i de eldre sykehusarkivene.

Vi har så langt i prosjektet dessverre ikke fått tilgang til noe nyere dokumentasjon fra fødestuer og det råder noe usikkerhet om når vi kan forvente at dokumentasjonen fra fødsler ble digital. Da denne funksjonen er helt og holdent overtatt av spesialisthelsetjenesten fra 2001, så vil det heller ikke foregå noe ny arkivskaping på dette feltet som vil omfattes av de nye bevaringsreglene.

Prosjektgruppa har vært i kontakt med Medisinsk fødselsregister (MFR) som har fødselstall for hele landet etter institusjon. Målingene startet i 1969 og vi har tilgang til tallene frem til 2016. MFR har kategorisert fødslene etter institusjoner og det omfatter alle kategorier fødsler – på fødestue på sykehus, enkle fødestuer eller sykestuer, hjemmefødsler og fødsler underveis. Likevel må vi kunne anta at det fra registreringene startet og frem til 2001 var et kommunalt eller fylkeskommunalt ansvar å dokumentere fødslene.

Etterbruk

Ingen opplysninger fra arkivskaper.

Helsestasjoner og jordmortjeneste

Funksjon

I 1950 var fortsatt Sunnhetsloven av 1860 og helserådene av sentral betydning når det gjaldt kommunenes innsats i forhold til f.eks. spredning av informasjon om hygiene for å redusere spedbarnsdødeligheten. Private aktører som menighetsråd og ikke minst Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) var også viktige. Siden 1910 var det blitt opprettet privatdrevne forløpere til det som etter hvert ble kommunale helsestasjoner.

I 1957 fikk vi lov om helsesøstertjeneste for skolene. Ansvar for dette ble lagt til fylkeskommunen, mens helsesøster fikk det administrative ansvaret. I 1972 fikk vi en lov som etablerte offentlig helsesøstertjeneste for bl.a. gravide. Ansvar for tjenesten var delt

mellom kommunen og fylkeskommunen. Begge disse lovene ble opphevet med vedtakelsen av kommunehelsetjenesteloven 1982. Helsestasjon ble en lovpålagt kommunal oppgave.

Alle som oppholder seg i landet skal motta tilbud fra helsestasjonen om oppfølging og veiledning gjennom graviditet og barsel, spedbarnskontroll og oppfølging av barn og ungdom. Helsestasjonene tilbyr generelt følgende tjenester: jordmor, helsestasjon (0-5 år), skolehelsetjenesten (5-15 år), helsestasjon for ungdom (15-20+ år) og helsestasjon for flyktninger. Hjelpen gis i form av veiledning, rådgivning, helseundersøkelser, vaksinasjoner og tverrfaglig samarbeid. Helsesøster setter alle vaksinene i vaksinasjonsprogrammet som fastsettes og oppdateres av Statens Helsetilsyn. Opp til skolealder blir barna veid, får målt høyden og hodeomkrets (første leveår), og det tas enkle urin- og blodprøver ved behov. Det gjøres et stort antall tester av syn, hørsel, motorisk utvikling, taleferdigheter og språkutvikling og stort fokus på samspill og psykisk helse hos barn. Ved spesielle alderstrinn gjøres det en standardisert legeundersøkelse.

Organisering

Hvordan de ulike kommunene har valgt å løse oppgaven varierer noe etter kommunens størrelse, men tilbudet skal i utgangspunktet være det samme i hele landet. Helsestasjonene bemannes fast med helsesøster, jordmor og, lege. I tillegg er annet helsepersonell tilknyttet helsestasjonen, som fysioterapeuter, ergoterapeut, psykolog, rådgivere osv.

Produksjon

Det er først og fremst helsesøster, jordmor og lege som fører journal på helsestasjonen, men også andre grupper som er tilknyttet helsestasjonen fører journal. Det er ikke nødvendigvis slik at de ulike yrkesgruppene bruker samme journalsystem for å dokumentere helsehjelpen. Det er mulig at dette fører til dobbeltarkivering, og dermed svekkes mulighetene for gjenfinning av dokumentasjon.

De aller fleste helsestasjoner har i dag tatt i bruk elektroniske journalsystemer. Likevel skapes det fortsatt pasientopplysninger på papir. Den primære årsaken til dette synes å være manglende funksjonalitet ved de innkjøpte systemene. Eksempler på slike mangler kan være fravær av en skannings- eller meldingsutvekslingsmodul. Dette bidrar til at papirer må sendes med post eller skrives ut, som igjen genererer «skyggearkiver» på papir.

Kartlegging i Rana kommune

Prosjektet har kartlagt helsesøster- og jordmortjenester i bl.a. Rana kommune. Her føres EPJ i fagsystemet HsPro. Gravide kommer i kontakt med tjenesten ved at de selv tar kontakt og ber om timeavtaler for svangerskapskontroll. De registreres i HsPro og alt legges der i EPJ,

arkivverdig materiale legges sammen med ev. notater og kopi av helsekort for gravide i papirmapper. For eksempel meldinger til barnevern kan finnes i disse papirmappene. Helsekortet for gravide er kommunikasjonsledd mellom helsestasjon, fødeavdeling, fastlege og den gravide selv.

Etter fødsel sendes en fødselsmelding til kommunen, eller ved at foreldre/andre helsestasjoner gir melding, og barnet registreres i fagsystem og det opprettes en papirbasert barnejournal. Fagsystemet (EPJ) inneholder for eksempel fødselsmeldinger, henvisninger, epikriser, helsekort, og opplysninger om vaksinerings. Andre dokumenter som tilkommer eller produseres, som timeinnkallinger, møtereferater, tegninger, språktester, meldinger fra/til barnevern etc. legges i papirjournalen samtidig som det produseres eller scannes inn i HsPro.

Andre kartlegginger

Prosjektet har mottatt oversikter fra bl.a. Trondheim byarkiv over omfang og konkret innhold i papirmappene fra svangerskapskontroll og helsestasjon.

Etterbruk

Våre undersøkelser viser at mye av det eldste materialet fra helsestasjonene er avlevert til depoter. Noe har kommet inn som avleveringer fra helseråd eller fylkeslege, mens Norske Kvinners Sanitetsforening har selv avlevert sitt privatarkiv til Arkivverket.

Når det gjelder etterbruk av pasientinformasjon fra tjenesten, så er nok behovet for etterbruk oftest knyttet til rettighetsdokumentasjon i barnevernssaker, klage- og erstatningssaker. I slike tilfeller er det ofte behov for å se på dokumentasjon noe bakover i tid. Det har også vært tilfeller der det har vært behov for dokumentasjonen i ettertid i forbindelse med utredning og diagnostisering, blant annet for utmattelsesyndrom.

Erfaring viser likevel at de vanligste henvendelsene til helsestasjonene og depotene dreier seg om dokumentasjon av vaksiner, siden SYSVAK-registeret ikke ivaretar informasjon om vaksinasjoner for de som er født før 2006.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

Funksjon

På lik linje med helsestasjonen, er skolehelsetjenesten et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn og ungdommer i alderen 5-20 år og deres foresatte. Skolehelsetjenestens tilbud innebærer veiledning, helseundersøkelser, vaksinerings, oppfølging og henvisning videre ved behov. Formålet med skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode

sosiale og miljømessige forhold og å forebygge sykdommer og skade. Mange kommuner tilbyr også helsestasjon for ungdom, som er et supplement til skolehelsetjenesten for ungdommer fra 12-13- års alder og oppover. Skolehelsetjenestens oppgaver består av målrettede undersøkelser og vaksinetiltak rettet mot alle barn, samt ikke-målrettede undersøkelser, som omfatter konsultasjoner/undersøkelser i forhold til enkeltelever.

Organisering og journalføring

Både helsestasjonen og skolehelsetjenesten er en del av samme virksomhet. Skolehelsetjenesten er bemannet med helsesøster, og er gjerne tilknyttet psykolog og fysioterapeut. Skolehelsetjenestens tilknytning til helsestasjonen organisatorisk og personalmessig, kan variere. Informasjonen barnet har i sin journal og helsekort fra helsestasjon overføres til skolehelsetjenesten. Dette er nedfelt i Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal, § 15. Journalen følger barnet helt til det går ut av grunnskolen. I Rana kommune følger papirjournalen barnet over i skolehelsetjenesten, og tjenesten produserer på lik linje med helsesøstertjenesten for mindre barn noe EPJ og noe arkivverdige dokumenter. Her kommer i tillegg papirer fra skole som ikke er EPJ. Når barnet er ferdig med grunnskole settes papirene i arkivbokser. Papirjournalene oppbevares på skolene frem til barnet er ferdig på den aktuelle skolen.

Helsestasjon for ungdom er et tilbud som supplerer skolehelsetjenesten, og målgruppen er unge voksne, fra 12-15 år opp til 24 år. Tjenesten bemannes av lege og sykepleiere. Tjenesten består i bl.a. helserådgivning, testing for kjønnssykdommer, prevensjonsveiledning og gynekologiske undersøkelser. I Rana kommune registrerer ungdomshelsestasjonen i utgangspunktet bare i EPJ i HsPro, der det er mest notater og prøvesvar/labsvar.

Allmennmedisinske tjenester

Funksjon

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 skal kommunene tilby tjenester innen utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Tjenestene utføres enten av privatpraktiserende fastleger med fastlegeavtale med kommunene, eller kommunalt ansatte leger. Oppgavene innebærer også koordinering og samarbeid med ulike kommunale tjenester, og henvisning til og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunene kan tilplikte fastleger i fulltidsaktivitet å delta et visst antall timer per uke med allmennmedisinske offentlige oppgaver ved sykehjem, helsestasjoner og legevakt.

