

GALLRINGSRÅD NR 6

Bevara eller gallra

RÅD OM PATIENTJOURNALER OCH ÖVRIG VÅRD-
DOKUMENTATION I LANDSTING/REGION OCH KOMMUN

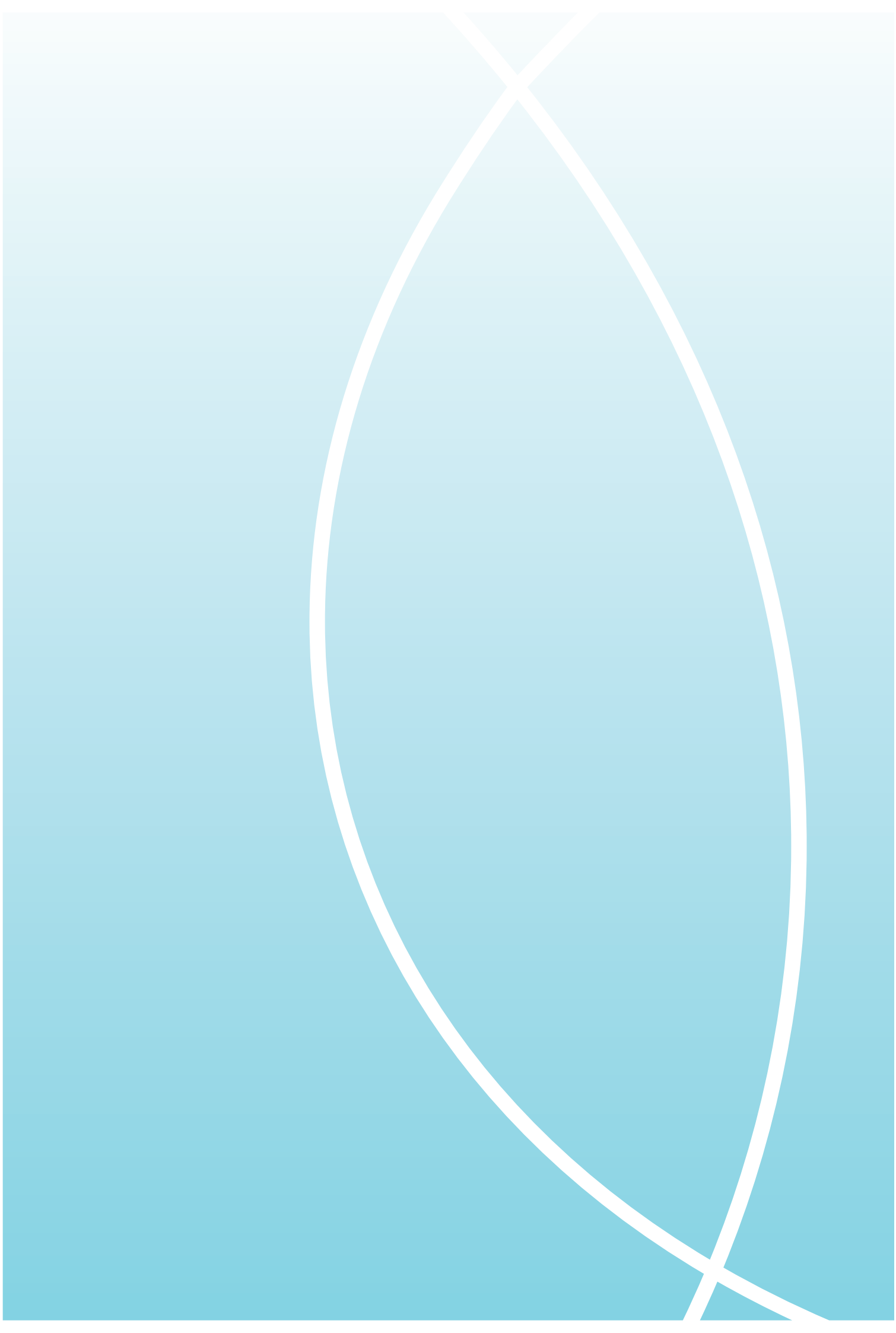
6



Riksarkivet



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Bevara eller gallra

RÅD OM PATIENTJOURNALER OCH ÖVRIG VÅRDDOKUMENTATION
I LANDSTING/REGION OCH KOMMUN



Upplysningar om innehållet:
Ulrika Gustafsson, ulrika.gustafsson@skl.se

© Sveriges kommuner och Landsting, 2014
ISBN/Bestnr: 978-91-7585-161-7
Illustration/foto: SKL
Produktion: EO
Tryck: LTAB, 2014

Serien ”Bevara eller gallra”?

Serien Gallringsråd ges ut av Sveriges kommuner och Landsting och Riksarkivet.

Råden utarbetas genom Samrådsgruppen för kommunala arkivfrågor i vilken ingår representanter för kommuner, landsting/regioner och Riksarkivet.

Tillägg till och uppdateringar av gallringsråden publiceras löpande på Samrådsgruppens hemsida. Den tryckta versionen av ett råd kan alltså vara föråldrad, se även hemsidan med adress www.samradsgruppen.se, där ev. tillägg och uppdateringar kan hämtas som PDF-filer.

I serien ”Bevara eller gallra” har tidigare utgivits:

1. Gallringsråd för lednings- och stödprocesser inom kommuner, landsting och regioner – 4:e upplagan 2010.
2. Gallringsråd för kommuners, landstings och regioners utbildningsväsende – 4:e upplagan 2011.
3. Råd om bevarande och gallring av handlingar inom den kommunala och landstingskommunala fritids- och kulturverksamheten – 2:a upplagan 2004.
4. Råd om kartor och ritningar för kommuner och landsting – 1991.
5. Råd för den kommunala socialtjänsten m.m. – 3:e upplagan 2006.
6. Råd om regionernas, landstingens och kommunernas patientjournaler och annan medicinsk information – 2:a upplagan 2007.
7. Råd om teknisk verksamhet, mark och fastigheter samt bostadsförsörjning hos kommuner och landsting – 2:a upplagan 2014.
8. Råd om bevarande och gallring av handlingar hos kommunernas miljö- och hälsoskydds-verksamhet – 2:a upplagan 2008.
9. Råd för överförmyndare – 2003.
10. Råd om bevarande och gallring av handlingar hos räddningstjänsten – 2004.
11. Råd om bevarande och gallring av handlingar rörande kommunens uppgifter inom plan- och byggnadsväsendet – 2006.
12. Råd om bevarande och gallring av handlingar hos smittskyddsenheter – 2008.

Innehåll

7	Kapitel 1. Bakgrund och avgränsning
9	1.1 Förord till tredje upplagan
11	1.2 Förkortningar
12	1.3 Totalbevarande av patientjournaler
14	1.4 Termlista
17	1.5 Patientjournalen
18	1.6 Att föra patientjournal
19	1.7 Verksamhetsbaserad arkivredovisning
20	Kapitel 2. Regelverk för hälso- och sjukvårdsområde
22	2.1 Utvecklingen inom hälso- och sjukvård
23	2.2 Sammanhållen journalföring
24	2.3 Vårdrelaterade register och system
27	2.4 Ansvarsfördelning landsting - kommun
27	2.5 Hälso- och sjukvård eller social omsorg
28	2.6 Överlämnande och hantering av journaler
30	2.7 Arkivmyndigheten
31	2.8 Gallring av patientjournalhandlingar (undantag från bevarande)
34	Kapitel 3. Särskilda rutiner och verksamhetsområden
34	3.1 Remissförfarandet
37	3.2 Kvalitet och ledningssystem
39	3.3 Samordnad vårdplanering
42	3.4 Mödravård
43	3.5 Hälsovård för barn och unga
45	3.6 Läkemedelshantering
46	3.7 Läkemedelsprovning
47	3.8 Delegering av medicinska arbetsuppgifter
48	3.9 Patientsäkerhet och avvikelser
52	3.10 Medicinsk service (röntgen, strålning, kliniskt fysiologiskt laboratorium, blodcentral och biobanker)
56	3.11 Rehabilitering (sjukgymnastik, hjälpmedel, arbetsterapi, proteser)
59	3.12 Medicintekniska produkter, apparatur- och instrumentvård
62	3.13 Loggning av händelser i nätverk och databassystem
64	Kapitel 4. Dokumenthanteringsplan för utförare av hälso- och sjukvård
64	Bilaga

Bakgrund och avgränsning

Arkivhandlingar

Handlingar som förekommer hos kommuner och landsting/region (allmänna handlingar) utgör dess arkiv. Dessa råd är avsedda att vara till hjälp när kommuner, landsting/region och kommunalförbund beslutar om vilka handlingar som ska gallras (det vill säga förstöras) och vilka som ska bevaras. Råden är avsedda även för de kommunala bolag, handelsbolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där kommun eller landsting/region äger ett rättsligt bestämmande inflytande* och som enligt *offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)* jämföras med myndigheter i avseende på allmänna handlingar.

Vid beslut som rör bevarande och gallring av de allmänna handlingarna (arkivet) ska man beakta att de är en del av det nationella kulturarvet, och att de tillgodoser rätten till insyn (handlingsoffentlighet), behovet av information vid rättskipning, förvaltningens behov av information, liksom forskningens behov av källmaterial.

Gallringsråden är teknikneutrala, vilket innebär att rekommendationerna om bevarande eller gallring är desamma oberoende av om uppgifterna finns på papper eller elektroniskt medium (till exempel en databas eller e-post). När man bevarar digitala handlingar (bildfiler, ljudfiler, databaser, webb etc.) krävs speciella förutsättningar vad gäller dels informationens format och dels själva mediet som informationen lagras på. Om detta finns mer att ta del av på hemsidan för Samrådsgruppen för kommunala arkivfrågor www.samradsgruppen.se samt på Riksarkivets hemsida www.riksarkivet.se.

*) Med rättsligt bestämmande inflytande menas att kommun eller landsting äger mer än hälften av bolaget eller den ekonomiska föreningen.

Gallring

Gallring innebär att förstöra allmänna handlingar eller uppgifter i allmänna handlingar, eller vidta andra åtgärder med handlingarna som medför:

- › förlust av betydelsebärande data,
- › förlust av möjliga sammanställningar,
- › förlust av sökmöjligheter, eller
- › förlust av möjligheter att bedöma handlingarnas autenticitet.

Rent praktiskt kan det alltså vid pappersutskrift av ett elektroniskt register vara fråga om gallring. Då man vid utskrift fixerar informationen på ett visst sätt, får det till följd att sökmöjligheter och möjlighet till sammanställningar som ursprungligen fanns förloras.

Det blir alltmer vanligt förekommande att journalhandlingar som inkommer till en myndighet i pappersform skannas. Pappersförlagan kan då gallras om man beslutat att systemet ska bevaras elektroniskt och säkerställt att detta är möjligt enligt gällande standarder.

De i gallringsråden angivna gallringsfristerna är teknikneutrala vilket innebär att de även gäller uppgifter (allmänna handlingar) i elektroniska system.

Motiv för bevarande eller gallring

Det är tillåtet att gallra allmänna handlingar, men det finns viktiga förbehåll. Om man gallrar för mycket går betydelsefull information förlorad. Dessa råd avser att underlätta den praktiska verksamheten och vara ett stöd för egna gallringsbeslut. Då man avgör om en handling ska bevaras eller gallras, ska en värdering av informationen göras, med hänsyn till informationens betydelse för verksamheten (myndigheten och kommunen/landstinget i stort), för allmänhetens rätt till insyn, samt dess långsiktiga betydelse för framtida forskning (tillgången till källmaterial).

De grundläggande bestämmelserna om bevarande och gallring finns i *2 kap. 18 § Tryckfrihetsförordningen (1949:105)* och i *arkivlagen (1990:782)*.

Om det i lag eller förordning finns avvikande bestämmelser om gallring av vissa allmänna handlingar så gäller dessa bestämmelser före *arkivlagen (1990:782)*.

Se vidare avsnitt 2.8 ”Gallring av patientjournalhandlingar (undantag från bevarande)”.

Var fattas beslut om gallring?

Varje kommun och varje landsting ansvarar för sina allmänna handlingar. Det framgår av kommunens/landstingets arkivreglemente (motsv.) vem eller vilka inom kommunen som beslutar om gallring.

Dessa råd måste anpassas efter varje kommuns/landstings förutsättningar och rutiner inom verksamhetsområdet. Benämning på handlingsslag kan variera. Handläggande personal måste därför väl känna till verksamheten för att tillämpa råden.

Observera alltså att de råd som ges om gallring av handlingar i denna skrift är en vägledning och måste fastställas genom beslut inom respektive kommun/landsting för att vara gällande.

När ska gallring ske?

När det anges att en allmän handling kan gallras efter tio år betyder det att tio kalenderår ska förflyta efter det att handlingen kom till eller ärendet avslutades. Allmänna handlingar med tio års gallringsfrist som upprättas 2004, kan alltså gallras tidigast i januari 2015.

Uttrycket vid inaktualitet används för att beteckna en gallringsfrist som är kort och som kan bestämmas av förvaltningen själv utifrån dess behov av informationen vilket således kan variera beroende på lokala förhållanden.

Rensning

Senast i samband med att ett ärende avslutas, ska man ta ställning till om minnesanteckningar, utkast och andra motsvarande handlingar ska arkiveras och därmed bli allmänna handlingar enligt bestämmelserna i 2 kap. 9 § tryckfrihetsförordningen (1949:105). Att förstöra sådana handlingar som inte ska arkiveras, kallas rensning. Normalt utförs rensning av berörd handläggare.

1.1 Förord till tredje upplagan

Förändrad lagstiftning och redovisning

Den utredning som ligger till grund för de förändringar och kompletteringar som gjorts i upplaga två har utförts av sektionschef Håkan Gustavsson vid Regionarkivet (Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen). I arbetet med bearbetning och sammanställning deltog även 1:e arkivarie Mona-Lisa Nilsson, arkivarie Anna Connell och konservator Inger Ligmajer.

I syfte att anpassa råden till *patientdatalagen (2008:355)* och med hänsyn till Riksarkivets nya regler för arkivredovisning har en översyn gjorts i denna upplaga nr 3. Kompletteringar och ändringar har påbörjats av verksamhetschef Håkan Gustavsson och slutförts av arkivarie Gunnel Andersson i samråd med landstingsarkivarie Marina Brokås, landstingsarkivarie Agneta Sundstrand och förvaltningschef Bo Thalén. Färdigställandet har skett i samarbete med arkivchef Charlotta Tengbert samt arkivarierna Elin Forsne och Tone Sommervold, verksamma vid enheten för Arkiv och informationsstruktur vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Avgränsning och syfte

Detta gallringsråd (nr 6) har fokus på de patientjournaler och vissa andra handlingar som uppkommer i landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet, det vill säga verksamhet som avses i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*, *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*, *lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*, *smittskyddslagen (2004:168)*, *lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*, *lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering*.