Organisering

En liten andel av legene i fastlegeordningen er kommunalt ansatte med fastlønn (5,1 % pr. 31.12.2016, utgjør rundt 200 leger). Journalene fra deres praksis skal behandles i samsvar med regler fastsatt i og i medhold av arkivloven. Arbeidsgruppa har vært på befaring hos Sagene lokalmedisinske senter, som er et utvidet allmennlege/fastlegekontor der legene er ansatt av kommunen med fast lønn. Senteret dekker alle kommunale legeoppgaver. Senteret omfatter også utvidet medisinsk rådgivning i forhold til NAV og omsorgstjenester, kommunal psykologtjenestepraksis og frisklivssentral. Legenes arbeidstid fordeles mellom fastlegevirksomhet og andre medisinske oppgaver. Senteret er fysisk samlokalisert med helsestasjon, barneverntjeneste, hjemmetjeneste og søknads-/bestillerkontor.

Produksjon

På Sagene har helsestasjonen og det lokalmedisinske senteret IKT-fellesskap (e-post, EPJ-systemer). Senteret bruker journalsystemet CGM Journal (Winmed 3), som inneholder funksjoner for bl.a. personalia, medisinsk journal, timebok, korrespondanse, regnskap/kasse, HELFO-regnskap, rapporter/statistikk og eportal (timebestilling på nett).

Etterbruk

Lederen ved Sagene lokalmedisinske senter fremholdt at det utføres en del klinisk forskning på pasientjournalene, utført både av allmennpraktikere selv, og i regi av universitetene.

Fengselshelsetjeneste

Kommuner med fengsel har det administrative og faglige ansvaret for helse- og omsorgstjenesten i fengsel, jfr. § 3-9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Kriminalomsorgen har ansvar for å tilrettelegge for at innsatte får de tjenester de har krav på, jfr. straffegjennomføringsloven § 4. Dette innebærer å stille med egnet infrastruktur for helse- og omsorgstjenestene. Elektronisk pasientjournal er kommunenes ansvar.

Fengselshelsetjenesten har inntakssamtaler med alle nye innsatte, der journal fra fastlege medbringes og eventuell medisinbruk kartlegges. Det kan også gjennomføres en enklere tannhelseundersøkelse. En fengselslege har det medisinskfaglige ansvaret for helse- og omsorgstjenesten i fengsel, Fengselsleger ansettes av kommunen på bakgrunn av spesiell erfaring, kompetanse og forståelse, og er som regel et bistilling ved siden av ordinær praksis. Ansvar og pliktene til den innsattes egen fastlege bortfaller, og overlates til fengselslegen så lenge soningen varer.

Sykepleiere i fengselshelsetjenesten bør ha spesiell kompetanse på psykisk helse og rus. Fengslet skal også tilby rehabiliteringstjenester som fysioterapi o.a., enten i fengslet eller utenfor.

Fengselshelsetjenesten står overfor spesielle utfordringer. De innsatte skal tilbys like bra tjenester som øvrig befolkning, enten i fengslet eller ved fremstilling utenfor. Men hensynet til rettighetene til pasient- og brukermedvirkning jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 kan være særlig utfordrende å ivareta i fengselshelsetjenesten, med de rammer og betingelser som ligger til grunn for straffegjennomføringen. Omfanget av tannhelseproblemer er også ofte mer omfattende blant innsatte enn i befolkningen for øvrig. Innsatte er overrepresentert med hensyn til forekomst av rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med psykiske lidelser. Varetektsfanger er særlig sårbar gruppe innsatte, der frihetsinnskrenkingen er sterk. Søvnproblemer, angst, depresjon, stress og abstinenser er vanlige lidelser blant disse, og det er en høy relativ selvmordsrate.

I Bærum kommune opplyses det at fengselshelsetjenesten på Ila landsfengsel førte papirjournaler helt til 2017, da de tok i bruk det sentrale systemet Visma Profil. Det finnes derfor et stort papirarkiv, og etterspørselen etter opplysninger derfra er relativt stor. En kartlegging av fengselshelsetjenestens arkiver i Trondheim byarkiv viser at mappene er relativt tynne (400 pr hyllemeter) og i mange tilfeller inneholder kun samtykkeerklæring. Andre mapper er mer innholdsrike, og prosjektet har mottatt generell oversikt over innholdet.

Legevakt og legevaktsentral

Funksjon

Legevaktene (og fastlegene) er førsteinstans ved akutt sykdom, skade og krise, og en del av primærhelsetjenesten. Legevaktene er del av den akuttmedisinske kjeden, som består av fastlege, kommunal legevaktsentral (LV-sentral), legevakt, akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral (AMK-sentral), ambulansetjeneste samt akuttmottak i lokalsykehus. I tillegg går fast track-pasienter (hjerter, hjerne- og lungetilfeller) direkte til akuttmottak i store sykehus. Legevakttjenesten er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og akuttmedisinforskriften.

Legevaktene skal sikre at befolkningen får nødvendig og kvalifisert legehjelp når akutte behov oppstår, også utenom ordinær arbeidstid. Legevakten skal:

- vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om ø-hjelp
- diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og eventuelt sykebesøk, og ved behov henvise til andre kommunale tjenester og eventuelt spesialisthelsetjenesten
- yte hjelp og rykke ut ved ulykker og andre akutte situasjoner

Fastleger er pålagt å delta i legevaksarbeid, i tillegg til at de har en generell utrykningsplikt, og må være tilgjengelig i nødnettet.

Organisering

Legevaktordningene har opphav i distriktslegeembetet. Distriktslegene var lønnet av staten i tillegg til honorar for privat praksis. De var som regel i kontinuerlig beredskap, og ble stadig kalt ut i sykebesøk. Så godt som all behandling foregikk i pasientens hjem helt til moderne tid. Etterhvert kom stasjonære legevakter i byene (Kristiania i år 1900, Bergen i år 1917).

Vaktordning var først frivillig organisert, og ble formalisert i 1965, sammen med samordning av distriktslegers og turnuslegers ferie. I 1981 kom en avtale som gjorde legevaktorganisering til et kommunalt ansvar, dette ble tatt inn i kommunehelseloven 1984. Ut over 90-tallet ble det dannet flere interkommunale løsninger. I 2005 kom forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester, denne ble fornyet i 2015. Forskriften setter bl.a. krav til bemannede legevaktlokaler, at legevakt er tilknyttet LV-sentral (medisinsk nødmeldetjeneste), samt kompetansekrav til personellet.

Det er to grunnleggende modeller for organisering av norske legevakter, kommunale og interkommunale. Mange kommuner har varierende grad av samarbeid med andre kommuner gjennom døgnet og uka. Eksempelvis har noen kommuner legevakt som dekker kun egen kommune på dagtid, noen andre på kveldstid og enda flere på natt og helg. Dette kompliserer bildet. Det er også ulike juridiske organisasjonsformer- bl.a. kommunal etat, interkommunalt samarbeid med én vertskommune, og interkommunale selskap. De største legevaktene er i dag ofte samlokalisert med for eksempel psykiatrisk legevakt, rusakuttpost, overgrepsmottak, sykehjemslegevakt og KAD.

Legevaktsentral (LV-sentral)

LV-sentralene mottar og håndterer henvendelser via det nasjonale legevaktnummeret. Sentralene bemannes av helsepersonell (sykepleiere). Ved medisinske nødsituasjoner alarmeres både LV-sentral, lege og ambulanse fra AMK-sentralene, og LV-sentralene tar ansvar for å følge opp lokalt. Organisatorisk kan en LV-sentral dekke flere legevaktdistrikter, og AMK-sentraler kan også fungere som LV-sentraler for flere legevaktdistrikter.

Produksjon

Legevaktene i Oslo og Bergen har hatt egne journalsystem fra starten- og alle legevakter som har fungert som egne "institusjoner" har nok hatt egne journalsystem fra starten av. Det var ikke mange slike før 1990. På 1990-tallet startet utviklingen med interkommunale legevakter. De aller fleste selvstendige legevakter førte EPJ fra og med midten av 1990-tallet. Legevaktene bruker i dag en rekke ulike elektroniske pasientjournalsystemer. De mest brukte systemene er Winmed 3/CGM Allmenn, Infodoc Plenario, System X, WinMed 2, Profdoc Vision og CGM legevakt.

Ellers har opplysninger fra akuttmedisinske tilfeller i stor grad vært ført i distriktslegenes og fastlegenes journalsystemer, og fremdeles er det slik at mange legevakter fungerer i, eller er samlokalisert med det lokale legekontoret. Opplysningene blir da ført i fastlegens eget journalsystem. Der legevaktene har vært samlokalisert med sykehus, er journalene i stor grad bevart sammen med sykehusarkiver.

Det som skiller legevaktjournalen fra ordinær allmennpraksis er at det dreier seg nesten utelukkende om engangskonsultasjoner med fokus på akutte problemstillinger, og i liten grad oppfølging. Journalene inneholder mange eksplisitte vurderinger, da en legevaktslege sjelden har «skjult» kunnskap om pasienter slik allmennleger gjerne har. Det er ofte et stort informasjonsunderskudd i legevaktjournaler- manglende epikriser, prøvesvar, info om fastlegeundersøkelser m.m. Journalnotat fra sykepleier på LV-sentral er ofte inkludert, som inneholder bl.a. personalia, sted, klokkeslett, kontaktmåte, sykehistorie, hastegrad og iverksatte tiltak.