Rådet syftar till att vara ett stöd vid upprättande av dokumenteringshanteringsplan och beslut om gallring.

I denna upplaga har tandvårdens handlingar utelämnats, eftersom ett särskilt gallringsråd för tandvård planeras. Handlingar som uppkommer i smittskyddsenheternas verksamhet behandlas i det tidigare utgivna Gallringsråd nr 12.

Exempel på dokumenthanteringsplan

Den dokumenthanteringsplan (BILAGA) som medföljer gallringsrådet är utformad för utförare av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Landsting – region

I föreliggande råd avses med ”landsting” även befintliga regionbildningar.

1.2 Förkortningar

ADL	Aktiviteter i dagliga livet
AFS	Arbetsmiljöverkets föreskrifter
BVC	Barnvårdscentral
HSA-katalog	Hälsa- och sjukvårdens adressregister
HSAN	Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (administrerar sedan 1/1 2011 endast behörighetsfrågor)
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)
IVF	In vitro fertilisering (provrörsbefruktning)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg (bl. a. instans för klagomål på vården, jfr HSAN)
KIV	Katalog i Väst
LFF	Läkemedelsförsäkringsföreningen
LMV	Läkemedelsverket
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LÖF	Landstingens ömsesidiga försäkringsaktiebolag (numera Patientförsäkringen LÖF)
MVC	Mödravårdscentral
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
PdL	Patientdatalagen (2008:355)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
PSR	Personskadereglering AB, utförde patientskadereglering, sedan 2010-01-01 Patientförsäkringen LÖF

SFS	Svensk författningssamling
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling (innehåller Socialstyrelsens föreskrifter & allmänna råd)
SSIFS	Statens strålskyddsinstituts författningssamling (till 30/6 2008)
SSMFS	Strålsäkerhetsmyndighetens författningssamling (från 1/7 2008)
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

1.3 Totalbevarande av patientjournaler

Patientjournalen

Vid vård av en patient ska det föras en patientjournal. I *PdL* stadgas att patientjournaler ska bevaras i minst tio år efter sista anteckning. I föreliggande gallringsråd föreslås att alla patientjournaler ska bevaras i sin helhet, men att enstaka handlingstyper under vissa omständigheter ändå kan gallras om så uttryckligen anges i dokumenthanteringsplanen. Angående gallring av hela patientjournaler eller hela journalbestånd, se under rubriken ”*Gallring av patientjournalhandlingar (undantag från bevarande)*”.

En patientjournal är aktuell under lång tid. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård och fyller med detta ett patientsäkerhetsmässigt syfte. Journalen är ett stöd och ett nödvändigt arbetsverktyg för dem som arbetar i vården, men är också viktig för den som ansvarar för vården (vårdgivaren). Journalen används för tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, för forskning, samt för uppföljning och utveckling av verksamheten. Inte minst är patientjournalen är en viktig källa för patienten själv.

Bakgrund till rekommenderat bevarande av patientjournaler

Några faktorer som ligger till grund för en förändrad syn på bevarande och gallring av patientjournaler:

- Sökbarhet i kombination med bearbetningsmöjligheter i elektroniska patientjournalssystem, andra vårdinformationssystem, och i arkivdatabaser kan främja användningen av vårddokumentation. Detta kan ge nya infallsvinklar på bakomliggande sjukdomsorsaker, och därmed öka möjligheterna att sätta in patientens problem i ett vidare sammanhang. Tillsammans med satsningen på biobanker innebär detta att journalen

får ökad betydelse i arbetet med att spåra ärftlighetsfaktorer, liksom olika sjukdomars orsaker och förlopp.

- Information i patientjournalen behövs för olika typer av utredningar. Preskriptionstiden för utredningar kring ersättningsanspråk eller disciplin- och ansvarsärenden kan i vissa fall sträcka sig till tio år efter vårdtillfället, och det är därför viktigt att den information som fanns tillgänglig vid vårdtillfället finns kvar i händelse av en utredning. Den kan bli aktuell i samband med till exempelvis en arbetsskadebedömning (se t.ex. *Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:6) om medicinska kontroller i arbetslivet*).
- Journaluppgifter som är viktiga att bevara och kunna återsöka återfinns inte nödvändigtvis i de anteckningar som läkare gjort. Dagens teambase-erade arbetssätt där olika personalgrupper samverkar i vård och behandling av patienter och med en utvidgad rätt att delegera vårduppgifter, innebär svårigheter att väga betydelsen av olika personalgruppers journaler och journalanteckningar mot varandra. Vårdprocessen ställs i fokus och det är viktigt för alla med en vårdrelation till patienten att känna till vilka insatser som gjorts, av såväl medicinsk som omvårdande art. På motsvarande sätt kan allt det som skrivs om en patient och som ingår i en patientjournal komma att ligga till grund för en läkarbedömning. Det pågår också en utveckling mot att använda enhetliga begrepp i vårddokumentationen, och en likartad struktur för att bättre kunna återvinna det som skrivs om en patient och använda detta som ett beslutsstöd i framtida vårdinsatser.
- Bestämmelser som gäller för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården ställer krav på uppföljning, utvärdering och en omfattande egenkontroll (*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*). Även här kan patientjournalen vara en viktig informationskälla.
- Förutsättningarna för att fysiskt bevara journaler och övrig medicinsk dokumentation är under förändring, allteftersom patientjournalen på papper ersätts av elektroniska journaler med skannade komplement- eller restjournaler. Tidigare gallringsprinciper som tillät gallring var starkt påverkade av växande journalarkiv i pappersform. Den snabba tillväxten upplevdes som ett stort problem och den plockgallring som föreslogs syftade till att reducera tillväxten utan att missakta behovet av journalinformation ur vård- och forskningssynpunkt. Det handlade om att bevara kärnan i journalerna genom att bevara handlingar som förts eller antecknats av läkare. Mikrofilmning förespråkades tidigare som en metod för att ytterligare minska utrymmesbehoven. I dag upplevs inte tillväxten på papper som ett lika stort problem. Övergången till elektroniska patientjournaler och andra elektroniska vårdinformationssystem reser i stället andra

frågeställningar. Här handlar det om möjligheten att flytta journalinformationen från olika elektroniska journalsystem och i stället lagra den i system som utvecklats för långsiktigt bevarande. Därigenom kan informationen bevaras på ett strukturerat och detaljerat sätt samtidigt som kostnaderna minimeras. System för arkiverade journaler kan ha färre funktionaliteter, behöver sällan uppgraderas och kan driftas i en billig och effektiv miljö.

Mot den bakgrunden utgår denna vägledning från principen om ett totalbevarande av patientjournaler. Det måste dock betonas att varje landsting avgör i vilken utsträckning patientjournalerna ska bevaras. Saknas resurser för att främja forskningens datatillgång kan gallring vara ett alternativ, men måste i så fall föregås av noga överväganden i gallringsutredningar som sker i samklang med forskningens önskemål och synpunkter.

BEVARANDE AV PATIENTJOURNALER

Patientjournaler, oavsett vilka personalgrupper som skriver i dem, bör bevaras. De bör finnas kvar under patientens livstid och därefter stå till forskningens förfogande.

1.4 Termlista

Ordförklaringarna nedan utgår i många fall från definitionerna i Socialstyrelsens termbank.

Arkivbildare

Myndighet, företag, organisation (dvs juridiska personer) eller privatperson som genom sin existens och verksamhet skapar och mottar handlingar (analog och/eller digitala).

Avvikelse

En avvikelse är en händelse som medfört, eller hade kunnat medföra, en icke förväntad skada för en patient.

Dokumenthanteringsplan

En fastställd (beslutad) handling som anger hur en arkivbildare ska hantera samtliga förekommande handlingsslag.

HSA-katalog

Hälsa- och sjukvårdens adressregister, HSA-katalogen, är en elektronisk katalog med kvalitetssäkrade uppgifter om enheter, funktioner, och personer för vårdgivare i offentlig såväl som i privat regi. HSA innehåller strukturerad, sökbar information, där till exempel kontaktuppgifter blir nåbara över hela landet.

Hälsa- och sjukvård

Med hälsa- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälsa- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Med hälsa- och sjukvård avses enligt *patientdatalagen (2008:355)* verksamhet som omfattas av *hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)*, *tandvårdslagen (1985:125)*, *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*, *lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*, *smittskyddslagen (2004:168)*, den upphörda *lagen (1944:133) om kastrering*, *lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall* samt *lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.*

Informationsägare

Med informationsägare avses den vårdgivare, myndighet, arkivbildare etc. som äger och ansvarar för informationen (vanligen den som har mandat att styra över den verksamhet som bildar arkivet).

Journalhandling

En journalhandling är en handling enligt *TFs* definition (dvs. framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel) som upprättas i eller inkommer i samband med vården av en patient. Den innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

Patientjournal

En patientjournal utgörs av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient (en patientjournal får alltså inte omfatta två eller flera olika personer). Till patientjournalen hör även alla de dokument, intyg, rapporter med mera, som inkommer till den aktuella vårdenheten eller som upprättas där. Även videofilmer, röntgenbilder, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar. Vävnadsprover räknas dock inte som journalhandling.

Remiss

Beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för viss patient (jämför *Vårdbegäran*).

Sammanhållen journalföring

Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.

Screening

Screening avser en systematisk undersökning i förebyggande syfte av en grupp människor. Screening kan utföras utan att personen uppvisar symptom och kan ske till exempel med hjälp av ett medicinskt test eller ett enkelt frågeformulär.

Sluten vård

Sluten vård är vård där patienten är boende på en sjukvårdsinrättning, dvs. är inlagd över en eller flera nätter.

Vårdbegäran

En begäran om erhållande av hälso- och sjukvård. Detta brukar hanteras i ett remissförfarande (jämför *Remiss*).

Vårdgivare

Vårdgivare är verksamhet inom statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som denne ansvarar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som utför hälso- och sjukvård enligt *patientsäkerhetslagens (2010:659)* definition, och som är upptagen i det nationella vårdgivarregistret. En verksamhet som arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvården (t.ex. verksamhet med provtagning, analys, utredningar etc.) ska anmäla detta till IVO. IVO har hand om och uppdaterar vårdgivarregistret över verksamheter som utför hälso- och sjukvård enligt *patientsäkerhetslagen (2010:659)*. En huvudman kan bli vårdgivare enbart om denne är rapporterad till IVOs vårdgivarregister och upptagen där.

Öppen vård

Öppenvård eller poliklinisk vård är ett samlingsnamn för sådan behandling, terapi, hälso- och sjukvård som utförs på icke inneliggande patienter.

Hemsjukvård

Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

1.5 Patientjournalen

Patientjournalen är vårdens viktigaste arbetsinstrument.

PdL samt *OSL* gör att det inte längre spelar någon roll hur huvudmännen organiserar sig. Ramen för vad som utgör en patientjournal är idag samtliga sjukvårdande enheter inom en vårdgivare oavsett organisatorisk tillhörighet i övrigt. Den som arbetar hos en vårdgivare och deltar i vården av en patient får under vissa omständigheter ta del av uppgifter i journalen och dokumentera i den, oavsett var inom kommunen/landstinget den befinner sig.

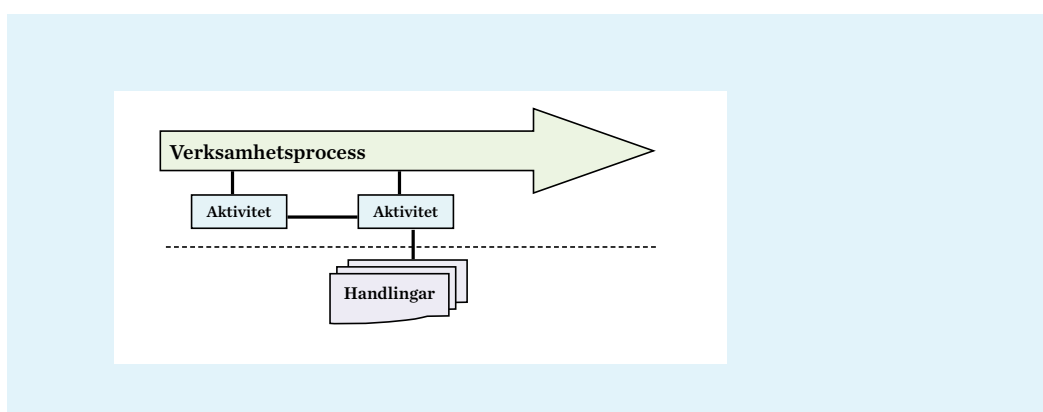
Handlingsbegreppet kopplat till patientjournalen

Informationen som bildar handlingar i en patientjournal bör beskrivas i det sammanhang där de uppkommer eller hanteras. På så vis kan man också bibehålla viktiga juridiska, organisatoriska, eller administrativa sammanhang, nödvändiga för att rätt bedöma och värdera informationen. Med hjälp av verksamhetsbaserad arkivredovisning kan de verksamhetsstrukturer (processer) där handlingar finns synliggöras.

Handlingar i en IT-miljö är möjliga logiska sammanställningar snarare än färdiga fysiska produkter, men man får inte därför tappa bort begreppet (allmän) handling, och det blir här särskilt viktigt att definiera vilka handlingstyper som hanteras i verksamheten.

Nedan ses en standardmässig grafisk framställning av flödet där handlingar uppkommer. Handlingar (pappersdokument eller elektroniska) är fixerad information, som uppkommer genom att en aktivitet genomförs.

Flödesschema handlingar



1.6 Att föra patientjournal

Personer som är skyldiga att föra patientjournal är:

1. Den som har legitimation (enligt 4 kap. *PdL*) eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

De yrkeskategorier som dokumenterar i patientjournal kan alltså vara läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, skolläkare med flera, samt den omvårdnadspersonal som inte är journalföringspliktig men som givits ett dokumentationsansvar, t.ex. undersköterskor, boendestödjare m.fl.

Patientjournalen ska (om uppgifterna finns tillgängliga) enligt *PdL* innehålla:

- › uppgift om patientens identitet
- › väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- › uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- › väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- › uppgift om vilken information som lämnats till patienten, och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Det ska även framgå när och av vem en journalanteckning har gjorts.

Patientjournalen ska utöver detta enligt *SOSFS 2008:14* (i förekommande fall) innehålla även:

- › uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
- › uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och behandlingar,
- › uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel,
- › undersökningsresultat,
- › uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
- › uppgifter om vårdhygienisk smitta,
- › epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.