Innhold i en typisk legevaktjournal: journalnotat fra LV-sentral, subjektiv beskrivelse, objektiv beskrivelse: resultater av undersøkelser, analyse, behandlingsplan, eventuell skadedokumentasjon, eventuell undersøkelse av døde/syning, eventuelle avvik fra tidligere retningslinjer for pasient, eventuelle foreløpige notater fra sykebesøk/utrykning, epikriser.

LV-sentralen fører journal, ofte i samme journalsystem som legen/legevakten benytter, og sentralens journalnotat inngår i pasientjournalen. Sykepleier i LV-sentral skal kartlegge pasientens situasjon, fastsette hastegrad, vurdere og igangsette tiltak og gi råd og veiledning ved ikke-akutte tilstander. LV-sentralen fører også lydlogg, som oppbevares i tre år, jfr. akuttmedisinforskriften § 20.

Epikrise eller kopi av journalnotat skal i følge pasientjournalforskriften § 9 sendes fastlege for oppfølging.

En oversikt over avlevert legevaktsarkiv i Trondheim byarkiv viser at journalene inneholder legesedler (skadetype + egenandel, samt EKG-utskrift. Det finnes også serier med rapportbøker.

Oslo legevakt

Helseetaten i Oslo kommune har opplyst at Oslo legevakt har minst 1 million journaler i sitt system pr. i dag, de eldste er fra begynnelsen av 2000-tallet. Dokumentasjonen har blitt mye bedre de siste 20 årene. Kravet til dokumentasjon har økt og samtidig har dokumentasjonsforvaltningen blitt mer krevende og komplisert. Profdoc er hovedsystemet for Aker legevakt, mens System X er brukt i flykningsmottaket. Aker rehabilitering for eldre benytter Gerica og Rådgivningskontoret for syn og hørsel bruker Profdoc og CMG journal.

Etterbruk

Fra 2002 har legevakten i Oslo kommune tilgang til elektroniske journaler, men det er uklart med hva som finnes av journaler før dette tidspunktet. Ifølge Helseetaten er det en utfordring at mye av dokumentasjonen ikke er tilgjengelig- i noen tilfeller kan den være tilgjengelig hos OUS. Papirjournaler er i hovedsak kassert, med unntak av overgrepsmottaket. Det gjøres en del forskning på journalopplysninger fra legevakten i Oslo kommune. Helseetaten opplyser at det er svært ofte at arkivene etter overgrepsmottaket blir brukt i ettertid for å dokumentere rettigheter i barnevernssaker, overgrepssaker og saker om rettsferdsvederlag. Helseetaten anslår derfor at man trenger å bevare journaler fra overgrepsmottaket i minst 20 år.

Kommunalt akutt døgnopphold (KAD)

Funksjon

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 1. ledd skal kommunene tilby heldøgns medisinsk akuttberedskap. Målet er at tilbudet skal bidra til å avlaste sykehusene for innleggelser. På et generelt grunnlag vil de pasientene som kan være aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold sies å ha de samme diagnoser som pasienter som hyppig blir lagt inn i sykehus. Det avgjørende er hvilke pasienter kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud til. Kommunene vil i praksis kunne påta seg ansvar for utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige infrastrukturen og kompetansen.

Tilbudet skal være et supplement til kommunens øvrige tjenestetilbud og ikke erstatte allerede etablerte tilbud. Maks liggetid er i utgangspunktet 3 døgn, og tilbudet gjelder personer over 16 år. Inklusjonskriteriene omfatter pasienter som ellers ville blitt innlagt i sykehus. De skal være tilsett av lege før innleggelse. Det skal dreie seg om akutt forverring av definerte, kjente tilstander, og uavklarte tilstander der fare for akutt forverring vurderes som liten. Eksempel på diagnoser/tilstander som er typiske for innleggelse på KAD er bl.a. infeksjoner, KOLS, dehydrering, smerteproblematikk, diaré eller obstipasjon og blodtransfusjon.

KAD ble innført i kommunene i perioden 2012-2016. Det ble pliktig for alle kommuner å ha et KAD-tilbud fra 1. januar 2016. Fra 1. januar 2017 omfattet denne plikten også pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Organisering

Størseparten av KAD-enhetene er drevet av enkeltkommuner, men en betydelig andel er også organisert som interkommunale selskap. KAD organiseres ikke som egne enheter, men samlokaliseres med andre tjenester. Kommunene har her valgt ulike løsninger. Lokalisering til sykehjem er den klart vanligste lokaliseringsformen, etterfulgt av lokal-/distriktsmedisinske senter, legevakt og helsehus. Minst vanlig er lokalisering til sykehus.

Produksjon

Det antas at KAD'er i liten grad journalfører i egne journalsystemer, men benytter samme system som vertsinstitusjonen. Dette er tilfelle bl.a. i Oslo, der KAD bruker samme system som legevakten.

Etterbruk

Ikke påvist

Tannhelsetjenesten

Funksjon

Den offentlige tannhelsetjenesten organiserer forebyggende tiltak for hele befolkningen, og gir et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den offentlige tannhelsetjenesten kan også yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster. I tillegg gis noen grupper gratis tannhelsehjelp basert på Stortingets budsjettvedtak (personer utsatte for tortur/overgrep og med odontofobi, rusmisbrukere og innsatte).

Organisering

Ved folketannrøktloven 1949 ble fylkeskommunene pålagt ansvar for tannhelse. Etter hvert vokste det fram skoletannlegeordninger i regi av kommunene, og ved grunnskoleloven ble kommunene pålagt å ha skoletannlege. Tannhelsetjenesteloven gjorde i 1984 all tannhelsetjeneste et fylkeskommunalt ansvar. Den 1. januar 2020 blir ansvaret for tannhelsetjenesten overført til kommunene i forbindelse med kommunereformen. Da blir tannhelsetjenesteloven opphevet og reglene om kommunenes ansvar for tannhelse vil da fremgå av helse- og omsorgstjenesteloven.

Tilsvarende har de respektive fylkeskommuner ansvar tannhelsetjenesten i fengslene. Dette følger av den generelle plikten til å tilby slike tjenester til alle i kommunene, jfr. tannhelsetjenesteloven.

Produksjon

Arbeidsgruppa har besøkt tannhelsetjenesten (administrasjonen) i Vestfold fylkeskommune. Tjenesten er delt mellom tannhelseklinikker som utfører det praktiske arbeidet og administrasjonen som gjerne er samlokalisert med politisk ledelse på Fylkeshuset. Klinikken i tannhelsetjenesten gir tilbud til befolkningen gjennom oppsøkende arbeid, informasjonsvirksomhet og behandling. Det fremste fokuset er å forbygge, fremfor å behandle. Utover de gruppene pasienter som loven pålegger dem å behandle, kan tannhelsetjenesten utføre tannbehandling på voksne betalende pasienter dersom de har kapasitet. Ved klager på tannbehandling er overtannlegen eller direktør førsteinstans, deretter til fylkeslegen i de tilfeller klagen gjelder kvaliteten på behandlingen. Ved klager på saksbehandling eller kostnader er administrasjonsutvalget neste instans, så forhandlingsutvalget.

Tannhelseklinikkene fremstår som moderne i sin arkivdanning. De bruker elektroniske journalsystemer med integrert røntgensystem i behandlingen av pasientene og de har NOARK-godkjente elektroniske sakarkivsystem som de bruker til saksbehandling. På tross av dette er det likevel en hel del fysiske journalmapper ute på klinikkene, som fortsatt er i bruk. I journalene oppbevares epikriser og liknende, da det elektroniske journalsystemet mangler skanningsmodul. I sakarkivsystemet skal saksbehandlingen vedrørende pasientene og den interne personalforvaltningen foregå. Også her forekommer det personmapper på papir på grunn av manglende mulighet til skanning.

I journalsystemet finnes det både en modul for pasientjournal og en for saksbehandling. I tillegg kommer sakarkivsystemet som fylkeskommunen bruker i sin saksbehandling. Vi har fått tilbakemeldinger om at det er uklart hvilke opplysninger som skal registreres i hvilket system. Dette skal være tilgjengelig informasjon gjennom Helsepersonellovens §§ 39 og 40, som gir retningslinjer for hvordan pasientopplysninger skal håndteres.

Tannhelsetjenesten i Oslo kommune bruker journalsystemet Opus og bildebehandlingssystemet Digora for røntgen og kliniske bilder, som er makulert etter gjeldende regler. Skanning i Opus var først innført for ca. 2-3 år siden og fra og med 2018 gjelder det alle henvisninger. All dokumentasjon vedrørende barnevern- og klagesaker, er behandlet i journal- og sakarkivet DocuLive. Det er mye av eldre saker som ikke finnes på grunn av utvalgsbevaring etter gammelt regelverk.

Opplandsarkivet opplyser at avleverte journaler i hovedsak er håndskrevne på egne journalkort, men i noen tilfeller er det journalutskrifter fra elektronisk journal dokumentasjon av pasientens tannhelse og utført tannbehandling. De fleste journalene inneholder også røntgenbilder. I tillegg kan det være vedlagt andre typer helseopplysninger som ikke angår pasientens tannhelse direkte, men som kan være relevant for behandlingen. Dette kan være i form av egne helseskjema utfylt av pasienten selv, skriv fra lege, eller beskjed sendt av foresatte. Journalene kan også inneholde korrespondanse med trygdekontor angående skader som skal dekkes av offentlig tannhelsetjeneste, prøver av fluorinnhold i drikkevann, samtykke fra foreldre til at deres barn kan tildeles fluortabletter, og flyttemeldinger. I noen få tilfeller kan det også ligge bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten grunnet manglende oppfølging av barns tannhelse.

Etterbruk

Våre undersøkelser har vist at det er lite av arkivmaterialet fra før overføringen til fylkeskommunen som befinner seg ved dagens tannhelseklinikker. Det som er igjen av det, etter de tidligere retningslinjene for kassasjon, er allerede avlevert til depotinstitusjoner. Arkivene etter skoletannlegene kan ligge under arkivene etter distriktslege og helseråd, formannskapet i kommunen, skolestyret med flere.

Vi forsøkte å finne ut i hvilken utstrekning tannhelsetjenesten blir kontaktet av folk som har behov for eldre opplysninger av ulike grunner. Det har vist seg at slike henvendelser forekommer og tannhelsetjenesten finner gjerne opplysningene også, dersom de ikke har vært utsatt for det tidligere kassasjonsregimet. Slike henvendelser til tannhelsetjenesten gjelder gjerne dokumentasjonsbehov for tidligere behandling eller mangel på behandling. Behovet for dokumentasjon kan strekke seg over hele pasientens livsløp. Ett eksempel på dokumentasjonsbehov kan være om man som barn skadet tennene i skoletiden. I slike tilfeller regnes dette som en yrkesskade som kan gi grunnlag for livsvarig dekning fra NAV. Noen ganger får tannhelsetjenesten henvendelser fra personer som fikk skader på tennene på 1960-1970-tallet. Det kan ta lang tid før senskader etter tannbehandling fremtrer, da tenner ikke "gror" på samme måte som for eksempel et benbrudd. Det har også vist seg nyttig å bevare journaler og rutinebeskrivelser for å dokumentere bruk og konsekvenser av bruk av amalgam.

Tannhelsetjenesten opptrer av og til som varsler. Dette skjer i tilfeller hvor det avdekkes forhold som gir mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn. Trolig vil tannhelsetjenesten i fremtiden få flere henvendelser vedrørende dokumentasjonen av slike saker.

Det gjøres en del forskning på journalopplysninger fra tannhelsetjenesten. Slik som for mange andre helsetjenester er denne forskningen klinisk rettet og nært knyttet til forbedring av tjenesten. Dette fører til at det primært er nyere journaler som brukes.

Tannhelsetjenesten samarbeider også med Folkehelseinstituttet ved å gi opplysninger om den generelle tannhelsen i samfunnet.

Opplandsarkivet opplyser at det i all hovedsak er privatpersoner som etterspør egne journaler, eventuelt tannklinikker/tannleger som spør på vegne av sine pasienter. Det har også vært tre etterspørsler på vegne av politiet i løpet av disse to årene. Bakgrunnen for innsynsbegjæringer er først og fremst for å dokumentere tidligere skader som skal dekkes av den offentlige tannhelsetjenesten. I disse tilfellene er det ofte journalkortene med eventuelle vedlegg vedrørende skade/traume som er av interesse. Innsynsbegjæringer fra politiet er for å bistå med identifikasjon. Det søkes innsyn fortrinnsvis for levende pasienter med unntak av de tilfeller der det gjelder identifisering. Det antas at materialet kan være interessant for forskere som vil undersøke tannhelsen blant folk, men Opplandsarkivet har ikke mottatt innsynsbegjæringer av denne typen.

Frisklivssentraler

Prosjektet har ikke kartlagt tjenesten på enhetsnivå.

Funksjon

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Frisklivstilbud inngikk som et av målene med samhandlingsreformen, med tilrettelegging for omlegging av levevaner med forebyggende formål. Personer kan bli henvist av fastlege, annet helsepersonell og NAV, eller ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

Frisklivssentraler skal gi kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt gjennom et strukturert oppfølgingstilbud. Frisklivssentralene kan i tillegg tilby kurs i mestring av depresjon og belastning, veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner. Brukermedvirkning er sentralt i utvikling av tjenesten og gjennomføring av tilbudene. Mange frisklivssentraler har egne tilbud til barn og unge og deres foresatte, eldre og innvandrere. Tilbudene gis i egen regi og/eller i samarbeid med andre aktører eller nabokommuner. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet spesialisthelsetjenesten, diabetessykepleier, kreftkoordinator i kommunen og pasientorganisasjoner.

Frisklivssentralen skal i tillegg være en samarbeidspartner i det lokale folkehelsearbeidet, blant annet gjennom veiledning og informasjon til befolkningen, og ved å bidra i oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser etter plan- og bygningsloven. Folkehelsekoordinator i kommunen er en viktig samarbeidspartner.

Dokumentasjon fra frisklivssentralens arbeid kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helsetjenesten.

Organisering

Den første frisklivssentralen ble etablert i Modum i 1997. Helsedirektoratets veileder for etablering, organisering og drift av frisklivssentraler kom ut første gang i 2011. Alt personell som jobber på en frisklivssentral anses som helsepersonell og er omfattet av helsepersonelloven. Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste og de ansatte har ulike faglige bakgrunn, som for eksempel fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sykepleie, folkehelsevitenskap og psykologi. Frisklivssentralene er, etter anbefaling fra Helsedirektoratet, ofte samlokalisert med andre kommunale helsetjenester.

Produksjon

I henhold til Helsedirektoratets retningslinjer er helsesamtaler og individuell veiledning av brukere på frisklivssentraler å anse som helsehjelp og skal journalføres. Frisklivssentralene er virksomheter som yter helsehjelp, og har selvstendig plikt til å opprette et journalsystem etter pasientjournalforskriften § 4. Sentralene skal registrere opplysninger i journalen på grunnlag av kartleggingsskjemaer for friskliv oppstart, fullført og tiltak. Skjemaene er tilgjengelige via Helsedirektoratets nettsider. Kartleggingsskjemaene inneholder opplysninger om vaner, kosthold, sykdommer, medisinbruk, fysisk og psykisk helse og funksjonsnivå, mosjon, sosial støtte og sosialt aktivitetsnivå.

Aktiviteter som ikke har et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål journalføres ikke. Opplysninger fra aktiviteter eller tiltak som i utgangspunktet ikke regnes som helsehjelp, slik som deltakelse i kurs, skal likevel journalføres dersom de er relevante og nødvendige og utføres som et ledd i helsehjelpen, eller har en klar effekt eller påvirkning på helsetilstanden. Frisklivssentralene sender sine epikriser til fastlege og til henviser, dersom dette ikke er fastlegen, og eventuelt til NAV. I 2013 kartla direktoratet at rundt 60% av frisklivssentralene hadde tatt i bruk EPJ (andelen har nok økt vesentlig) og halvparten av disse brukte kommunens omsorgssystem.

Rusomsorg og psykisk helsearbeid

Funksjon

Et eget hovedområde med kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder habilitering og rehabilitering, også kalt sosial-, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Ansvaret følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene kan omfatte rådgivning og

veiledning, støtteopplegg, bolig og evt. oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel. Kommunene har et omfattende ansvar for oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering. Den kommunale tjenesten eller fastlegen henviser til tverrfaglig spesialisert behandling. Sosialtjenesten har også ansvar for å initiere tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

I løpet av de siste 10 årene har det kommet stadig flere tilbud innen rådgivning og oppfølging for ulike grupper som er berørt av rus, enten direkte eller indirekte. Kommunalt rusarbeid har i den sammenheng tatt mer høyde for at det kan være store variasjoner i den enkeltes rusmiddelproblemer og i mestrings- og funksjonsnivå. Noen ruser seg i perioder, andre har en langvarig ruskarriere og kan ha omfattende helsemessige og sosiale vansker og ha behov for bredt sammensatte tjenester.

Tidligere regelverk om rusmisbrukere

I 1950 var edruskapsloven av 1932 den sentrale loven når det gjaldt kommunenes ansvar innenfor rusomsorg. Loven påla kommunene å ha edruskapsnemnder. Ved sosialsomsorgsloven av 1964 etablerte man Sosialstyret. Hovedregelen var imidlertid at sosialstyret skulle benytte betegnelsen edruskapsnemnd når sosialstyret behandlet edruskapssaker.

I 1984 ble ansvaret for alkoholinstitusjonene overført til fylkeskommunene. Ved sosialtjenesteloven 1991 ble ansvaret ført tilbake til kommunene og tre tidligere lover ble opphevet: Sosialomsorgsloven av 1964, Edruskapsvernloven av 1932 og Lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholinstitusjoner fra 1984. I Sosialtjenesteloven 1991 kapittel 6 var det gitt særbestemmelser for rusmisbrukere, bl.a. om hjelpetiltak.

Ved loven av 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen ble det lagt opp til samarbeid mellom NAV-kontoret og kommunene bl.a. ved at kommunene kunne «*velge å la NAV-kontoret forvalte hele eller deler av*» regelverket vedrørende rusmisbrukere.

Rusomsorg - det någjeldende regelverket

Någjeldende lov er helse- og omsorgstjenesteloven. I lovens forarbeider fremgår det at kommunene har et «*ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte*». For «*å tydeliggjøre*» at «*rusavhengighetsproblematikk omfattes som en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*» ble det vedtatt å innta i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd at kommunene har ansvar «*alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med (.....) rusmiddelproblem...*»

Regler om kommunenes plikt å forebygge bl.a. rusproblemer følger dessuten av Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Psykisk helse - tidligere lovgivning

I 1950 var Forsorgsloven (opprinnelig kalt Fattigloven) fra 1900 den sentrale loven innenfor sosial omsorg. I tillegg kan nevnes to lover fra 1949 om henholdsvis hjem for åndssvake og hjem for epileptikere. I 1964 slo sosialomsorgsloven fast kommunenes plikt til å hjelpe personer i nød som oppholdt seg i kommunen.