Samt uppgifter om lämnade samtycken, patientens önskemål avseende vård och behandling, uppgifter nödvändiga för spårbarhet av medicintekniska produkter som använts av patienten, kopior av utfärdade intyg, remisser och andra utgående uppgifter, och slutligen uppgifter rörande vårdplanering.

Socialstyrelsen har givit ut föreskrifter om informationshantering och journalföring (*SOSFS 2008:14*).

1.7 Verksamhetsbaserad arkivredovisning

Nya principer för informationsredovisning

Riksarkivet publicerade 2008 i sin författningssamling (RA-FS 2008:4) ändrade föreskrifter beträffande arkivredovisningen hos statliga myndigheter. De nya anvisningarna med tillhörande regelkommentar och vägledning syftar till en bättre förståelse av sambanden mellan en verksamhet och de informationsmängder (handlingar) som förekommer där. De nya föreskrifterna innebär övergång till verksamhetsbaserad redovisning.

Föreskrifterna är tvingande för den statliga sektorn från och med år 2013, medan kommuner och landsting är självstyrande i dessa frågor. Sannolikt kommer de nya reglerna att antas även av de flesta kommun- och landstingsarkiv och kan med tiden komma att få samma spridning som en gång det allmänna arkivskemat fick.

Struktur för dokumenthanteringsplanen

Dokumenthanteringsplanens struktur kan delas in i tre nivåer (verksamhetsområden):

1. Styra och leda verksamheten
2. Ge verksamhetsstöd
3. Erbjuder hälso- och sjukvård

I bilagan, avsnitt 6, redovisas endast handlingar i den tredje nivån.

Regelverk för hälso- och sjukvårdsområdet

Arkivlagstiftningen

Arkivlagen (1990:782) medger att allmänna handlingar såsom journaler får gallras (förstöras) om landstinget eller kommunen har fattat beslut om detta. Vem som formellt beslutar om gallring är ytterst en fråga för respektive fullmäktigeförsamling att klargöra i ett arkivreglemente. Beslutanderätten kan ligga hos fullmäktige själv, hos nämnd eller styrelse, eller vara centraliserad till en enda myndighet, som till exempel arkivmyndigheten.

Vissa särskilda lagbestämmelser begränsar den kommunala beslutanderätten i bevarande- och gallringsfrågor. Enligt *PdL* ska alla journalhandlingar bevaras i minst 10 år efter sista anteckning. Föreskrifter om att minimifristen för gallring förlängs för vissa slags journalhandlingar får meddelas av Regeringen. *Lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.* föreskriver att uppgifter om spermagivare vid insemination eller givare av ägg eller spermier vid befruktning utanför kroppen i båda fallen ska bevaras i särskild journal i minst 70 år. Det finns även en tvingande gallring efter 30 år av uppgifter i de register som förs vid blodverksamheter.

Bortsett från dessa inskränkningar beslutar landstinget eller kommunen själv om gallring. Gallringsbeslutet måste grundas på en utredning där handlingarnas värde för hälso- och sjukvården samt för forskningen bedöms. Gallringsbeslut ska fattas i samråd med arkivmyndigheten.

Offentlighets- och sekretesslagstiftningen

Grundläggande bestämmelser om allmänna handlingar, och allmänna handlingars offentlighet respektive grunderna för sekretess framgår av *2 kap. TF. OSL* innehåller bestämmelser om myndigheters och vissa andra organs

handläggning vid registrering, utlämnande och övrig hantering av allmänna handlingar, samt bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet, och om förbud att i vissa fall lämna ut allmänna handlingar. Se särskilt *21 kap. Sekretess till skydd för uppgift om enskilds personliga förhållanden oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer*, och *25 kap. Sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård, m.m.*

Undantag från registreringskyldigheten

I enlighet med bestämmelserna i *offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)* är patientjournaler undantagna från det annars ovillkorliga kravet på registrering (diarieföring) av handlingar som innehåller hemliga (det vill säga sekretessbelagda/sekretessreglerade) uppgifter. Undantaget gäller för patientjournaler, läkarvårdskvitton, och samlingsräkningar eller motsvarande som upprättas i samband med patientbesök.

Författningar speciellt för hälso- och sjukvårdsområdet

Hälso- och sjukvård regleras huvudsakligen i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. Hälso- och sjukvård kan bedrivas i offentlig regi (landsting eller kommun) eller i enskild regi (av privata utförare eller privat vårdgivare). Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan sjukvårdshuvudman utgöras av landsting eller kommun.

PdL gäller sedan 1 juli 2008. Den ersatte både den tidigare *patientjournal-lagen (1985:562)* och *lagen (1998:544) om vårdregister*. Socialstyrelsen har i sin författningssamling givit ut föreskrifterna *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)*, samt *ändringsförfattningen (SOSFS 2011:8)*.

Patientdataförordningen (2008:360) tillämpas vid behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården som är helt eller delvis automatiserad, och som regleras av *PdL*. Förordningen behandlar även Socialstyrelsens bemyndigande att utfärda föreskrifter inom vissa områden.

PSL omfattar bland annat hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet, allmänna skyldigheter, och delegationer. Den har ersatt den tidigare *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, förkortad LYHS.

Lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. och *förordning (2002:746) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.* omfattar alla prover som tagits inom sjukvården som sparas mer än två månader och som går att härleda till en individ (alltså inte vanliga rutinprover).

Lag (1993:584) om medicintekniska produkter omfattar tillsammans med *produksäkerhetslag (2004:451)*, *produksäkerhetsförordning (2004:469)*, och *produktansvarslag (1992:18)* det medicintekniska produktområdet inkl. skadeståndsfrågor.

Patientskadelag (1996:799) innehåller bestämmelser om rätt till patient-skadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring

Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. slår fast att det inom varje landsting och kommun ska finnas en eller flera nämnder som ska stödja och hjälpa patienter inom sådan sjukvård som bedrivs av dessa eller enligt avtal med dessa.

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård tillämpas i samband med samordnad vårdplanering.

Till detta kommer en rad lagar och förordningar som berör särskilda områden inom hälso- och sjukvården, såsom:

- Lag (2006:351) om genetisk integritet
- Lag (2006:496) om blodsäkerhet
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och förordning (2003:615) om etikprövning av forskning som avser människor
- Lag (1995:831) om transplantation m.m.
- Lag (1995:832) om obduktion m.m.
- Lag (1999:353) om rättspsykiatriskt forskningsregister
- Läkemedelslag (1992:859)
- Strålskyddslag (1988:220) med tillhörande strålskyddsförordning (1988:293)
- Lag (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ
- Lag (1992:860) om kontroll av narkotika
- Förordning (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler

Förutom författningarna i Svensk författningssamling finns en mängd riktlinjer och anvisningar i Socialstyrelsens författningssamling, förkortad SOSFS.

2.1 Utvecklingen inom hälso- och sjukvård

Ansvar – utförande

Ansvar för att erbjuda tjänster inom hälso- och sjukvård är fördelat på landets tjugotal landsting/regioner och närmare trehundra kommuner. Tidigare har styrning och ledning av vårdresurserna i den egna organisationen varit i fokus hos sjukvårdshuvudmännen. I dag handlar det i stället ofta om att ha ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård, men att utförandet kan skötas av en extern (privat) part.

Tyngdpunkten hos landsting och kommuner förskjuts därmed allt mer till uppgiften att bedöma behoven av vård och att se till att dessa behov så långt möjligt kan tillgodoses och finansieras. Valet av vårdgivare överläts i allt större utsträckning till patienten och hanteras i olika vårdvalsmodeller. Detta gäller i särskilt hög grad för öppenvård och primärvård, men även inom sjukhusvården är det ett ökande antal privata vårdgivare som utför sjukvården.

Valfriheten att söka vård där man vill, tillsammans med det faktum att många patienter i dag har ett vårdbehov som kräver samordnade insatser från flera huvudmän och utförare, ställer ökade krav på vårdsektorns informationssystem. I *PdL* ges de juridiska förutsättningarna för ett utökat informationsutbyte mellan olika huvudmän genom så kallad sammanhållen journalföring, dock under förutsättning att patienten inte motsätter sig detta.

Enhetlighetssträvanden

När patienter behandlas av flera olika enheter som alla behöver tillgång till tidigare uppgifter i patientjournalen, och som kanske även ges möjlighet till informationsutbyte genom så kallad sammanhållen journalföring, växer också behovet av en enhetlig terminologi och enhetligt utformade patientjournaler. Journalanteckningar i standardiserat utförande underlättar även uttag av statistiska data. I dag finns flera pågående arbeten med att ta fram standardiserade termer, begrepp och sökordsmallar både på nationell som lokal nivå. Bland annat har Socialstyrelsen genomfört projekten Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk, och via Sveriges kommuner och landsting sker ett samarbete mellan landsting och regioner inom e-hälsoområdet, i form av Center för e-hälsa i samverkan (CeHis).

2.2 Sammanhållen journalföring

Gemensamt eller samordnat informationssystem för direktåtkomst

I sammanhållen journalföring ges åtkomst till vårddokumentation hos olika sjukvårdshuvudmän. Bestämmelser för sammanhållen journalföring finns i *6 kap. PdL*.

Sammanhållen journalföring utgår från en teknik som gör det möjligt för de vårdgivare som deltar, att få direktåtkomst till en annan vårdgivares personuppgifter om en viss patient. En sammanhållen patientjournal består av en samling journalhandlingar rörande en patient, upprättade av en eller flera av de vårdgivare som deltar. Bestämmelserna säger inget om hur handlingarna i systemet ska vara samlade, eller hur de ska presenteras. Det kan t.ex. ske i en gemensam databas eller i olika databaser som nås via den Nationella patientöversikten eller motsvarande system.

För att en vårdgivare som är ansluten till systemet ska få ta del av uppgifter som en annan vårdgivare har upprättat, krävs att det finns eller har funnits en aktuell vårdrelation, och att uppgifterna har betydelse för den utredning eller behandling som görs, alternativt att de behövs för att skriva ett begärt intyg. Den sammanhållna journalen får vara tillgänglig för andra vårdgivare i systemet enbart om inte patienten motsätter sig detta. I de fall patienten motsätter sig att delta i sammanhållen journalföring ska det (t.ex. i Nationella patientöversikten) framgå att det finns journaluppgifter men att dessa är spärrade för åtkomst.

Sammanhållen journalföring handlar inte om ett gemensamt ansvar mellan vårdgivarna för innehållet i den elektroniska patientjournalen. Varje vårdgivare ansvarar enbart för handlingar som upprättats i eller inkommit till den egna verksamheten. Den som ansvarar för en journalhandling är den som måste kunna behålla tillgänglighet till handlingen även då patienten ändrar sitt medgivande och inte längre tillåter direktåtkomst för övriga vårdgivare.

I sammanhållen journalföring blir det.ex.tra viktigt att kunna urskilja vem som upprättat en viss handling, eftersom patienten från början eller i efterhand kan vilja begränsa åtkomsten till informationen. Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring leder detta till att var och en av de ingående vårdgivarna enbart får tillgång till sin information.

Patientjournalerna (journalhandlingarna) ska arkiveras av den vårdgivare som skapat de aktuella journalerna. Handlingar som blivit tillgängliga i systemet för sammanhållen journalföring arkiveras av var och en som skapat handlingarna.

2.3 Vårdrelaterade register och system

Hälso- och sjukvårdens register

Förutom patientjournalssystemen kan det inom hälso- och sjukvården förekomma en mängd olika register. Det kan röra sig om allt från helt lokala patientadministrativa register till stora, nationella register och system, dit vårdgivaren ibland har skyldighet att rapportera in uppgifter. Många av registren kan innehålla uppgifter som är av mycket stor betydelse vid återsökning av patientjournaler i efterhand, såväl som för historiska, statistiska eller vetenskapliga ändamål och som därför bör bevaras. 2 kap. PdL innehåller grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter.

Observera att patientadministrativa system ofta kan innehålla uppgifter med sådant innehåll att de omfattas av PdL. Förutom namn, personnummer, adress och kontaktuppgifter ingår vanligtvis noteringar om till exempel vilken vårdenhet patienten besökt. Sådana uppgifter används ofta även som faktureringsunderlag och kan i det sammanhanget vara att betrakta

som räkenskapsinformation. Det är även vanligt att patientadministrativa system används för uttag av statistik, och då innehåller uppgifter som till exempel diagnoser kopplade till person. I dessa fall bör man dock beakta att informationen ofta har fler användningsområden, och i en gallringsutredning ta hänsyn till dess värde för framtida återsökningar.

Kvalitetsregister

För att främja vårdens kvalitet och utveckling förs kvalitetsregister, som kan vara både nationella, regionala eller lokala. Registren innehåller en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter, som möjliggör jämförelser. Enligt särskilda bestämmelser i 7 kap. 3-4 §§ *PdL* om personuppgifter i kvalitetsregister får dessa behandlas enbart om inte patienten motsätter sig detta. Kvalitetsregistren används även för att ta fram statistiska uppgifter, och för forskning. Av *PdL* framgår att personuppgifter i ett kvalitetsregister ska gallras när de inte längre behövs för ändamålet, men att arkivmyndigheten i ett landsting eller en kommun får föreskriva att det ska bevaras för historiska, statistiska eller vetenskapliga ändamål.

Då det rör sig om nationella register är det i allmänhet den som tar emot registeruppgifterna som blir informationsägare (vilket inte behöver vara det samma som systemägare) och har att ta ställning till bevarande och gallring av dessa. IVO förvaltar en rad olika register för att kunna följa utvecklingen inom området. Dessa register kan utgöras av hälsodataregister som cancerregistret, läkemedelsregistret, registret över kommunal hälso- och sjukvård, eller andra särskilda register som donationsregistret, dödsorsaksregistret med flera. IVO administrerar även register som omfattar verksamhet och personal, med bland annat vårdgivarregistret, registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och biobanksregistret.

När information som ska rapporteras över till annan myndighets system i ett förberedande skede bearbetas, sammanställs och sparas ned av den egna myndigheten, kan detta innebära att det skapas en ny allmän handling (som blir en kopia av utgående handling) och som omfattas av krav på gallringsbeslut. Här bör även observeras att i den ursprungliga informationen kan finnas fritextfält som innehåller viktig information, som inte rapporteras till t.ex. den nationelle registerhållaren.

Registerdata i form av kontaktuppgifter till patienten (telefonnummer etc.) bör kunna gallras vid inaktualitet utan att ändringar sparas någon längre tid i systemets historik. Däremot ska alla uppgifter som identifierar patienten (namn och personnummer) bevaras, och eventuella ändringar bevaras i historik. Likaså ska all information om vårdtillfället, till exempel var och när patienten besökt en vårdenhet bevaras, och med historik över rättelser och tillägg. Nya uppgifter om patienter i en aktuell vårdrelation måste givetvis kunna tillföras. Uppgifter ska däremot inte raderas från avslutade händelser.

Undantag är när en patient begär borttag ur kvalitetsregistret, det betraktas inte som gallring. Rena tidsbokningssystem bör kunna gallras efter en tid om de inte fyller en uppgift för återsökning av patientjournaler.

Sjukhusens patientliggare (motsv.) är av största betydelse vid återsökning av patientjournaler.

Alla diagnosregister är mycket viktiga att bevara. De har stor betydelse för forskningen, men kan vara svåra att i efterhand få tag i (särskilt från äldre tid), om de inte sparats vid vårdinrättningen.

En särskild så kallad registerlag gäller för blodverksamheter. Den som har tillstånd att driva blodcentral eller annan blodverksamhet är enligt *lag (2006:496) om blodsäkerhet* skyldig att föra ett register med uppgifter om blodverksamheten, blodgivare, blodmottagare och kontroller av blod och blodkomponenter. Registret ska göra det möjligt att spåra blod och blodkomponenter och att förhindra smittspridning. Uppgifterna i registret ska enligt samma lag gallras 30 år efter införandet, gallringen är ovillkorlig och kan inte upphävas av att arkivmyndigheten beslutar om bevarande. Gallringen omfattar däremot inte uppgifter som hanteras utanför registret.

Arkivaspekter på system

Det särskilda kompetensområde som omger arkivfrågorna är av största vikt för att i samarbete med övriga intressenter bidra till informationsbevarande av hög kvalitet. Uppgifter i gemensamma eller samordnade system måste ovillkorligen tillföras strukturerade metadata på ett sätt som möjliggör att informationen kan överblickas och hanteras per informationsägare. Metadata är "data om data" som beskriver den egentliga informationens innehåll eller struktur, till exempel när eller av vem ett dokument skapats. Dessa utgör viktiga komplement för att bibehålla kontexten när data lyfts ut och flyttas från till exempel ett IT-system i sjukvården för att lagras i verksamhetens e-arkiv eller hos arkivmyndigheten. I dagsläget finns ingen internationell standard för metadata att tillämpa*, varför IT-leverantörerna oftast utgår från sina egna datamodeller.

Spår av organisationen och dess förändring över tid blir fortsatt viktig för att dokumentera eller ta del av uppgifter i patientjournalen, för att förstå arkivbildningen, och för återsökningen över tid. Kataloguppgifter från nationella och regionala kataloger och register som speglar organisationen ända ner på enhetsnivå och över tid måste bevaras (t.ex. HSA-katalogen). Även uppgift om användares behörigheter med koppling till informationsansvarig enhet (motsv.) behöver då bevaras, för att få en spårbarhet av vem eller vilken enhet som producerat och därmed äger en viss information.

*) I USA finns HL7 och i Europa pågår försök att implementera EN 13606. I Sverige pågår arbete med att ta fram lösningar för digital arkivering av landstingens/regionernas information.

2.4 Ansvarsfördelning landsting – kommun

Ansvar för hälso- och sjukvård

Såväl landstingens som kommunernas ansvar i hälso- och sjukvårdsfrågor utgår från *HSL*.

Av 3 § *HSL* framgår att varje landsting/region har skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt sina invånare. Lagen medger samtidigt att landstinget kan avtala med någon annan part om utförandet av uppgifter inom ansvarsområdet (dock med vissa begränsningar i händelse av myndighetsutövning). Landstinget får även göra överenskommelser om samverkan med kommun, något som kan vara aktuellt för till exempel hemsjukvård (sjukvård som utförs i så kallat ordinärt boende).

Kommunen ansvarar enligt 18 § *HSL* för sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå för personer i kommunens särskilda boenden, det vill säga gruppboenden, omvårdnadsboenden, stödboenden och servicehus. Kommunal hälso- och sjukvård kan vara aktuell även i dagverksamhet, och i hemsjukvård i de fall kommunen träffat avtal med landstinget. Kommunala sjukvårdsinsatser bedrivs även i vissa andra verksamheter såsom ungdomsvård och skolhälsovård. I kommunens ansvar ingår även att i förekommande fall kunna erbjuda hjälpmedel och rehabilitering. En kommun får i likhet med landstingen avtala med annan part om utförande av insatserna (med samma begränsningar vid myndighetsutövning).

Ledningen för kommunens hälso- och sjukvård utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige beslutat om. Observera att kommunens ansvar aldrig omfattar läkarinsatser. Där är det alltid landstinget/regionen som har ansvaret. Enligt 24 § *HSL* ska tillsyn, kontroll och uppföljning av kommunens hälso- och sjukvård utföras av en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, som bör vara centralt placerad i kommunen.

2.5 Hälso- och sjukvård eller social omsorg

Gränsdragningar

Det kan ibland vara svårt att särskilja sociala omsorgsinsatser, inkl.usive stöd till funktionshindrade, från hälso- och sjukvårdsinsatser. Då en och samma klient är föremål för både vård och omsorg kan gränserna synas flytande, och då krävs ställningstaganden till om dokumentationen är av social eller medicinsk karaktär. Men notera att det är viktigt att en åtskillnad görs mellan social och medicinsk dokumentation, eftersom dessa styrs av olika lagstiftningar som även kan påverka bevarande/gallring.

Dokumentation som upprättas enligt *socialtjänstlagen (2001:453)* får inte sammanblandas med den dokumentation som tillkommer enligt *PdL*.

Enligt 3 kap. 3 § PdL är kurator i den allmänna hälso- och sjukvården skyldig att föra journal. Verksamhet enligt 11 § socialtjänstlagen (2001:453) behöver inte dokumentera råd och stöd, men däremot måste genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling dokumenteras.

Om en insats bedöms vara en hälso- och sjukvårdsuppgift ska den utföras av hälso- och sjukvårdspersonal, eller delegeras till annan person (personlig assistent, hemtjänstpersonal etc.). Delegationen ska godkännas av verksamhetschefen och även accepteras av den som får delegation. Delegationen är personlig och gäller högst ett år, och den ska vara skriftlig och undertecknad både av personen som ger den och av den som tar emot den.

Beträffande råd om bevarande och gallring av de handlingar inom socialtjänsten som inte handlar om hälso- och sjukvård hänvisas till ”Gallringsråd nr 5: Råd för den kommunala socialtjänsten m.m.”.

2.6 Överlämnande och hantering av journaler

Hantering av patientjournaler i vårdvalssystem

En vårdgivare förutsätts upprätta patientjournaler och övrig vårddokumentation i enlighet med bestämmelserna i PdL och andra, av Socialstyrelsen utfärdade, föreskrifter. Vårdgivaren äger och ansvarar för de patientjournaler som upprättas i den egna verksamheten oavsett om det gäller en privat (enskild) vårdgivare eller en offentlig vårdgivare. Vårdgivarens patientjournalssystem ska ha funktioner som klarar följande:

1. Export av journalkopia till annan vårdgivare i vårdvalssystemet. Det är önskvärt att mottagaren enkelt ska kunna ta emot och integrera den exporterade journalen. Hos mottagande vårdgivare ska journalen tydligt kunna märkas ut som kopia. Levererande vårdgivare ska i sitt journal-system tydligt kunna märka ut att en journal exporterats som kopia, datum för export och uppgift om till vem export företagits.
2. För den händelse att hela journaldatabasen ska överlämnas till annan vårdgivare ska det finnas tydligt markerat vem som ursprungligen upprättade journalerna. Det ska också finnas en funktion som gör det möjligt att välja ut enstaka journaler, tillhörande patienter som motsätter sig ett överlämnande, och exportera dessa journaler till arkivmyndigheten.

Överlämnande av journalarkiv

I *PdL* finns bestämmelser om hur man ska förfara med privatpraktiserande yrkesutövares arkiv när verksamheten upphör. IVO (tidigare Socialstyrelsen) kan besluta om omhändertagande av journalerna och överenskomma med arkivmyndigheten i landstinget/regionen där verksamheten bedrivs om ett överlämnande. Dessa patientjournaler ska bevaras i minst 10 år (enligt *PdL*) vilket ska räknas från det datum när de kommit in till arkivmyndigheten. Observera att arkivmyndigheten inte är skyldig att därefter gallra de övertagna journalerna, utan att de kan bevaras i likhet med arkivmyndighetens övriga patientjournaler.

Om offentlig sjukvårdsverksamhet upphör och inte övertas av annan utförare, är det normala förfarandet att hela journaldatabasen överlämnas till arkivmyndigheten och därmed blir arkivmyndighetens egendom. Arkivmyndigheten är inte vårdgivare enligt *PdLs* definition vilket innebär att vissa bestämmelser i lagen inte är tillämpliga. Hos arkivmyndigheten bevaras journalerna och är tillgängliga vid fortsatt vård och behandling eller för patientens egen information.

Om verksamhet som drivs offentligt i myndighetsform upphör men verksamheten övertas av annan myndighet inom samma vårdgivare kan journalerna överföras utan närmare prövning, tillstånd eller dylikt.

Om verksamhet som drivs offentligt i myndighetsform upphör men verksamheten övertas av enskild (det vill säga privat) vårdgivare får inte patientjournalerna överlämnas till den enskilde vårdgivaren. I stället ska patientjournalerna och övrig vårdokumentation överlämnas till arkivmyndigheten, som i sin tur med patientens medgivande kan lämna en kopia av patientjournal och övrig vårdokumentation till den enskilde vårdgivaren. Det är också möjligt för landstinget att, med stöd av *lagen (1994:1383) om överlämnande av allmänna handlingar till andra organ än myndigheter för förvaring*, avtala om utlån av hela journalarkivet under en begränsad tid.

Samtycken vid överlämnande

Observera att i följande fall måste patienterna informeras om att journalerna kommer att göras tillgängliga för andra vårdgivare och att den enskilde patienten har rätt att få sin journal undantagen från sådant tillgängliggörande:

- När verksamhet som drivs offentligt i myndighetsform övergår till verksamhet som drivs av enskild (privat) vårdgivare.
- När verksamhet som drivs av privat vårdgivare övergår till verksamhet som drivs offentligt i myndighetsform.
- När verksamhet som drivs av privat vårdgivare övergår till verksamhet som drivs av annan privat vårdgivare.

I det fall att en privat vårdgivare vill överlämna sina journalhandlingar till annan privat vårdgivare behandlas i Socialstyrelsens handbok till *SOSFS 2008:14*, Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Hantering av tilläggsdokumentation vid verksamhetsövergång

Tidbokning

För att medge kontinuitet i vården bör förteckning eller databas över bokade tider med mera för patienter vars journaler överlämnas till annan vårdgivare och/eller till arkivmyndigheten kopieras och överlämnas tillsammans med journalerna. Av förteckningarna ska framgå verksamhet eller mottagning, patient och bokad tid (dag och klockslag). Erforderliga kommentarer till bokade tider lämnas också över.

Behandlingshistorik (loggar)

Dokumentation av elektronisk åtkomst till patientuppgifter, så kallade loggar (*Se SOSFS 2008:14*) avseende journaler som överlämnas till annan vårdgivare och/eller till arkivmyndigheten ska kopieras och överlämnas tillsammans med journalerna.

Öppna ärenden, t.ex. begäran om utfärdande av intyg och obehandlade remissvar ska vara avslutade innan övergång.

2.7 Arkivmyndigheten

Enligt bestämmelserna i arkivlagen (1990:782) ska det i varje landsting och kommun finnas en arkivmyndighet som ska tillse att nämnder och styrelser fullgör sina skyldigheter enligt 3-6 §§ arkivlagen (1990:782). Normalt är landstingsstyrelsen respektive kommunstyrelsen arkivmyndighet, men fullmäktige kan bestämma att annan nämnd eller styrelse ska vara arkivmyndighet. I arkivreglementet finns närmare bestämmelser om arkivmyndighet, hur man organiserat arkivvården och hur man fattar beslut om gallring. Arkivmyndigheten har till sin hjälp en tjänstemannaorganisation, vanligen kallad landstings- eller kommunarkivet.

Det är viktigt att alltid kontrollera om ett visst regelverk är tillämpligt på arkiv som överlämnats till arkivmyndighet. I en del fall finns det författningsstöd för rekvisition av handlingar från sjukvård eller socialtjänst. Sådana rekvisitioner inkommer regelmässigt även till arkivmyndigheterna.

När handlingar (analoge eller digitala) överlämnats till arkivmyndigheten, det vill säga till kommun- eller landstingsarkivet, övergår äganderätten och ansvaret för handlingarna till arkivmyndigheten. Eftersom arkivmyndigheten inte är vårdgivare betyder det att en del bestämmelser i *PdL* inte gäller för arkiv och journalinformation som överlämnats som leverans till arkiv.

Arkivmyndigheten behöver inte följa reglerna om loggning och kan inte delta i sammanhållen journalföring. Inte heller direktåtkomst till journaldata från landstingets egna vårdinrättningar är möjlig. Sekretessbrytande regler i *OSL* gällande vårdgivare är inte giltiga för handlingar som överlämnats till arkivmyndighet.

2.8 Gallring av patientjournalhandlingar (undantag från bevarande)

Förstörande av uppgift i patientjournal på begäran av enskild person

På ansökan av en enskild person (patienten eller annan person som omnämns i journalen) kan IVO besluta att en patientjournal helt eller delvis ska förstöras, en åtgärd som regleras i *PdL*. Detta förstörande av uppgifter är inte gallring i *arkivlagens (1990:782)* mening.

Undantag som motiverar gallring

Gallring av handlingar som bestämts vara av temporär betydelse och så kallad plockgallring i efterhand av enskilda journalhandlingar som inte behövs för vård eller forskning, användas som metod för att skapa översikt i journalen. Det kan exempelvis gälla handlingar som uteslutande har tillkommit för att underlätta patientbesöket, handlingar som ersatts av andra handlingar eller handlingar som är av mycket begränsat värde.

Gallring av hela samlingar av journalhandlingar kan vara aktuellt om möjligheten att återvinna information starkt begränsats. En anledning kan vara att innehållet helt eller delvis förstörts (t.ex. av blekning eller vattenskada), så att det därför är omöjligt att läsa handlingarna. Journalarkiv kan också påträffas i sådant skick (skadat eller oordnat) att bedömningen blir att det i förhållande till dess värde skulle krävas en oproportionerligt stor insats att återställa det till sökbart och användbart skick. Det kan även förekomma att digitala journaluppgifter lagrats i en mindre lämplig teknisk miljö, som gör det ytterligt komplicerat att få ut informationen. Så kan ibland vara fallet vid till exempel övertagande av privatläkares digitala journalarkiv.