Vi fikk ny sosialtjenestelov i 1991. I St. meld nr. 25 (1996-1997) «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene» gis en redegjørelse for kommunenes omfattende plikter i henhold til den nye loven. I St. meld nr. 25 fremheves (fast-)legen som en «helseguide», og fastlegeordningen, som på dette tidspunktet var under planlegging, ble omtalt som «også en reform for psykisk helse».

Psykisk helse - någjeldende lovgivning

Kommunenes ansvar for personer med psykiske lidelser reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven.

Innenfor spesialisthelsetjenesten har vi psykisk helsevernloven av 1999. Psykisk helsevern er imidlertid kun som en liten del av tjenestebehovet til de som har langvarige alvorlige lidelser og som har behov for offentlig hjelp og støtte over lang tid. Kommunene har et omfattende ansvar her. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at kommunene har et «klart ansvar for å sørge for psykisk helsetjeneste» og at et slikt tilbud skal være en «integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester». For «å tydeliggjøre» dette ble det inntatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd at kommunene har ansvar for «alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med (..) psykisk sykdom, skade eller lidelse».

Funksjon

Tjenestene innen rus og psykisk helsevern tar sikte på å bistå klienten til økt mestring av utfordringer i eget liv. Enhetene i kommunene er tverrfaglig sammensatt, med spesialkompetanse innenfor psykisk helse og/eller rusavhengighet. Hovedoppgaven er å gi faglig hjelp, slik at mennesker som har behov for det kan få bistand til å få endring, bedring eller stabilisering i eget liv. Aktuelle tiltak kan være støttesamtaler, døgnbemannet botilbud, kontakt med miljøterapeut, deltakelse i ansvarsgrupper, koordinering av Individuell plan, oppfølging i fht. skole/ arbeid/ offentlige kontorer. Kommunene følger også opp i forhold til LAR – rehabilitering, og tilbyr ambulerende kriseteam for hjelp ved ulykker og kritiske situasjoner.

Organisering

Mange klienter har sammensatte utfordringer i forhold til rus og psykisk helse, og i mange kommuner er tjenestene på disse områdene organisert sammen i tverrfaglige team. Det er stor variasjon i organiseringen av tjenestene. Ansvar for deler av feltet ligger ofte i den kommunale delen av NAV som yter sosiale tjenester, i andre tilfeller er hele tjenestefeltet organisert som egen avdeling/seksjon i kommunen. I Bærum kommune er det organisert egne enheter for drift av de bemannede boligene, lavterskeltiltak/boligtiltak (tidlig innsats), og ambulante tjenester. I mange bydeler i Oslo er tjenesteytingen delvis lagt under NAV, både når det gjelder avklaring, bolig, arbeid, helse (for de med tyngre problematikk som står langt unna arbeid) og ulike andre tiltak. Både søknadskontor og NAV fattet vedtak om tjenester til denne klientgruppa, og det er også en dreining mot at vedtakene fattes av saksbehandlere tilknyttet den enkelte tjenesteytende enhet. I tillegg er bydelenes hjemmetjenester tungt involvert når det gjelder denne brukergruppa. En del kommuner har et interkommunalt samarbeid på feltet.

Det overordnede ansvaret for tjenester innen rus og psykososial helse er i de største bykommunene organisert på etatsnivå. Prosjektet har besøkt Velferdsetaten og Helseetaten i Oslo kommune. Velferdsetaten ble opprettet i 2012 gjennom en sammenslåing av Rusmidleletaten, Storbyavdelingen og deler av Helse- og velferdsetaten. Velferdsetaten har bl.a. ansvar for drift, anskaffelse og utvikling av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner og skadereduserende tiltak for rusavhengige over 18 år, og tilbyr institusjonsplasser i en tidsbegrenset periode etter bestilling fra bydelene. Mål for tiltakene er etablering av ferdigheter for selvstendig tilværelse i egen bolig. Omsorgsinstitusjonene er både tilpasset beboere som ønsker et rusfritt botilbud og beboere med omfattende rusavhengighet og sammensatte somatiske og psykiske vansker.

Velferdsetaten tilbyr også ulike sentrumsnære lavterskeltiltak, samt polikliniske dagtjenester for personer i aktiv rus og pasienter i LAR. Her ytes hjelp for å forhindre tilbakefall slik at det kan bedre livskvaliteten (bolig, sysselsetting, helse og ernæring).

I Oslo kommune er det Helseetaten som har overordnet ansvar for psykisk helse og psykososiale tjenester. Avdelingen består av to seksjoner: Seksjon psykisk helse og avhengighet (PHA) har et systemrettet ansvar for planarbeid, tjenesteutvikling, samhandling og kompetanseutvikling til bydelene. Seksjon sosial og ambulant akuttjeneste (SAA) er et døgnåpent akutttilbud på området sosiale, psykososiale og sosialmedisinske problemstillinger. Overgrepsmottaket inngår i seksjonen som ivaretar personer i psykososial krise, og har et særskilt ansvar for oppfølging av personer utsatt for vold i nære relasjoner og overgrep. Seksjonen har ansvar for oppgaver knyttet til Lov om sosiale tjenester i NAV når det øvrige tjenesteapparatet er stengt. Avdelingen har et byomfattende beredskapsansvar

for opprettelse og drift av evakuerte og pårørendesenter (EPS) ved større ulykker og katastrofer i Oslo.

Produksjon

I Oslo kommune søker sosialtjenesten/NAV i bydelene om bistand etter kontakt med rustjenestene/-institusjonene under Velferdsetaten. Vanlig saksbehandling i bydelene gjøres i system med Noark-kjerne (DocuLive). Bydelen sender papirsøknader til plass ved rusinstitusjon som deretter skanner inn søknader i etatens journalsystem HK-velferd, men besvarer på papir. Eventuelle klager dokumenteres i saksbehandlings-systemet. Klageinstans er Fylkesmannen.

HK Velferd er Velferdsetatens sentrale fagsystem for blant annet virksomheter som har behandlings-, bo- eller omsorgstilbud innenfor rus og psykiatri. Systemet behandler sensitive personopplysninger og inneholder EPJ og annen dokumentasjon for klienter i rusinstitusjoner. I systemet lagres journalopplysninger (diagnoser, epikriser, laboratoriesvar, samt medisinske notater) og andre opplysninger om brukerne, om bl.a. livssituasjon (sosiale, familiære forhold, nettverk), tvangsvedtak, behandlingsvedtak, politidokumenter, trygdevedtak etc. De sosialfaglige notatene beskriver oppfølgingen av den enkelte beboer, som plan for oppholdet, samarbeid med andre instanser, hendelser og kartleggingsopplysninger, - altså det som omhandler sosialfaglig oppfølging for å bidra til rehabilitering og/eller forbedring av livsvilkår. Et eksempel er en beboer som ønsker å få hjelp i forhold til psykisk helse og reduksjon av bruk av rusmidler. De sosialfaglige journalnotatene skal da beskrive både oppfølging, strukturerte samtaler, samarbeid med andre instanser og faktiske hendelser gjennom tiltaksforløpet.

Velferdsetatens arkivmateriale på papir går tilbake til 80-tallet, fra den tidligere Rusmidlestaten. Noen av institusjonene har imidlertid eksistert lengre. Skiftende organisatorisk tilhørighet har ført at de trolig har noe blandet arkivmateriale på papir. Det finnes ikke noe sentralt papirarkiv i etaten, arkivene blir oppbevart på den enkelte institusjon. Det opprettes ikke nye klientmapper på papir. Dokumentasjon om enkeltindivider bevares i mappene henhold til dagens forskriftsbestemmelser. Prosjektet har mottatt oversikter over konkret innhold i papirmappene fra bl.a. Velferdsetaten og de avleverte mappene i Trondheim Byarkiv.

I Helseetaten i Oslo er alt klientrelatert dokumenter i Profdoc, i tillegg til Fasit som er sosialsystemet. Gericar er brukt der kun som oppslagssystem. Pleie og omsorgsmeldinger sendes fra Profdoc til Gericar, så bydelene kan få tilgang til meldingene. Barnevernsmeldinger bevares i Profdoc.

I Spydeberg kommune ble alle opplysninger om pasienter/bruker registrert i Gerica, og det ble holdt et fysisk papirarkiv med brukermapper som tilsvarte opplysningene i Gerica. Alle generelle dokumenter, eksempelvis om statlige tilskudd, ble registrert i det ordinære saksbehandlingssystemet, og kun bevart elektronisk. I Gerica ble det registrert navn, fødselsnummer, adresse, diagnose (hvis dette var tilgjengelig fra lege), informasjon om pårørende og fastlege, samt registreringspliktig IPLOS – informasjon.

I Rana kommune opplyses at arbeidet med rusavhengige skaper både klientmapper og elektronisk pasientjournal (epj). Der klienten skal ha Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skapes epj i Profil. Saksansvarlig opplyser at det kan være vanskelig å skille hvilket regelverk som gjelder av sosialtjenesteloven og helsepersonelloven, men det er uansett den strengeste loven som styrer dokumentasjon, tilgang og innsyn i opplysningene. Når det gjelder psykisk helse er kontaktperson vanligvis en helsefagarbeider med treårig utdanning (ofte med videreutdanning). De dokumenterer helseopplysninger i Profil. Journal opprettes ved at det kommer inn en henvisning om tjeneste. Det opprettes en mappe i Profil, der det skrives inn og dokumenteres fortløpende. I postjournalen er det taushetsplikt, info om venteliste, timeavtale, samarbeidsmøter, m.m. I Epj er det epikriser og journalnotat som dokumenterer oppfølging av brukeren.