Observera att patientjournaler enligt *ex.emplen* ovan alltid måste bevaras i 10 år även om de är svårlästa eller vattenskadade.

För all typ av gallring måste det finnas ett gallringsbeslut. Beslutet måste grundas på en analys där arkivmyndigheten, som förutsätts besitta särskild sakkunskap, haft ett avgörande inflytande.

När information flyttas mellan databärare

Det är numera vanligt när man har system för elektroniska journaler (datorjournaler) att man skannar förekommande pappersjournalhandlingar, detta för att kunna samla alla delar av journalen i det elektroniska systemet. Som en följd av att en skannad bild framställs och används uppstår ibland osäkerhet om originalhandlingen får gallras omedelbart efter skanning.

I nuvarande *PdL* föreskrivs att journalhandlingar ska bevaras i minst tio år. Om man skannar pappershandlingar, det vill säga digitaliserar dem och sedan önskar förstöra pappershandlingarna, blir det fråga om gallring. Man måste alltså fatta gallringsbeslut vid byte av medium. Socialstyrelsen har i skrivelse till Socialdepartementet 2002-10-07 (dnr 50-8092/2002) gjort ett vägledande uttalande. Man anser att kravet på bevarande av journalhandlingar är uppfyllt om man framställer en likalydande kopia. Förutsättning för gallring av originalhandlingen efter byte av medium är således att man framställer kopior, och att dessa är av sådan kvalitet att de är i läsbart skick under hela bevarandetiden. Före skanning måste originalhandlingarna sorteras och kategoriseras på ett sätt så att det skannade materialet inte förlorar sin kontext eller informationsförluster riskeras vid skanningstillfället. Skanningen av bevarandematerial ska alltid utföras med teknik, metoder och rutiner som säkrar kvaliteten vid långtidslagring. I de fall dokumentationen är i färg och färgen är av betydelse för att rätt förstå handlingen, ska den digitala bilden också vara i färg.

Patientjournalhandlingar som skannas bör mot bakgrund av detta kunna gallras en tid efter skanning om gallringsbeslut för detta finns, och om rutiner för kvalitetskontroll etablerats som ger en betryggande garanti för att den skannade kopian är likalydande med originalet.

Även i samband med mikrofilmning skapas i regel en likalydande kopia som följaktligen innebär att originalet kan gallras. Motsvarande krav som ställs vid skanning, det vill säga krav på gallringsbeslut, kvalitetskontroll, informationssäkerhet, preparering och goda kontrollrutiner av resultatet gäller även vid mikrofilmning. Detta resonemang är giltigt även inom andra teknikområden som t.ex. vid skanning av röntgenfilm eller om man överför digital information till mikrofilm (COM, computer output microfilm).

Original av journalhandlingar, som remissvar, utlåtanden, eller patientbrev som inkommer till vårdgivaren, och som överförs till den elektroniska patientjournalen genom fullständig avskrift får inte gallras enbart med stöd av att det gjorts en avskrift. De kan däremot gallras efter skanning med godkända rutiner etc. eftersom villkoren om likalydande kopia då kan anses vara uppfyllda.

Några särskilda krav på att originalhandlingar måste bevaras i bevissyfte finns inte, och man behöver inte bevara namnteckningar i original. I en del sammanhang där man vet att rättstvister är vanliga, kan det dock vara praktiskt att bevara handlingar med underskrift i original, som till exempel vårdintyg. I gallringsrådet rekommenderas därför ett bevarande för framtiden av alla undertecknade originalhandlingar rörande all slags tvångsvård av patienter (psykiatrisk, rättspsykiatrisk) eller utifrån *smittskyddslagen (2004:168)*. Eftersom pappersoriginalen kommer att förvaras separat från den elektroniska patientjournalen föreslås att de förvaras i personnummerordning eller i alfabetisk ordning.

Grunder för beslut om gallring

Gallringsbeslutet måste grundas på en utredning där handlingarnas värde för hälso- och sjukvården samt för forskningen bedöms. Normalt ska ett gallringsbeslut fattas i samråd med landstingets eller kommunens arkivmyndighet. Arkivreglementet som tidigare nämnts innehåller regler för hur allmänna handlingar ska gallras.

När det gäller registrering i elektroniska patientjournaler och annan personuppgiftsbehandling hade Datainspektionen fram till 1998, genom *datalagen (1973:289)*, en rättighet att meddela föreskrifter om bevarande och gallring om detta behövdes för att förebygga intrång i den personliga integriteten för de personer som berördes. Sedan 1998 regleras området av *personuppgiftslagen (1998:204)*, och *PdL*. Datainspektionen har fortfarande ett tillsynsansvar för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvård men kan inte längre meddela vilka gallringsfrister som gäller personuppgifter som ingår i allmänna handlingar.

Verkställande av gallring

Där gällande gallringsbeslut ska verkställas ska de handlingar beslutet gäller inte bli kvar i arkivlokalen. All gallring ska ske under överinseende av personal som har god kunskap om handlingarna och gällande gallringsbeslut. Journalhandlingar inom hälso- och sjukvården är sekretesskyddade och handlingar som gallras ska därför förstöras under former som är betryggande för den enskildes integritet. Detta kan ske lämpligen genom frakt i plomberade kärl till söndermalning eller förbränning. Åtgärder som innebär gallring av allmänna handlingar ska dokumenteras.

Gallringsprotokoll

I samband med gallring bör ett gallringsprotokoll upprättas med uppgift om vilka handlingar som gallrats. Protokollet sänds till arkivmyndigheten, som härigenom ges möjlighet till uppföljning av verksamheten.

KAPITEL 3

Särskilda rutiner och verksamhetsområden

3.1 Remissförfarandet

Remisshantering

Hantering av remisser är en angelägen patientsäkerhetsfråga. Remisshanteringen inom hälso- och sjukvården engagerar ofta olika personer. Därför pågår i landet olika projekt med syfte att nå en enhetlig och sammanhållen hantering med regelverk, full spårbarhet, och tillförlitlig bevakningsfunktion som finns med genom hela remissflödet.

I gallringsrådet används termen remiss för en skriftlig (papper eller elektroniskt) begäran om hälso- och sjukvård, undersökning eller behandling. En vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning, och remisserna kan delas in i grupper om:

- › Egenremisser, där patient eller närstående själv kommer in med en begäran.
- › Konsultationsremisser, där t.ex. läkare skriver till annan läkare.
- › Laboratorieremisser, med prover och svar från laboratorier.

Remisser kan skickas mellan olika vårdgivare eller inom en vårdgivare. Inom en vårdgivare kan innebära att remissen skickas mellan vårdgivarens olika förvaltningar, internt inom t.ex. ett sjukhus, eller mellan vårdcentral och sjukhus i samma myndighetsområde.

Flödet för en utgående respektive inkommande remiss kan beskrivas i följande moment*.

Utgående remiss:

- Remiss skrivs
- Registrering och utskick
- Registrering av bekräftelse eller avslag
- Undersökning eller annan åtgärd utförs
- Registrering av inkommet remissvar
- Vidarebefordran av svar till ansvarig läkare
- Ev. åtgärd med anledning av remissvaret

Inkommande remiss:

- Postöppning, remiss inkommer
- Registrering
- Vidarebefordran av remiss till bedömare
- Bedömning och ev. prioritering
- Vidarebefordran för kallelse alt. avslag, inkl. besked till inremitterande läkare
- Besked eller kallelse till patient
- Undersökning eller annan åtgärd
- Svar till inremitterande läkare
- Registrering och utskick av svaret

Beslut om remiss liksom uppgift om att remissen gått iväg dokumenteras i patientens journal. Remissvaret ingår i patientens journal och bevaras där i sin fullständiga form. Bruket att skriva in remissvaret i journaltexten och därefter gallra det inkomna originalsvar är inte tillräckligt. Remissvar ska bifogas journalen och bevaras där, även om uppgifterna på annat sätt förts in i patientjournalen.

Ett inkommet remissvar på papper ska bevaras på papper, alternativt skannas in och bevaras som skannat dokument. Om skanning sker kan pappersoriginalet gallras efter en viss tid, förutsatt att man har rutiner som garanterar kvaliteten på de skannade dokumenten. Remissvar som inkommit som elektroniskt dokument, i ett gemensamt system eller som skickats över från annat system, bevaras i sin elektroniska form alternativt som utskrift på papper. I båda fallen ovan ska inkommet remissvar bevaras (papper eller skannat) oavsett om notering om detta eller avskrift av svaret förts in i patientjournalen.

*) Ur Socialstyrelsens tillsynsrapport Remisshantering, en riskfylld väg från ord till handling.

Remissvaret avseende provtagning, röntgen etc. bevaras även av den enhet som producerat svaret, exempelvis ett laboratorium. Det innebär väsentliga vinster för forskningen att kunna ta del av en samlad mängd av till exempel provsvar hos ett laboratorium, jämfört med att leta fram dessa uppgifter ur ett stort antal patientjournaler. Utfärdarens exemplar av svaret utgör samtidigt en säkerhetskopia om något brister i skickandet av remiss och svar. Det.ex.emplar som bevaras av utfärdaren är inte en journalhandling, även om det finns patientuppgifter kopplade till svaret. Den inkommande remissen (själva beställningen), om den är helt åtskild från svaret, kan anses vara av begränsat värde för framtiden och bör kunna gallras efter en viss tid.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar vid remittering

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Information till patienten om remiss	Bevaras	Uppgift om att muntlig information lämnats dokumenteras i patientjournal och bevaras där.
Beslut att skicka remiss, uppgift om	Bevaras	Dokumenteras i patientjournal och bevaras där.
Remiss, avförd	Se kommentar	Avser t.ex. när patient inte kommit till vårdinrättningen. Remiss som hanteras utanför patientjournal gallras efter 3 år. Remiss som förts till patientjournal kan gallras efter 10 år.
Remiss, avslag på	Se kommentar	Kopia av eget utgående avslag gallras efter 10 år. Inkommet avslag bevaras i patientjournal.
Remiss, bekräftelse på	Se kommentar	Egen utgående bekräftelse (kopia) gallras efter 3 år. Inkommen bekräftelse bevaras i patientjournal.
Remiss, egen utgående	Bevaras	Egen utgående remiss (kopia) bevaras i patientjournal.
Remiss, inkommen från annan vårdgivare eller annan förvaltning inom den egna vårdgivaren	Bevaras	Avser inkommen remiss som bekräftats och ej avförts (t.ex. för att patienten ej kommer). Bevaras i patientjournal. Inkommen remiss ska bevaras i sin helhet, oavsett om uppgifterna skrivits av eller förts över till journaltexten. Remiss på papper bevaras på papper eller som inskannad fullständig och likalydande kopia skapad med betryggande metoder och rutiner (pappersoriginalet kan då gallras vid inaktualitet). Elektroniskt överförda remisser integreras och bevaras i elektronisk form, alternativt som utskrift på papper.

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Remiss, inkommet svar/ utlåtande	Bevaras	Bevaras i patientjournal. Inkommen remiss ska bevaras i sin helhet, oavsett om uppgifterna skrivits av eller förts över till journaltexten. Remiss på papper bevaras på papper eller som inskannad fullständig och likalydande kopia skapad med betryggande metoder och rutiner (pappersoriginalet kan då gallras vid inaktualitet). Elektroniskt överförda remisser integreras och bevaras i elektronisk form, alternativt som utskrift på papper.
Remiss, utgående svar/ utlåtande (kopia)	Bevaras	

3.2 Kvalitet och ledningssystem

Lagkrav på kvalitet

Enligt *HSL* ska verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Anvisningar om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*, och *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)* berör också dessa frågor.

Vårdgivaren ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, och ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet, och kostnadseffektivitet. Kvalitetsarbetet omfattar till exempel bemötandet av patienter, metoder för diagnostik, behandling och vård, samverkan och samarbete, avvikelshantering, spårbarhet etc. Dessutom ska egenkontroll utföras regelbundet, med uppföljning av att beslutade rutiner och riktlinjer följs, kontroll av förväntat resultat, samt analys av förekommande avvikelser.

Ledningssystem

Till stöd i kvalitetsarbetet utarbetas ett ledningssystem för verksamheten. Med ledningssystem avses riktlinjer och rutiner för att fastställa de grundläggande principerna för ledning av verksamheten och för att nå uppställda mål. I ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet ska ingå bland annat en dokumenterad informationssäkerhetspolicy, och rutiner för styrning av behörigheter som ger tillgång till patientuppgifter.

Råd om bevarande/gallring av uppgifter i kvalitets- och ledningssystem

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Checklistor	Bevaras	1 arkivex av varje upprättat mallexemplar bevaras.
Direktiv gällande ledningssystemet	Bevaras	
Granskningar av ledningssystem, resultat av	Bevaras	
Klagomål till IVO	Bevaras	Avser klagomål som gäller vårdenhet inom den egna vårdgivaren.
Klagomål inkomna direkt till vårdenhet eller via patientnämnd (motsv.)	Se kommentar	Avser skriftliga klagomål till vårdenhet inom den egna vårdgivaren. Klagomål av betydelse för verksamheten bevaras. Klagomål av tillfällig eller ringa betydelse gallras vid inaktualitet.
Protokoll (motsv.) från kvalitetsråd	Bevaras	Avser protokollförda uppföljningar av ledningssystemet i kvalitetsråd (motsv.).
Riskbedömningar	Bevaras	Ett inkommet svar ska bevaras i sin helhet.
Rutinbeskrivningar	Bevaras	Avser rutinbeskrivningar för exempelvis delegering, riskhantering, avvikelshantering, hantering av klagomål, återrapportering till verksamheten, behörigheter till IT-stöd, journalhantering, arkivering.
Uppföljning av mål	Bevaras	Avser inrapporterad uppföljning på verksamhetsnivå.
Uppföljningar av verksamhet och kvalitet	Bevaras	Avser dokumenterade uppföljningar av t.ex. tillgång till läkare eller sjuksköterska vid planerat eller akut behov, rutiner för årlig strukturerad läkemedelskontroll, tid för indirekt patientarbete etc.
Sammanställning av klagomål på verksamhetsnivå	Bevaras	Avser sammanställningar för rapportering till verksamheten.

3.3 Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering i gemensamt system

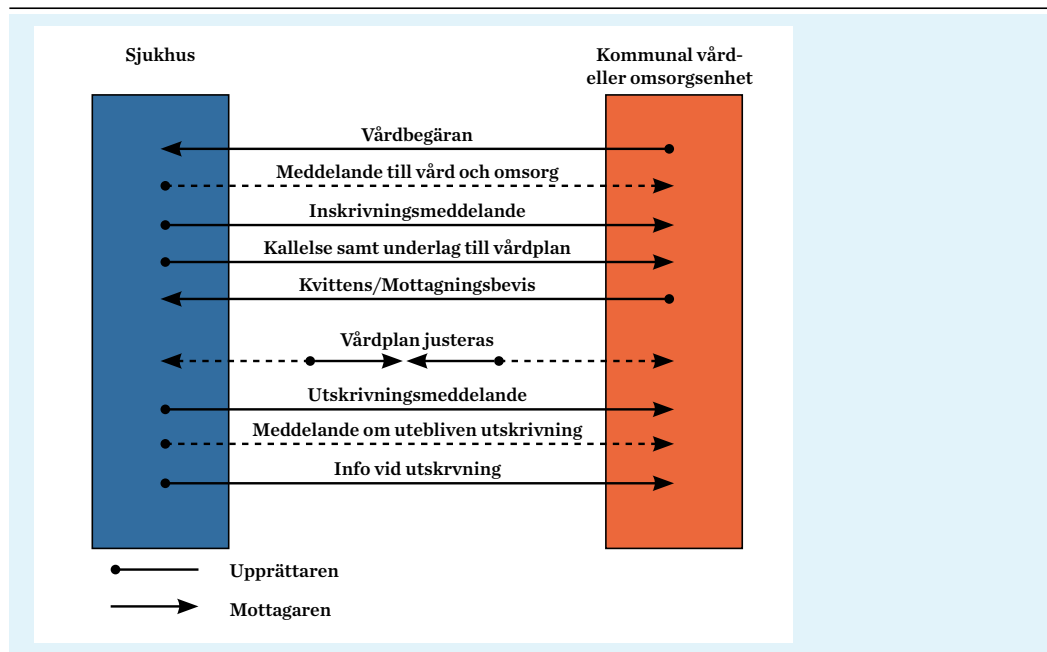
Samordnad vårdplanering är liksom sammanhållen journalföring ett område där olika sjukvårdshuvudmän ges åtkomst till varandras vårddokumentation. I ett delat system kan förutom landsting och kommun även privata utförare delta. Samordnad vårdplanering regleras av *lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*.

Patienter som skrivs in i den slutna vården på ett sjukhus och som efter sjukhusvistelsen planeras ha behov av omsorg i kommunens socialtjänst, i hemsjukvård, eller i vård hos landstingets primärvård eller annan öppenvård, ska ingå i en samordnad vårdplanering. Vårdplaneringen omfattar medicinsk bedömning, omvårdnadsplanering samt funktions- och rehabiliteringsbedömning. Det är sjukhusets ansvar att inleda vårdplanering tillsammans med kommunen eller primärvården innan patienten skrivs ut. Vårdgivaren genomför en samordnad vårdplanering med syftet att en utskrivningsklar patient med fortsatt behov av vård eller omsorg inte ska riskera att inte få ett adekvat bemötande efter utskrivningen. En kommun har betalningsansvar för utskrivningsklara patienter vid somatisk akutsjukvård, geriatrisk eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna vård, med upprättad vårdplan. Betalningsansvaret innebär att kommunen får betala för slutenvården om patienten blir kvar längre än planerat beroende på att hjälpbehovet efter utskrivning inte är tillfredsställande löst.

Information om patienten ska finnas tillgänglig för mottagaren när patienten är utskrivningsklar. När vårdplaneringsprocessen dokumenteras med IT-stöd blir ansvaret för dokumentationen (arkivbildningen) en viktig fråga. Man måste i dessa sammanhang beakta arkivperspektivet och som alltid när flera aktörer har ett gemensamt system, begrepp som "vårdgivare", "informationsägare", "arkivbildare", "handlingstyper" etc. för att leva upp till *arkivlagens (1990:782)* krav på hantering av allmänna handlingar.

Bilden nedan illustrerar ett.ex.empel på hur handlingar skapas och förmedlas i processen samordnad vårdplanering.

Samordnad vårdplanering



I exemplet finns två arkivbildare: Den myndighet som sjukhuset hör till och den myndighet som tar emot den utskrivningsklara patienten.

Även om handlingarna i ett processperspektiv kan vara ”gemensamma” mellan dessa arkivbildare, måste de märkas ut med uppgift om vem som skapat informationen. Det måste göras dels för att informationen ska kunna spåras och härledas till en ansvarig part, dels för att handlingarna ska kunna sorteras maskinellt till en grupp information/handlingar som efter en viss tidsperiod ska gallras, alternativt bevaras. Den senare gruppen ska då kunna föras ut ur IT-stödet (dvs. exporteras) och överlämnas till en arkivmyndighet i överenskommen form och format. Ytterst är det arkivlagstiftningen och bestämmelserna om allmänna handlingar som reglerar denna hantering.

Råden nedan avser vårdinrättningens handlingstyper i flödet mellan sjukhus och mottagare av utskrivningsklar (av sjukhuset färdigvårdad) patient i den samordnade vårdplaneringen. Bevarande/gallring av handlingar i efterföljande insatser bedöms av den nye vårdgivaren eller utföraren.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande samordnad vårdplanering

Observera att nedanstående avser enbart sjukhusets uppgifter i gemensamt system för samordnad vårdplanering, och att sjukhusets patientjournaler förs helt separat och inte påverkas av gallringsfristerna för uppgifter i systemet för vårdplanering.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande samordnad vårdplanering

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Administrativt meddelande	Gallras efter 5 år	Avser meddelanden som inte innehåller medicinska uppgifter och som inte påverkar ärendeprocessen.
Inskrivningsmeddelande	Gallras efter 5 år	Sjukhusets meddelande till kommun eller primärvård, om ansvarig sjukhusläkare bedömer att patienten efter utskrivning kommer att vara i behov av insatser från någon av dessa.
Kallelse och underlag till vårdplanering	Gallras efter 5 år	
Kvittenser och mottagningsbevis	Gallras efter 5 år	Avser meddelande (motsv.) som visar att avsedd mottagare i systemet öppnat informationen.
Meddelande till vård och omsorg att patienten inte bedöms behöva sluten vård	Gallras efter 5 år	
Meddelande om stoppad utskrivning	Gallras efter 5 år	
Meddelande om utskrivningsklar patient	Gallras efter 5 år	
Registrering och avisering om att patient avlidit	Gallras efter 5 år	
Uppgift om utskrivningsbeslut	Gallras efter 5 år	Beslut om att skriva ut patienten noteras alltid i patientjournalen och bevaras där.
Uppgift om beslut om att ej justera vårdplan	Gallras efter 5 år	

forts. Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande samordnad vårdplanering

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Utskrivningsuppgifter om patienten	Bevaras	Information om vårdtillfället sammanfattas och aviseras till primärvård eller kommun.
Utskrivningsmeddelande	Gallras efter 10 år	Avser meddelande om att ansvarig sjukhusläkare bedömer patienten som utskrivningsklar.
Vårdbegäran (remiss)	-	Se rubriken Remissförfarandet.
Vårdplan och justerad vårdplan	Bevaras	Bevaras i patientjournal.

3.4 Mödravård

Mödrahälsovårdens patientjournaler

Till mödrahälsovården kommer de blivande föräldrarna. Kvinnorna undersöks av barnmorska och läkare före förlossningen, och erbjuds även efterbesök efter genomgången förlossning.

Insatsen består vanligtvis av samtal, rådgivning, medicinska kontroller, mätning av livmoderns tillväxt m.m. under graviditeten. Graviditet, förlossning men även tidigare graviditeter, följs upp. Här ges även preventivmedelsrådgivning, behandling av könssjukdomar, och förebyggande hälsovård. Viss provtagning och screening sker rutinmässigt på alla gravida kvinnor beträffande hepatit, rubella, syfilis, HIV etc.

Råd för beslut om bevarande/gallring av patientjournaler i mödrahälsovården

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Patientjournaler förda i mödrahälsovården	Bevaras	Avser MHV-/MVC-journaler.

3.5 Hälsovård för barn och unga

Barn- och skolhälsovård

Barn- och skolhälsovård innebär regelbundna hälsoundersökningar som görs av sjuksköterska och/eller läkare på BVC, och i skolhälsovården där man ger vissa rutinmässiga vaccinationer och undersöker barnets tillväxt, syn, hörsel m.m. Patientjournalerna inom barn- och skolhälsovården betraktas som unika i sin åldersspecifika och kumulativa natur och utgör en värdefull källa för både vård och forskning.

För att få en nödvändig kontinuitet i journalföringen av tillväxtkurvor etc. behöver journalinformation följa barnet mellan BVC och skolenheter, och när barnet flyttar. Olika rutiner har utvecklats vid överföringen av information mellan BVC och skolhälsovård. Normalt bör informationen överföras med hjälp av kopior. Det förekommer också att journaler lånas ut, med kortare eller längre frist för återlämnande. Sveriges kommuner och landsting har i *Cirkulär 09:44* tagit fram råd angående överförande av barn- och skolhälsovårdsjournaler mellan vårdenheter inom BVC och skola.

Enhetliga och tillförlitliga rutiner bör utformas så att journalerna alltid går att spåra. Arkiveringsrutinerna ska innebära att det är möjligt att i efterhand söka uppgifter ur journalerna för den enskilde personen såväl som för forskningsändamål. Patientjournaler upprättade i barnhälsovård och skolhälsovård bör bevaras.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i barn- och skolhälsovård

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Förteckning (motsv.) över barn/elever och journaler	Bevaras	Avser förteckningar (i förekommande fall), som dokumenterar förflyttningar av journaler mellan BVC och skola, eller överlämnande av journaler till arkivmyndighet. Förteckningarna är användbara vid återsökning av barn- och skolhälsovårdsjournaler
Patientjournaler förda inom barnhälsovården	Bevaras	Avser BVC-journaler.
Patientjournaler förda inom skolhälsovården	Bevaras	Avser elevhälsovårdsjournaler.
Patientjournal förd av psykolog i barnhälsovården	Bevaras	
Patientjournal förd av psykolog i skolhälsovården	Bevaras	

Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningen kan organisatoriskt ingå i kommun, landsting, eller region. Även delat ansvar mellan två huvudmän förekommer. Ungdomsmottagningen arbetar med stödjande och behandlande samtal och med preventivmedelsrådgivning, graviditetstestning, gynekologisk undersökning m.m. Ungdomsmottagningen bedriver också ett utåtriktat och uppsökande arbete med inslag av informationsinsatser, besök på skolor och andra studiebesök, gruppsamtal m.m. Både pojkar och flickor kan tillhöra brukarna. Personalgrupper som barnmorskor, gynekologer, kuratorer, socionomer, undersköterskor, och läkare kan arbeta i ungdomsmottagningens verksamhet. Eftersom hälso- och sjukvårdspersonal arbetar sida vid sida med andra yrkeskategorier är det viktigt att dokumentation som omfattar hälso- och sjukvård avgränsas från övrig dokumentation (se även sammanhållen journalföring).

De flesta av landets mer än 200 ungdomsmottagningar har anställda kuratorer och ofta även psykologer, men det råder ibland en viss oklarhet om dokumentationsskyldigheten. Valet av tillämpbar lagstiftning anses ibland bottsna i vem som är huvudman för verksamheten, något som har fått till följd att en del ungdomsmottagningar anser sig ge råd och stöd enligt *socialtjänstlagen (2001:453)*, och att kurator/psykolog då inte har någon dokumentationsskyldighet, medan andra anser sig vara en del av den allmänna hälso-

och sjukvården och dokumenterar enligt *PdL*. Här bör man i stället i stället låta innehållet i arbetsuppgifterna avgöra.

Råd för beslut om bevarande/gallring av patientjournaler vid ungdomsmottagning

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Patientjournaler förda vid ungdomsmottagning	Bevaras	

3.6 Läkemedelshantering

Administration av läkemedelsförråd

I *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården* finns regler för läkemedelshantering inom verksamhet som omfattas av *HSL*. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel. Även vaccinationsverksamhet ingår som en del i läkemedelshantering. Individuell förskrivning av läkemedel till patient dokumenteras i patientjournalen.

Apotekens återrapporter om utbyte av generika ingår inte i patientjournal, eftersom dessa sparas per utfärdare av recept. Återrapporterna kan inte alltid betraktas som fullständig information, då en återgång till det från början ordinerade preparatet i allmänhet inte rapporteras. Materialet kan dock vara av stort värde för information om vad en förskrivare ordinerat eller vad en patient ordinerats. Eftersom rapporteringen från apoteken utgjorts av listor eller CD-skivor över de ordinationer som en viss läkare ordinerat under en viss tidsperiod kan det bli ett mycket omfattande arbete att arkivera informationen i patientjournalen. Viktigt är att informationen arkiveras i en viss förutbestämd ordning.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar som förekommer vid läkemedelshantering

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Blandningstabeller, generella	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter inaktualitet
Förbrukningsjournal över narkotika, förrådsadministration	Gallras efter 10 år	Avser enbart förrådsadministration av läkemedel (individuell förbrukningsjournal ingår i patientjournal).
Förteckningar över utlämnade kort och nycklar till läkemedelsförråd	Gallras efter 10 år	Dvs. 10 år efter inaktualitet.

forts. Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar som förekommer vid läkemedelshantering

Handlingstyp	Bevaras/gallras	Kommentar
Instruktioner för läkemedels- hantering	Bevaras	Fastställda organisationsövergripande direktiv för läkemedelshantering.
Ordinationer enligt generella direktiv	Gallras efter 10 år	Dvs. 10 år efter inaktualitet.
Protokoll och beslutsunderlag från läkemedelsråd resp. kommittéer	Bevaras	
Protokoll från kvalitets- granskning (motsv.)	Bevaras	Dokumentation och utvärderingar från fortlöpande uppföljning av verk- samheten.
Rekvisioner till apotek	Gallras efter 10 år	Avser rekvisitioner över läkemedel (inkl. narkotiska preparat) eller tek- nisk sprit till läkemedelsförråd.
Signeringslistor över ad- ministrerade läkemedel	Gallras efter 10 år	
Synonymlista/utbyteslista över likvärdiga läkemedel	Gallras efter 10 år	Dvs. 10 år efter inaktualitet.
Återrapport från apotek om utbyte av generika	Se kommentar	Återrapporteringen rörande föreskrivning till enskild patient upphörde 2009-07-01. Återrapporter arkiverade i patientjournal bevaras, liksom rapportsammanställningar på CD-skiva. Äldre rapporter på papper kan gallras efter 10 år.