Individuell plan

I følge helse- og omsorgstjenesteloven kap. 7 og forskrift av 16.12.2011 skal kommunen utarbeide en individuell plan (IP). Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven og eventuelt psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en IP, og at planarbeidet koordineres. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen, for å bidra til et helhetlig tilbud. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift. Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, med overordnet ansvar for IP, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Velferdsetaten i Oslo bruker også ACOS-IP (Noark-kjerne), som er et utbredt samhandlings-verktøy for IP. Her kan brukeren logge seg på og utveksle informasjon med sine hjelpere. Hjelperne kan på sin side logge seg på uavhengig av hvilket fagsystem de bruker til daglig.

Etterbruk

Velferdsetaten opplyser at det er svært sjelden at arkivene blir brukt i ettertid for å dokumentere rettigheter. NAV "eier" brukeren og dokumenterer selv hvilke tjenester de har kjøpt av Velferdsetaten. Det gjøres lite forskning på dette materialet, på tross av at etaten

selv vurderer det som et svært interessant materiale for forskning. Det er mulig at mye av den forskningen som kunne være aktuell ikke blir tilgodesett med økonomiske midler. Hovedsakelig er det studenter som tar kontakt, ellers leverer de tall til journalister, og sammenstiller helhetlig russtatistikk for Oslo kommune. Aggregerte tall benyttes som styringsdata for Velferdsetaten og kommunen som helhet, og er således med som grunnlag for dimensjonering av tjenestetilbudet. Velferdsetaten selv mente at utviklingen med at stadig flere oppgaver innen rus og psykisk helse legges til kommunen burde føre til at mer forskning også gjøres ut fra kommunale behov. Det har ofte vært slik at forskning har blitt gjort innenfor spesialisthelsetjenesten, mens det ble forsket lite i kommunene.

Arkivverkets OFFSEK-prosjekt kartla i sin tid at det kan forekomme etterspørsel etter dokumentasjon på avhengighet av et middel. Det har også vært etterspørsel etter barnevernssaker. Det ble ikke brakt på det rene om barn av tidligere klienter etterspurte dokumentasjon.

Oppsøkende tjenester / utekontakter

Oppsøkende sosialt arbeid i Norge har historie tilbake til 1969 da Uteseksjonen i Oslo kommune ble opprettet som den første oppsøkende tjenesten her til lands. I dag finnes det mellom 70 og 90 kommunale oppsøkende tjenester (utekontakter) i Norge. Felles for tjenestene er at de vektlegger tidlig intervensjon overfor unge, yngre voksne og voksne som står i fare for å utvikle, eller som har utviklet, problemer i tilknytning til rus og kriminalitet. Tjenestene har observerende, rådgivende og tilretteleggende funksjoner, og har ikke myndighet til å pålegge tiltak overfor klienter. Kontakten er frivillig. Tjenestene samarbeider med øvrig hjelpeapparat og rapporterer til egen administrasjon og politisk nivå om endringer og utviklingstrekk. Tjenestene har ulik organisatorisk tilknytning i kommunene. En sterkt økende andel er lagt til helsesektoren, mange er knyttet til oppvekst- og kultursektoren og rundt en femtedel er lagt til barnevern.

Dokumentasjonspraksisen er preget av ulikt mandat og ulik organisering og sektortilhørighet. Graden av skriftlighet har variert sterkt opp til senere tid, og har også i stor grad vært papirbasert, da hensiktsmessige dataverktøy ikke har eksistert. Det benyttes ulike journalsystemer rundt i kommunene, som i større eller mindre grad er tilpasset tjenesten. Systemene inneholder informasjon om både anonyme brukere og navngitte klienter, og journalene opprettes etter samtykke. I tillegg fører de oppsøkende tjenestene løpende feltrapporter/feltlogg, som dokumenterer aktivitetene og inneholder en del kvalitative opplysninger og observasjoner. Tjenestene kan også dokumentere kvalitative kartlegginger, dvs. intensivert virksomhet mot miljøer for å kartlegge definerte problemer i form av handlingsmønstre eller samfunnsforhold.

I forbindelse med en henvendelse fra Oslo byarkiv til Riksarkivet 22.09.2015 vedrørende bevaring eller kassasjon av arkivmateriale fra denne tjenesten, argumenterte byarkivet for at det var klart bevaringsverdig. I svarbrev 01.02.2016 sa Riksarkivet seg enig i at materialet kunne være bevaringsverdig. Tjenestene kunne muligens falle inn under § 5 og § 7 i folkehelseloven, men det var ikke opplagt at dette er lovpålagt oppgave, og tjenesten organiseres i tillegg svært ulikt rundt i kommunene. Riksarkivet konkluderte derfor med at det ikke var hensiktsmessig å pålegge bevaring i henhold til arkivlovgivningen, men at det skulle være opp til kommunen selv å velge ut hva som var bevaringsverdig av dette materialet. Prosjektet støtter seg til denne konklusjonen. Prosjektet anser ikke journal- og loggmaterialet etter de oppsøkende tjenestene som dokumentasjon av helsehjelp, og det faller dermed ikke under definisjonen av pasient- og journalopplysninger. De oppsøkende tjenestene holdes derfor utenfor forskriftsrevisjonen.

Pleie- og omsorgstjenester

Pleie og omsorg er regulert av Helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter, og favner et vidt spekter av tjenester til eldre og yngre pleietrengende.

Hjemmebaserte hjelpetjenester

Hjemmebaserte tjenester gir hovedsaklig tjenester til hjemmeboende eldre og personer med funksjonshemming uavhengig av alder og diagnose, samt personer med psykiske lidelser og personer med utviklingshemning over 18 år. Hjemmebaserte tjenester skal legge bedre til rette for individuell tilpassing av tjenester og mulighet til å bo i eget hjem livet ut.

Hjemmehjelp

Tjenesten inneholder nødvendig praktisk hjelp i hjemmet til alle dagliglivets gjøremål. Personer som har et særlig behov for praktisk hjelp i hjemmet på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker, kan søke om hjemmehjelp. De som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på praktisk bistand. Det er kommunen som i samarbeid med søkeren bestemmer hvilke tjenester som skal gis.

Hjemmesykepleie

Tjenesten kan omfatte sårbehandling, pleie, medikamenthåndtering osv. Arbeidet blir utført av sykepleiere eller andre helsearbeidere. Målgruppen er eldre, syke, funksjonshemmede m.m. som bor i kommunen og som har behov for helsehjelp hjemme. Det må foreligge et reelt behov for nødvendig helsehjelp.

Bolig med service

Bolig med service er et alternativ til bo- og behandlingssenter. Tilbudet er beregnet på eldre og funksjonshemmede som selv kan organisere sin tilværelse, men trenger tilsyn eller støtte til en del praktiske gjøremål. For beboere med hjelpebehov, tildeles tjenester på samme måte som for hjemmeboende og etter samme betalingssatser.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Tjenesten ytes i brukers hjem og er et alternativ eller supplement til tjenester til hjemmeboende. Ordningen vil si at bruker selv ansetter de personer vedkommende ønsker skal yte omsorgen. Ordningen retter seg derfor mot personer som er i stand til å være arbeidsgivere og har nødvendig innsikt og ressurser til å nyttegjøre seg ordningen.

Institusjonstjenester

Tjenestene gis hovedsaklig til eldre med stort behov for sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse, og hvor behovet tilsier opphold i institusjon. Oppholdene varierer i tid, fra dagopphold til flere uker, til opphold som varer livet ut.

Dagopphold

Tjenesten er et tilbud til mennesker som bor hjemme og som kan ha behov for å komme seg ut av en isolert tilværelse hjemme, har behov for aktivisering og rehabilitering eller når pårørende har behov for avlastning. Tjenesten gis hovedsakelig i tilknytning til ett av kommunens sykehjem (bo- og behandlingssentre) og ved noen seniorsentre. Brukeren mottar transport til og fra senteret, frokost, middag og kaffe, og tilbys aktiviteter.

Avlastningstiltak

Rettet mot den/de som yter omsorg for eldre, funksjonshemmede eller andre pleietrengende. Tyngende omsorgsarbeid skal vektlegges spesielt, f.eks. i form av mange timer pr. uke, fysisk eller tungt omsorgsarbeid eller mye omsorgsarbeid som bryter opp nattesøvnen. Kommunen kan her gi avlastning i form av hjemmehjelp, dagtilbud, avlastningsopphold på sykehjem eller øyeblikkelig hjelp. Avlastningen skal gi den som står for den daglige omsorgen rom for normal fritid, mulighet til å reise på ferier og tid til å holde fast ved sitt sosiale nettverk. Avlastningstiltak kan også gis til foreldre med funksjonshemmede barn, alvorlig psykisk syke barn og pårørende til personer med demens.

Sykehjemsplass

De som ikke får dekket sitt daglige behov for pleie og omsorg ved hjemmebaserte tjenester, kan søke om langtidsopphold på sykehjem. Målgruppe er de som ikke får dekket sitt daglige

behov for pleie og omsorg i hjemmet eller i omsorgsbolig. Søkeren må ha medisinsk behov for langtidsplass i sykehjem og alle andre tiltak må være prøvd. Korttidsopphold er et tidsavgrenset opphold i sykehjem. Målgruppen her er personer som har behov for f.eks. opptrening, bedre allmenntilstand, observasjon og vurdering. Opphold kan tildeles ved behov for opptrening og rehabilitering, utredning og observasjon, bedring av ernæring/ og allmenntilstand eller ved pleie ved livets slutt.

Det er egne sykehjemsplasser for personer med demens. Dette er egne forsterkede og skjermede enheter for demenspasienter med behov for spesiell oppfølging. Det er samme vilkår som for langtidsopphold ved sykehjem, men søker må ha en demensdiagnose, samt avvik i adferd i form av aggresjon og utagering, motorisk og/eller verbal uro og ukritisk sosial opptreden.

Andre tjenester

Andre tjenester kan være forsterket rehabilitering, egne tilbud om palliativ behandling, omsorgslønn, arbeid og aktivitetstilbud, støttekontakt og trygghetsalarm.

Organisering

Rammene for omsorg og pleie legges i stor grad i budsjett og handlingsplan som vedtas av kommunestyret. Handlingsprogrammet angir hvilke oppgaver som skal prioriteres eller nedprioriteres i den aktuelle perioden. Budsjettet angir hvor mye midler som settes av til de ulike formålene. Det vedtas politisk bl.a. hvor mye botid i kommunen som kreves for å ha rett til omsorgsbolig, hjemmehjelpsstandard samt ventelistegaranti for sykehjemsplass.

I Oslo er det Sykehjemsetaten som utfører bestillinger fra søknadskontorene i bydelene, ved å fordele plasser på sykehjemmene. Etaten har veilednings- og koordineringsoppgaver overfor sykehjemmene, og legger føringer for hvordan bydelene skal behandle dokumentasjonen tilknyttet til pleie og omsorg. Om lag halvparten av sykehjemmene i Oslo er kommunale, de øvrige er private der kommunen kjøper plasser. I Oslo er det organisert 4 helsehus, som har korttidsplasser/rehabilitering som oppgave. Før var disse tjenestene spredt rundt i kommunen. Her finnes også korttidsplasser for eldre med rusproblematikk. I sykehjemmene er det egne demensavdelinger hvor det trenges spesialkompetanse, men disse er ikke organisert som adskilte enheter.

Produksjon

Dokumentasjonsprosesser og –utfordringer i denne sektoren har tidligere blitt kartlagt, bl.a. i rapportene «*Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren*» (KS, 2015), samt «*Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten*» (Helsedirektoratet/KS, 2014). Fagsystemene innen sektoren har også blitt beskrevet i rapporten «*Metodikk for bevaring fra kommunale*

fagsystem» (SAMDOK, 2017). Disse rapportene inngår i kunnskapsgrunnlaget for prosjektets vurderinger. I tillegg har vi fra både depotinstitusjoner og kommuner/bydeler innhentet en rekke eksempler på opplysningstyper som registreres i fagsystemene innen sektoren, samt innhold og omfang av bestanden av papirbaserte arkiv.

Norske kommuner har i dag full dekning når det gjelder bruk av elektronisk fagsystem for pleie- og omsorgstjenestene, og det benyttes felles database for alle tjenestene. I Oslo er Gerica brukt i alle pleie- og omsorgsenhetene som er underlagt Sykehjemsetaten. Driftsansvaret for Gerica-basen ligger i Helseetaten. I Gerica har hver pasient sin journal, og Helseetaten tildeler leger, sykepleiere og sykehjem/helsehus systemtilgang til journalen ved vedtak om plass. Systemet har ikke uttrekksfunksjon, Dokumentasjon av vedtak om tvang registreres som adskilt sak i Gerica. Klager på tildeling av plass registreres i sakarkiv-systemet DocuLive. Opplysninger om klienter i denne forbindelse blir ikke skannet inn i systemet, men lagt i papirmappe.

Sykehjemsetaten opplyste at sykehjemmene i tillegg fører papirjournaler. Før Gerica ble innført var alt på papir, i hovedsak er det meste kassert. Alt som er i Gerica skal ikke være på papir, men etaten opplever at det er mye dobbelarkivering. Det finnes mest sannsynlig ikke register over de dokumentene som er lagt i papirjournalene. Hvilke dokumenter som legges i papirjournalene, kan variere veldig mellom institusjonene. Det er forskjellig hvordan arkivering er gjennomført, da det mangler rutinemessig tilnærming til å identifisere hva som kan bevares. Selv om utvalgsmetodikk for bevaring var opphevet i kommunene i 2014, er det fortsatt noen av institusjonene som ordner for kassasjon i henhold til gammelt regelverk.

Etaten har kartlagt sin dokumentasjon i forhold til bevaring og kassasjon i henhold til Byarkivets kartleggingsmaler i 2017/2018. Prosjektet har mottatt denne kartleggingen, samt arkivplan med bestandsoversikt for papirarkiv.

I Rana kommune har Omsorgsavdelinga brukt elektronisk saksbehandling/pasientjournal (Visma Profil) siden 2001. I saksbehandlingssdelen føres for eksempel tvangsvedtak og søknad/vedtak på tjenester, møtetreferat, individuell plan og husleiekontrakt. Skadeavvergende tiltak og fritak for utdannelseskrevet til personalet (tvang og makt jf. helse- og omsorgs-tjenesteloven kap. 9) er også i saksbehandlingssdelen i Profil. I pasientjournalssdelen i Profil føres epikriser, sakkyndige vurderinger, kopier fra helsepersonell, kontakt med pårørende, verge, alt av helsehjelp/tiltak/oppgaver som skjer hos brukeren.

For de psykisk utviklingshemmede i Rana som har plass i omsorgsbolig, ble det tidligere ført papirprotokoller. I dag føres pasientjournal i Visma Profil for disse, i tillegg til en egen journal i systemet for praktisk bistand. I tillegg har hver beboer en perm med rapporter og informasjon om tjenestestøtten. Kommunen har i tillegg et eget

tiltaksrapporteringssystem for denne klientgruppen, MAP Miljøterapeutisk Arbeidsplan, som opprettes for hver klient.

Siden systemet ikke har egen arkivkjerne må alle vedtak skrives ut og lagres på papirmappe. Inngående brev på papir skannes inn på journal. Laboratoriesvar, osv. fra sykehus og fastlege går direkte inn i systemet via elektroniske meldinger.

Rana kommune har mye eldre materiale fra sykehjemmene og hjemmetjenesten, først og fremst morsjournaler. Journalene inneholder blant annet medisinaliste, søvnliste, prøvesvar, kartleggingsskjema demens, epikrise, ambulanseskjema, kopi av dødsmelding. Journalene har omslag med fargekoder for ulike dokumenttyper. Kommunen har flere fulle rom med morsmapper. Samme person kan ha opptil 4 mapper på forskjellige steder, fordi vedkommende har mottatt tjenester fra ulike avdelinger. Ved bortsetting blir kopier kastet, inkludert epikriser, fordi man antar at de oppbevares hos fastlegen.

Etterbruk

OFFSEK-prosjektet kartla i 2011 at Bærum kommune sjelden hadde behov for å åpne en journal når personen ikke lenger mottok kommunens tjenester. Kommunen hadde fått enkelte henvendelser fra arvinger som trenger journalen for å dokumentere avdødes tilregnelighet ved inngåelse av testamente etc. Det hadde også vært noen rettssaker angående hjelpeverger som har forledet den han eller hun er hjelpeverge for til å overføre penger til hjelpevergen. Kommunen mottok enkelte saker angående feilbehandling ved institusjon eller av hjemmesykepleien. Disse sakene ble behandlet av tjenestestedet, deretter gikk saken til fylkesmannen og Helsetilsynet. Det var liten eller ingen etterspørsel etter journaler som er slettet. Ved besøk i 2018 opplyste Bærum kommune om at de ikke kjenner til at noen forskere har bedt om innsyn i materialet etter pleie og omsorg, samt at kvaliteten på de eldre papirjournalene fra disse tjenesten er så dårlig at de ikke egner seg for forskning overhodet.

Sykehjemsetaten i Oslo opplyste at Gericas gradvis har fått bedre funksjon for bevaring av historikk, og at det er mye statistikk, rettigheter og en del dokumentasjon for forskning som nok er interessant for forskning. Men det er vanskelig for å hente ut informasjon fra Gericas. Det kompliseres ytterligere av for dårlige og lite enhetlige arkiveringsrutiner når det gjelder de tilhørende papirjournalene. Det er en del forskere som henvender seg til etaten, for å få tilgang til Gericas. Aktuelle forskningsemner var f.eks. forskning på dødsårsaker, og sammenhenger mellom tjeneste, legemidler, og den spesifikke diagnosen. Når det gjaldt historiefaglig interesse for eldre materiale, tvilte arkivarene i Sykehjemsetaten på om man trenger pasientjournaler til å gi informasjon om fagfeltet og tjenestetilbudet. Det har ikke vært etterspørsel etter morsjournaler fra pårørende.

I Rana kommune opplyses det at det er få forespørsler om innsyn i eldre materiale, men det er noen. Noen henvendelser kommer umiddelbart etter dødsfall, da pårørende ønsker å vite mer om omstendigheter omkring dødsfallet. Pårørende får som regel utskrift av journalen. Det kan komme henvendelser om innsyn der Fylkesmannen har mistanke om at det har skjedd noe kriminelt, eller annen klage. Slike henvendelser kommer også relativt kort tid etter dødsfall. Det har også forekommet at SSB ønsker innsyn for oppklaring av opplysninger som gjelder spesifikt dødsårsak. For eksempel har SSB fått rapportert «Alderssvekkelse», som ikke er tilstrekkelig årsak i deres skjema. Også kreftdiagnoser kan gi grunnlag for spørsmål om innsyn for nærmere presisering. Ved slike henvendelser får sykehjemslegen journalen og tar den videre kontakten med SSB.