3.7 Läkemedelsprövning

Klinisk läkemedelsprövning

Vid läkemedelsverket pågår för närvarande en uppdatering av föreskrifter och instruktioner för hantering av kliniska läkemedelsprövningar (*LMV 2003:6*), med anpassning efter EU-kommissionens uppdaterade riktlinjer. Se även *läkemedelslagen (1992:859)* samt *lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* med tillhörande *förordning (2003:615) om etikprövning av forskning som avser människor*.

En klinisk läkemedelsprövning är en undersökning av ett läkemedels effekter, och hur det omsätts och påverkar människokroppen. Läkemedelsprövningar omfattas av strikta regler, och de ska vara godkända av såväl läkemedelsverket som etikprövningsnämnderna.

Sponsor som ansvarar för, organiserar, och oftast även finansierar studien, är i de flesta fall ett läkemedelsföretag. Eftersom det endast är läkare och i vissa fall tandläkare som har rätt att genomföra kliniska prövningar, blir hälso- och sjukvården en given samarbetspartner. Forskningen genomförs där patienterna finns, det vill säga på alla typer av vårdinrättningar, och prövningen dokumenteras i patientjournal på sedvanligt sätt (anamnes och status kan dock bli mer omfattande än vanligt). Forskningshuvudman är vanligtvis den institution eller organisation där den kliniska forskningen bedrivs (universitet, landsting etc.).

De rapportblad (daganteckningar) där sjuksköterskan noterar sina iakttagelser rörande patientens hälsotillstånd är värdefull information vid läkemedelsforskning.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar vid läkemedelsprövningar

Handlingstyp	Bevaras/gallras	Kommentar
Godkännande från etisk nämnd	Bevaras	
Patientjournal upprättad i samband med läkemedelsprövning	Bevaras	

3.8 Delegering av medicinska arbetsuppgifter

Grundläggande bestämmelser om delegering av arbetsuppgifter på det medicinska området finns i *PSL* och i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

När hälso- och sjukvårdspersonal delegerar (överlåter) till en annan person enligt författningarna ska varje delegeringsbeslut dokumenteras. Ett vanligt förekommande delegationsbeslut är att en sjuksköterska överlåter till undersköterska att ge patienter insulininjektioner. Av bestämmelserna framgår att ett delegeringsbeslut ska undertecknas både av den som delegerar och av den som mottar en arbetsuppgift. Beslut om ändrade delegeringar och om återkallelser av delegeringsbeslut ska också dokumenteras.

Ett delegeringsbeslut kan inte utfärdas för att gälla tillsvidare, utan ska gälla för viss begränsad tid (dock högst ett år), eller för ett bestämt tillfälle. Varje sådant delegeringsbeslut ska dokumenteras. Det innebär att mängden delegeringsbeslut med tiden kan bli stor, men detta faktum får inte innebära att delegationsbesluten inte hålls ordnade.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar vid delegering av medicinska uppgifter

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Beslut om delegering av medicinska uppgifter	Gallras efter 10 år	Avser även beslut om ändring i delegering.
Återkallande av delegering	Gallras efter 10 år	

3.9 Patientsäkerhet och avvikelser

Anmälan om bedrivande av hälso- och sjukvård

Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som omfattas av IVOs tillsyn ska enligt *PLS* anmäla detta till IVO. En anmälan ska dessutom göras om väsentliga förändringar sker i verksamheten, som till exempel vid flytt, eller om verksamheten läggs ner. IVO för ett register över de verksamheter som anmäler sig. IVO är nationell tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården (och sedan 2010 även socialtjänsten och verksamhet enligt LSS). Tillsynen syftar till att erbjuda en god vård genom att förebygga skador, minimera riskerna, och främja vårdkvaliteten.

Avvikelser och anmälningar

Bestämmelser om avvikelshantering och anmälningskyldighet inom hälso- och sjukvården finns i *PLS*. Avvikelsehantering ingår som en del i ett omfattande arbete kring patientsäkerhet och kvalitet som hälso- och sjukvården är ålagda att utföra. I *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, framgår att vården ska arbeta med risk- och händelseanalyser som en del i patientsäkerhetsarbetet för att styra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Avvikelsehantering ingår som en del i det större arbetet kring patientsäkerhet som hälso- och sjukvården är ålagda att utföra. Vårdgivaren ska utreda händelsen och anmäla den till IVO som har tillsynsansvar över hälso- och sjukvården. En intern utredning startas då på förvaltningen, under ansvar av verksamhetschefen eller en speciellt utsedd anmälningsansvarig person. Typer av avvikelser som bör leda till en lex Mariautredning behandlas i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria*.

HSAN är en statlig myndighet som efter anmälan prövade om en viss verksamhet inom hälso- och sjukvård brustit i ansvar eller gjort något fel. Tidigare behandlade HSAN klagomål och anmälningar från patienter som ansåg sig ha blivit felbehandlade i vården, men från 2011

har denna hantering övergått till Socialstyrelsen och sedan 1 juli 2013 till IVO. En patient kan anmäla en händelse direkt till IVO som i sin utredning vanligtvis vänder sig till den anmälda vårdinrättningen och efterfrågar journalkopior samt en redogörelse för händelseförloppet.

Anmälningar om patientskador

En patient som drabbats av personskada i kontakten med hälso- och sjukvården kan med stöd av *patientskadelagen (1996:799)* söka ekonomisk ersättning för skadan. Är patientskadan orsakad av medicintekniska produkter eller av läkemedel tillämpas *produktansvarslagen (1992:18)*. Varje vårdgivare är skyldig att ha en patientförsäkring som täcker ersättningar för patientskador, försäkringsgivare är *Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)*. Patientförsäkringen LÖF är skadereglerande instans. En anmälan om ersättningsanspråk för patientskada ställs till LÖF som i sin utredning vänder sig till den anmälda och efterfrågar journalkopior samt en redogörelse för händelseförloppet. Skadereglerarens beslut kan överklagas hos en Patientskadenämnd.

Anmälningar om läkemedelsskador

Patient som har behandlats med läkemedel på recept utdelade i ordinarie hälso- och sjukvårdsinsats eller i kliniska läkemedelsprövningar, och som drabbats av biverkningar, kan anmäla personskada. Bakom en försäkring för vårdgivaren står *Läkemedelsförsäkringsföreningen (LFF)* som företräder läkemedelsindustrin. En anmälan om läkemedelsskada resulterar i att ett särskilt försäkringsbolag utför en utredning om sambandet mellan den anmälda skadan och läkemedelsanvändningen. I utredningen kan försäkringsbolaget rekvirera dokumentation från berörd vårdinrättning eller apotek.

Patientnämnd/förtroendenämnd

Förtroendenämnder/patientnämnder fungerar enligt *lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet* m.m. som en instans dit patienten kan vända sig för råd och stöd i olika frågor, t.ex. när patienten upplever brister i bemötandet från vården. Patientnämnderna hjälper patienterna i kontakterna med vårdgivaren, ofta när andra vägar är prövade utan att patienten blivit nöjd i kontakten med vårdgivaren.

Registrering

De ärendetyper som nämns ovan har ett varaktigt värde för hälso- och sjukvården, inte minst som indikatorer på hur kvaliteten inom hälso- och sjukvården kan förbättras och säkras men också för forskningen som dokumentation av de fall då resultatet i vården inte blev det förväntade. Ur kvalitetssynpunkt

och patientsäkerhetssynpunkt, men också ur kontroll- och offentlighetssynpunkt, krävs spårbarhet till den enskilda händelsen. Ovanstående ärendetyper ska registreras i enlighet med OSL, eftersom de inte är undantagna från registreringskravet i *offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)*. I de fall handlingen har betydelse för vården av den enskilde patienten ska notering även göras i patientjournalen.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande patientsäkerhet och avvikelser i vården

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Anmälningar enligt bestämmelser om lex Maria i PSL	Bevaras	Utredningsmaterial enligt lex Maria-bestämmelser.
Ansvar i patientsäkerhetsarbetet, dokumentation	Bevaras	
Avvikelse rapporter (enskilda)	Se kommentar	Enskilda rapporterade händelser gallras efter 10 år om de granskats i en händelse- eller riskanalys, där en sammanställning gjorts för rapportering och uppföljning av mål och resultat och som bevaras. Obs! att gallring av enskilda avvikelse-rapporter inte får ske om dessa behövs för vårdgivarens uppföljning, eller för ev framtida utredningar i disciplin- eller patient-skadeärenden.
Checklistor för vårdenheternas egenkontroll (motsv.)	Se kommentar	Checklistorna gallras efter 2 år om sammanfattning etc gjorts som bevaras, annars ska checklistorna bevaras. Sammanfattning, sammanställning, presentation etc bevaras.
Hygienrond, dokumentation	Se kommentar	Avser protokoll, checklista eller annan dokumentation från hygienrond. Sammanställning bevaras. Underlag gallras efter 2 år om sammanställning gjorts som bevaras, annars ska dokumentation från varje rond bevaras.

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Händelseanalyser	Se kommentar	Händelseanalyser, checklistor och handlingsplan för åtgärder gallras efter 10 år om det finns en slutrapport om händelseanalys som bevaras, annars ska händelseanalyserna bevaras.
IVOs beslut som rör den egna vårdgivaren	Bevaras	(Tidigare HSAN:s beslut som nu övergått till IVO)
Kontroller, dokumentation	Bevaras	Avser dokumenterad kontroll av t.ex. steriliserings- och desinfektionsrutiner på avdelning.
Korrespondens i förtroende-frågor mellan vårdgivare och patientnämnd/förtroendenämnd	Bevaras	
Korrespondens i förtroende-frågor mellan vårdgivare och patient	Bevaras	
Läkemedelsförsäkringsföreningens försäkringsbolags (LFF) beslut som rör den egna vårdgivaren	Bevaras	
Metodböcker, rutinbeskrivningar etc i sjukhushygien	Se kommentar	1 arkivex av den egna organisationens rekommendationer (motsv.) bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	Bevaras	Vårdgivarenivå och på verksamhetsnivå
Patientskaderegleringen (PSR), beslut som rör den egna vårdgivaren	Bevaras	Egna journalkopior gallras vid inaktualitet. Registreras/diarieförs
Patientsäkerhetsberättelse	Bevaras	Enligt 3 kap. 10 § PSL ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
Rekommendationer (motsv.) om vårdhygien	Se kommentar	1 arkivex av den egna organisationens rekommendationer (motsv.) bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.

forts. Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande patientsäkerhet och avvikelser i vården

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Risکانalyser	Se kommentar	Risکانalyser, checklistor och handlingsplaner för åtgärd gallras, om det finns en slutrapport som bevaras. I annat fall bevaras risکانalyserna.
Rådgivning, dokumenterad	Bevaras	Avser rådgivning vid särskilda tillfällen, t.ex. vid hantering av vatten, mat, disk, avfall, tvätt etc.
Sammanställningar, statistik etc. över vårdhygieniska mätdata, resultat m.fl. uppgifter	Se kommentar	1 arkivex av den egna organisationens sammanställningar (motsv.) bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Uppföljningar av rutiner, dokumentation	Bevaras	Avser uppföljning av t.ex. vårdarbetsrutiner.
Utbildning i vårdhygieniska frågor, dokumentation	Bevaras	Information som är egenproducerad eller framtagen för myndighetens, vårdgivarens etc. räkning (bildspel, text etc.) bevaras. Powerpoint-bilder kan bevaras som utskrift eller digital fil, over-headbilder kan (i förekommande fall) överföras till papper eller bevaras som skannad fil. Ej verksamhetsunik information som använts i utbildningen gallras vid inaktualitet.

3.10 Medicinsk service (röntgen, strålning, kliniskt fysiologiskt laboratorium, blodcentral och biobanker)

Röntgenundersökning och strålbehandling

Verksamhet med röntgen och strålbehandling omfattas av speciallagstiftning för området i *strålskyddslag (1988:220)* och *strålskyddsförordning (1988:293)*, samt en mängd föreskrifter i SSMFS avseende stråldoser, radioaktivt avfall, personlig kompetens etc. Röntgenbilder som underlag för medicinsk röntgendiagnostik, liksom utlåtanden, inkluderar även ultraljuds-, scintigrafi- och magnetisk tomografiundersökning.

I detta gallringsråd rekommenderas ett bevarande av röntgenbilder oavsett på vilket medium bilderna förekommer. Bevarande av röntgenbilder har

stort värde vid utvärderingar av t.ex. ortopediska ingrepp som varierat över tid med olika typer av proteser. Bevarande ger också möjlighet till olika typer av långtidsuppföljningar, av till exempel skelettundersökningar, utveckling av destruktionsgrad eller av undersökningar på barn. Röntgenbilder ger även en kompletterande information, som inte fullt ut kan beskrivas i text, t.ex. bilder av missbildningar och utveckling av tumörer. Vidare har röntgenbilden ett stort värde vid bedömning av eventuell möjlighet att utföra förnyad strålbehandling.

Observera att varje landsting avgör i vilken utsträckning röntgenbilderna ska bevaras. Saknas resurser för att främja forskningens datatillgång kan gallring av röntgenbilder vara ett alternativ. Man kan också överväga att gallra bilder tillhörande vissa diagnosgrupper som kan anses mindre intressanta för framtida forskning. Digitala röntgenbilder bör långtidslagras i det väletablerade DICOM-formatet (ISO 12052:2006), gärna på magnetband med tanke på de stora datamängderna. Att långtidslagra digital röntgen i system med omedelbar access blir mycket kostsamt. Röntgenutlåtanden bör bevaras både hos röntgenavdelningen och i patientjournal. Det finns en mycket stor vinst för forskningen i att bevara en samlad mängd undersökningar från ett stort antal patienter, jämfört med att leta fram uppgifter från respektive journal.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i samband med röntgenundersökning och strålbehandling

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Coronarangiografi (kranskärlsröntgen) och ballongsprängning, dokumentation	Bevaras	Bevaras av röntgen och i patientjournal.
Datortomografibilder och band	Bevaras	Avser bilder och band från s.k. skiktröntgen.
Dosplaner	Bevaras	Avser dosplaner över tumör-områden som ska bestrålas. Bevaras i patientjournal.
Formar och masker	-	Avser t.ex. vacuumformar, orfitmasker (fixaturer) etc. vid strålbehandling. Formar och masker är inte allmän handling. Dessa bevaras så lång tid som bedöms nödvändigt av ansvarig person.
Röntgenbilder	Bevaras	Avser analoga och elektroniska röntgenbilder.

forts. Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i samband med röntgenundersökning och strålbehandling

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Röntgenutlåtanden, definitiva	Bevaras	Bevaras i patientjournal och hos röntgen.
Röntgenutlåtanden, preliminära	Se kommentar	Preliminärt utlåtande bevaras om det avviker från det definitiva utlåtandet. Preliminärt utlåtande som överensstämmer med det definitiva gallras vid inaktualitet.
Scheman för individuell strålbehandling	Gallras vid inaktualitet	
Utlåtanden, definitiva och preliminära	Se kommentar	Definitiva utlåtanden bevaras i patientjournal och hos röntgen/radiologisk enhet. Preliminärt utlåtande som överensstämmer med definitivt svar gallras vid inaktualitet. Preliminärt utlåtande som avviker från det definitiva utlåtandet bevaras i patientjournal och hos röntgen/radiologisk enhet.