Krisesentre

Krisesentrenes virksomhet er regulert i Lov av 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova). Krisesenteret har i oppgave å utgjøre et døgnåpent lavterskeltilbud for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Tilbudet skal være et beskyttet sted å bo i en overgangsfase. Tilbudet består i samtaler og veiledning per telefon eller ved personlig oppmøte. Tilbudet er frivillig. Krisesenterets personale er organisert i team rundt brukeren (primærkontakt, barnefaglig kontakt, miljøkontakt). Det er ingen krav til henvisning eller timeavtale. Krisesentertilbudet drives etter prinsippet om hjelp til selvhjelp. Det gis ikke tilbud om behandling i krisesentertilbudet, men brukerne veiledes og gis assistanse til å ta kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Brukerne har rett til å være anonyme.

Alle kommuner skal ha et krisesentertilbud, enten i sin egen kommune, eller i samarbeid med nabokommuner. De fleste krisesentertilbudene er enten kommunale virksomheter eller interkommunale selskap. Krisesenterlova pålegger i utgangspunktet ikke kommunene å registrere opplysninger om krisesentertilbudet og om brukerne. Journalopplysninger om enkeltindivider gis ut til klientene, og i henhold til retningslinjer fra Datatilsynet av 07.07.2006 oppbevares opplysningene i enhetene kun etter samtykke og maksimalt i 2 år. Den korte bevaringstiden har vist seg som et problem på grunn av opplysningenes verdi som rettsbevis i ettertid. I samtale med det private Oslo krisesenter 06.09.2017 kom det fram at senteret har søkt Justisdepartementet om å få oppbevare opplysninger i 5 år. Det har ikke blitt noen avklaring på dette foreløpig.

Bestillerenheter

I forbindelse med innføring av bestiller-/utførermodellen i norske kommuner ble det på 2000-tallet organisert bestillerenheter, som samordner og koordinerer tjenester innen helse- og omsorgssektoren, og gjør vedtak om ytelser ut fra faglige vurderinger. Dette var tidligere oppgaver som var pålagt den enkelte tjeneste/utfører. Bestillerenhetene er plassert på

avdelingsnivå i bydelen/ kommunen og fatter vedtak om tjenestebehov, som så formidles til utfører. Klager fra brukerne skal rettes til bestillerenhetene, og disse behandler også søknader om innsyn i pasientopplysninger. Enhetene har flere betegnelser, og kalles også ofte søknadskontorer, tildelingskontorer, bestillerkontorer eller helse-/velferdskontorer. De fleste saker som bestillerenhetene behandler gjelder enkeltpersoner og det opprettes journaler for alle som mottar et tilbud fra kommunen.

Arkivdanningen foregår typisk ved at søker tar kontakt med kontoret, som gir råd og veiledning. De vurderer og saksbehandler søknaden. Saksbehandler forbereder saken, og kommunen fatter vedtak. Vedtaket sendes søker, med beskjed om at respektive distrikt har fått ansvar for selve tjenesteytingen. De respektive distrikt står for selve tjenesteytingen. Det vil nok variere i hvilken grad disse enhetene selv oppbevarer pasient- og journalopplysninger, og ofte vil det nok dreie seg om kopier av dokumentasjon som også finnes i fagsystem og/eller oppbevares ved andre tjenestesteder. Et eksempel fra kartleggingen i Oslo (Grunerløkka bydel) viser at de opplysningene kontoret oppbevarer, er de samme journalopplysningene som finnes hos lege, bruker og på andre tjenestesteder som hjemmetjenester og FACT-team. Søknadskontoret oppbevarer også papirbasert saksarkiv for TT-tjenester, der dokumentasjonen fantes i Geric. I mange tilfeller overtar kontorene ansvar for morsmapper, eller mapper på klienter der tjenestene er avsluttet.

Kommuneleger

Kommunelegefunksjonen er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5. Noen av de viktigste oppgavene til kommunelegen er medisinskfaglig rådgivning til ledelsen og bydelens virksomheter, samarbeid med spesialisthelsetjenesten (både somatikk og psykiatri), rådgiver/ kontaktperson for fastlegetjenesten, samt planarbeid og annen saksbehandling innen miljørettet helsevern, smittevern og kriseberedskap.

Ut fra eksterne kartlegginger ser vi at det oppbevares papirbaserte pasientopplysninger hos kommunelege/bydelsoverlege, i den grad denne har vært involvert i saker vedrørende enkeltklienter. Dette er for eksempel i forbindelse med vedtak om tvungen legeundersøkelse, samt samarbeid med søknads-/bestillerenhet om ulike ytelser til pasienter. Vi antar at det ofte dreier seg om kopier av dokumentasjon som finnes elektronisk, eller som oppbevares på papir ved bestillerenhet eller ved tjenestestedene.

Ulike profesjoner

Psykologer har vært tilknyttet de kommunale tjenestene siden 1950-tallet, men antallet har økt sterkt de siste 10 årene, som resultat av en satsning for å rekruttere flere psykologer som en del av kommunens lavterskeltilbud for psykisk helse. Kommunepsykologene skal behandle og forebygge, og deres arbeidsoppgaver skal inneholde befolknings-, gruppe-, familie- og individrettede tiltak samt veiledning av andre personer og tjenester i kommunen.

De fleste jobber med barn og unges psykiske helse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Men stadig flere jobber mot voksne, svært få jobber foreløpig med eldre. Psykologer jobber også med utredning og behandling av voksne klienter, og de har en veiledningsrolle overfor kommunens psykiatriske team, og er tilknyttet kommunens kriseteam.

Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet og av behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapitjenesten utøves på helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem. Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet. Ergoterapeutene i kommunene jobber med forebygging og rehabilitering og velferdsteknologi i ulike omsorgsenheter. Disse yrkesgruppene registrerer journal-opplysninger enten i egne systemer (hvis privatpraktiserende) eller i kommunens sentrale pleie- og omsorgssystemer.

Helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen. Retten til helsehjelp for asylsøkere gjelder fra de kommer til Norge for å søke beskyttelse. Flyktninger og familiegjenforente har også fulle rettigheter til helsehjelp fra de ankommer landet. Rettighetene omfatter både somatisk og psykisk helsehjelp fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, inkludert hjelp for rusmiddelproblemer, men voksne asylsøkere har ikke rett til omsorgstjenester fra kommunen. Se forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 6.

Vedlegg 1: Gjeldende lover - kommunenes oppgaver innenfor helse- og omsorgssektoren

Dette er ingen uttømmende liste, kun en gjengivelse av de lover og forskrifter som det er vist til i diverse arkivplaner.

1. Administrative lover

Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov av 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv (arkivlova)

Lov av 15. juni 2001 om elektronisk signatur (esignaturloven)

Lov av 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i offentlig verksemd (offentleglova)

Lov av 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

2. Administrative forskrifter

Forskrift av 25. juni 2004 nr. 988 om elektronisk kommunikasjon med og i forvaltningen (eforvaltningsforskriften)

Forskrift av 15. desember 2017 nr. 2105 om offentlege arkiv

Forskrift av 19. desember 2017 nr. 2286 om utfyllende tekniske og arkivfaglige bestemmelser om behandling av offentlige arkiver (riksarkivarens forskrift)

Forskrift av 15. juni 2018 nr. 876 om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)

3. Lover som omhandler helse- og sosialfunksjonen

Lov av 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakkskader (tobakkskadeloven)

Lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)

Lov av 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven)

Lov av 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)

Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barneverntjenester)

Lov av 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)

Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)

Lov av 7. juni 1996 nr. 32 om gravplasser, kremasjon og gravferd (gravferdsloven)

Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)

Lov av 13. juni 1997 nr. 55 om serveringsvirksomhet (serveringsloven)

Lov av 20. mars 1998 nr. 10 om forebyggende sikkerhetstjeneste (sikkerhetsloven)

Lov av 17. juli 1998 nr. 56 om årsregnskap m.v. (regnskapsloven)

Lov av 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)

Lov av 26. mars 1999 nr. 17 om husleieavtaler (husleieloven)

Lov av 25. juni 1999 nr. 46 om finansavtaler og finansoppdrag (finansavtaleloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven)

Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

Lov av 12. desember 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven)

Lov av 4. juli 2003 nr. 80 om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)

Lov av 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)

Lov av 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Lov av 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

Lov av 29. mai 2009 nr. 30 om husbanken (husbankloven)

Lov av 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova)

Lov av 19. juni 2009 nr. 97 om dyrevelferd (dyrevelferdsloven)

Lov av 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

Lov av 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål (vergemålsloven)

Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov av 24. august 2012 nr. 64 om bustøtte (bustøttelova)

Lov av 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Lov av 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

4. Forskrifter som omhandler helse- og sosialfunksjonen

Forskrift av 14. november 1988 nr. 932 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Forskrift av 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Forskrift av 13. juni 1996 nr. 592 om badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse

Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Forskrift av 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern

Forskrift av 8. juni 2005 nr. 583 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. (alkoholforskriften)

Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Forskrift av 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll

Forskrift av 23. februar 2011 nr. 191 om tilskudd til etablering og tilpasning av bolig, med mer

Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1255 om helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjeneste

Forskrift av 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene

Forskrift av 29. november 2012 nr. 1283 om bustøtte

Forskrift av 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika (narkotikaforskriften)

Forskrift av 12. mars 2014 nr. 273 om startlån fra Husbanken

Forskrift av 20. mars 2015 nr. 231 om krav til organisering av legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift av 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)