Laborieverksamhet, klinisk fysiologi, och blodcentral

Inom verksamheterna vid klinisk fysiologi, kemiskt laboratorium, klinisk mikrobiologi, bakteriologiskt laboratorium, patologi-laboratorium med flera laboratorier skapas underlag för sjukvårdens analyser, diagnosticeringar och behandling. Många laboratorier i offentlig regi serverar även privata vårdgivare, och omvänt kan en offentlig vårdinrättning begagna sig av tjänster från ett laboratorium i privat regi.

Utlåtanden i samband med provtagning bör bevaras både i patientjournal och hos laboratoriet. I en pappershantering skickas svaret i original till beställaren, och laboratoriet bevarar en kopia av svaret. Vid en helt elektronisk hantering kan förhållandet bli det omvända, då uppgifter skapas och utgör original i det egna lab-systemet. Svaret kan då tillgängliggöras i ett system för sammanhållen journalföring, eller skickas som kopia till beställaren.

Även provsvar och utlåtanden från laboratorier och klinisk fysiologi bör bevaras i dubbel uppsättning, hos laboratorier och i patientjournal, av samma skäl som vid bevarandet av röntgenutlåtanden. Laboratoriets bevarande av korstester och bastester av blod i samband med blodtransfusioner kan vara

av stor betydelse vid smittspårning, men observera den *lag (2006:496) om blodsäkerhet 16 §* som medför dels ett obligatoriskt register för blodverksamhet och en även tvingande gallring av sådana registeruppgifter efter 30 år. Uppgifter som hanteras utanför registret omfattas inte av 30-årsgallring.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i verksamhet vid laboratorium, klinisk fysiologi och blodcentral

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Inkommen remiss	Se kommentar	Inkommen remiss som ej kan separeras från provsvar bevaras tillsammans med svaret. Remiss som ligger separat från provsvar gallras efter 5 år av röntgen (men bevaras hos utfärdaren).
Provsvär	Bevaras	Provsvär bevaras i patientjournal och vid lab/klin fys.
Uppgifter i obligatoriskt register för verksamheter som hanterar blod	Gallras efter 30 år	Dvs. 30 år efter att uppgiften införts i registret. Förändet av ett särskilt register och även tvingande gallring av registeruppgifter styrs av lag (2006:496) om blodsäkerhet .
Utlåtanden och svar, definitiva och preliminära (generellt)	Se kommentar	Definitiva utlåtanden bevaras i patientjournal och hos lab/klin fys. Preliminärt utlåtande som överensstämmer med definitivt svar gallras vid inaktualitet. Preliminärt utlåtande som avviker från det definitiva utlåtandet bevaras i patientjournal och hos lab/klin fys.

Biobanker

Prover som har tagits inom sjukvården, och som sparas en längre tid efter att analysen gjorts, förvaras i biobanker. Proverna kan utgöras av blod, celler, vävnad, urin, saliv etc., som sparas för att kunna användas för diagnostik, framtida klinisk användning, eller forskning. Verksamheten med biobanker regleras av *lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.*, av *förordning (2002:746) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.*, samt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:11) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.*

För att lagra och använda prover i biobank krävs att patienten ska få information om och ge sitt samtycke, alternativt säga nej till, hanteringen. Dokumentation av muntliga och skriftliga samtycken ska bevaras tillsammans med uppgifter om nej till samtycken, villkorsbaserade samtycken, eller återkallade samtycken. Denna dokumentation måste vara tillgänglig för de personalkategorier som hanterar biobanker och är beroende av informationen. De personuppgifter som hör till proven dokumenteras i särskilda register, notering om att prov förvaras i biobank antecknas i patientjournal.

Laboratorieprover såsom preparat m.m. är inte (journal-)handlingar och omfattas därför inte av dessa råd. Det är dock väl känt att arkivhandlingar och biologiskt material i kombination utgör en viktig resurs för sjukvården och för forskningen.

Observera att laboratorier och andra utövare av medicinsk service ofta, i syfte att säkerställa spårbarhet av produkter, analyser, kontroller och övrig dokumentation, upprättar arkiveringsregler för dokumentation i hanteringen. Om dessa anvisningar innehåller gallringsfrister måste arkivmyndigheten kontaktas innan anvisningarna fastställs av ett certifieringsorgan.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i biobanksverksamhet

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Nej till lagring i biobanker	Bevaras	Avser patienters nej till lagring av prover.
Personuppgifter i register över personer med prover i biobanken	Se kommentar	Personuppgifterna gallras efter när provet avlägsnats ur biobanken.
Prover i biobank	-	Proverna utgör inte allmänna handlingar och omfattas inte av gallringrekommendationerna i detta gallringsråd.
Samtycken till lagring i biobanker	Bevaras	Avser patienters samtycken till lagring av prover.
Villkorade samtycken till lagring i biobanker	Bevaras	Avser patienters villkorade samtycken till lagring av prover.

3.11 Rehabilitering (fysioterapi, hjälpmedel, arbetsterapi, proteser)

Rehabilitering

Rehabilitering innebär insatser som syftar till att en patient med förvärvad funktionsnedsättning återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktions-

tillstånd. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social, eller teknisk art. En mängd olika personalkategorier kan medverka – läkare, övrig vårdpersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, dietister, logoped, psykologer etc. – och hela team kan vara involverade i den mer eller mindre specialiserade rehabiliteringen. Här avses dock enbart rehabiliterande insatser i form av fysioterapi, arbetsterapi, samt tillhandahållande av hjälpmedel och proteser.

Hjälpmedel

Hjälpmedel är en del av de samlade rehabiliterings- och vårdinsatserna, och de hjälpmedel som tillhandahålls inom sjukvården likställs med medicintekniska produkter (se även nästföljande kapitel).

Hjälpmedelscentralerna (motsv.) är i de flesta fall organiserade inom landstingen, och har en samlad kompetens rörande hjälpmedel och funktionshinder. Centralerna brukar fungera som specialist- och serviceenheter till de verksamheter inom landsting och kommun som ansvarar för habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel. Tyngdpunkten ligger vanligen på rörelsehinder, talskador, kognitiva och medicinska funktionshinder, medan syn- och hörselskador och ortopediska hjälpmedel hanteras av andra enheter. Centralerna arbetar i huvudsak med:

- rådgivning, utprovning, anpassning, anskaffning och leverans av hjälpmedel
- underhåll av hjälpmedel
- information och utbildning.

Vilken roll centralen har i förskrivningsprocessen kan variera utifrån om det sker i en beställarutförarorganisation, regleras genom avtal eller organiseras på annat sätt. Hjälpmedelskonsulenter är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (ofta med utbildning som arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped eller sjuksköterska), som ibland kan vara förskrivare, men vanligare är rådgivare till förskrivaren. Även hjälpmedelstekniker och rehabingenjörer kan på olika sätt medverka i förskrivningsprocessen till exempel vid specialanpassningar.

Den dokumentation som upprättas vid hjälpmedelscentral kan vara medicinsk (patientjournal) eller teknisk (tekniska riskanalyser, specialanpassningar, arbetsorder etc.).

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar i samband med rehabilitering

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Arbetsterapeutens anteckningar i patientjournal	Bevaras	Bevaras i patientjournal.
Bostadsanpassning, handlingar rörande	Bevaras	Avser kopia av intyg eller andra handlingar som kompletterar ansökan. (Själva ansökan hanteras av den enhet som fattar beslut i frågan.) Bevaras i patientjournal.
Dokumentation i samband med utprovning och rådgivning rörande hjälpmedel	Se kommentar	Om insatsen bedöms vara en hälso- och sjukvårdsinsats ska den dokumenteras i patientjournal och bevaras där. Övriga uppgifter om utprovning och rådgivning gallras vid inaktualitet.
Funktionsbedömningar	Bevaras	Kan ingå i utredning och rehabiliteringsplan.
Försäljning av nya eller utrang-erade hjälpmedel, handlingar rörande	-	Hanteras i enlighet med ekonomihandlingar i övrigt.
Garantisedlar o.dyl.	Se kommentar	Garantisedlar som hanteras vid hjälpmedelsenheten gallras efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk. (Garantisedlar som överlämnats av sjukvården till kund omfattas inte av gallringsbeslut i denna plan.)
Hjälpmiddelskonsulentens anteckningar i patientjournal	Bevaras	Bevaras i patientjournal.
Informationsblad etc. om hjälpmedel	Bevaras	1 arkivex. av information som är egenproducerad eller framtagen för vårdgivarens, enhetens etc. räkning bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Kunduppgifter i hjälpmedelscentralens (motsv.) kundregister	Gallras vid inaktualitet	Observera att registret kan innehålla både sekretessbelagda uppgifter (diagnoser m.m.) och räkenskapsinformation. Nya uppgifter får läggas till. Uppdatering av kontaktuppgifter (adress, telefon etc.) får genomföras löpande. Patientuppgifter i form av namn och personnummer bevaras, ev. ändringar ska bevaras i systemets historik. Alla övriga uppgifter med koppling till patient och vårdinsats bevaras, och ev. ändringar ska bevaras i historik.

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Planerade fortsatta insatser, dokumentation	Bevaras	Kan ingå i utredning och rehabiliteringsplan.
Rehabiliteringsinsatser, dokumentation	Se kommentar	Uppgifter av betydelse för rehabiliteringens utformning och resultat bevaras, annars gallras vid inaktualitet.
Rehabiliteringsplan	Bevaras	Det ska finnas ett mål med insatsen, vilket dokumenteras i en plan som används för pågående insatser, och vid uppföljning och utvärdering av insatsen.
Rekvisition av hjälpmedel	Se kommentar	Vid utlån av hjälpmedel sparas rekvisitionen tillsammans med andra ev. lånehandlingar och gallras vid inaktualitet efter att hjälpmedlet återlämnats. Om hjälpmedlet inte ska återlämnas gallras rekvisitionen vid inaktualitet, vanligen efter att hjälpmedlet levererats. (Notering i patientjournal om beställning bevaras där.) Rekvisition som utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år.
Fysioterapeutens anteckningar i patientjournal	Bevaras	Bevaras i patientjournal.
Utredningar om hjälpbehov	Bevaras	Avser utredning med underlag.

3.12 Medicintekniska produkter, apparatur- och instrumentvård

Medicintekniska produkter

I lagtexten avses med medicintekniska produkter sådana produkter som ska användas för att:

1. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom,
2. påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning,
3. undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process, eller
4. kontrollera befruktning.

Medicintekniska produkter kan användas separat eller i kombination med annan behandling, och omspanner ett stort område med allt från plåster och kanyler till kuvöser, röntgenutrustning, rullstolar och andra hjälpmedel till

funktionshindrade. De hjälpmedel som tillhandahålls inom sjukvården likställs med medicintekniska produkter, se även nästföljande kapitel.

Verksamheten styrs av *lag (1993:584) om medicintekniska produkter, förordning (1993:876) om medicintekniska produkter*, samt av föreskrifter från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. I regelverket ingår även *produkt-säkerhetslag (2004:451)*, och *produktansvarslag (1992:18)*. Enligt dessa bestämmelser måste avvikelser dokumenteras och utredas för undvikande av olyckor och tillbud.

Verksamheten har anmälningsplikt att vid negativa händelser eller tillbud med en medicinteknisk produkt anmäla detta till tillverkaren och Läkemedelsverket. Anmälan om negativa händelser och tillbud med egentillverkade medicintekniska produkter ska göras till IVO. Se vidare *Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården*.

Rengöring, kontroll & skötsel av produkter

Sterilcentralen (motsv.) har hand om medicinska instrument och textilier som används vid olika typer av ingrepp, och utför instrumentvård, förstärkt rengöring, kontrollräkning, förpackning, sterilisering och batch-märkning samt distribution av instrument. Instrument tas om hand för diskning, desinfektion, eller sterilisering i autoklav (med hjälp av temperatur, vattenånga, och undertryck). Underhåll, service och kontroll av produkter och apparatur inom det medicintekniska området kan utföras av särskild servicepersonal eller av personal på den enhet där produkten används.

Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande medicin-tekniska produkter samt apparatur- och instrumentvård

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Ankomstkontroller, dokumentation av	Se kommentar	Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Autoklavadokumentation med spårbarhet till sterila enheter	Gallras efter 3 år	
Autoklavkurvor (processförlopp)	Gallras efter 3 år	
Avtal rörande inköp av medicintekniska produkter och apparatur	Bevaras	

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Avtal rörande service och underhåll	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Beställningar av instrument och galler (instrumentset) från sterilcentral (motsv.)	Se kommentar	Beställningar som utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år. Övriga beställningar gallras vid inaktualitet om sammanställning (t.ex. statistik) har gjorts som bevaras.
Dokumenterade kvalitetskontroller av produkter	Se kommentar	Avser kontroll utförd av särskild maskinteknisk personal eller av personal som arbetar där produkten är placerad. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Dossiérer över medicinteknisk utrustning	Se kommentar	Avser bruksanvisning, besiktning, dokumentation av egentillverkning m.fl. handlingar som tillkommer under utveckling och drift. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Felanmälningar och servicebeställningar	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter utförd åtgärd.
Funktionshandlingar	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Gallerlistor	Gallras efter 3 år	Avser listor över vilka instrumentset som behövs för särskilda operationer och ingrepp.
Garantisedlar o.dyl.	Se kommentar	Garantisedlar gallras efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Instrumentvård, dokumentation	Gallras efter 3 år	Avser vård och skötsel av instrument, apparatur och övriga tekniska hjälpmedel (t.ex. fiberoptikkamera) som används vid undersökning, behandling och vård av patient.
Kalibreringsrapporter	Gallras efter 3 år	
Kontroller, dokumenterade interna och externa	Gallras efter 3 år	
Kvalitetsgranskningar	Se kommentar	Avser underlag, protokoll och utvärderingar. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.

forts. Råd för beslut om bevarande/gallring av handlingar rörande medicin-tekniska produkter samt apparatur- och instrumentvård

Handlingstyp	Bevaras/Gallras	Kommentar
Ordnation av medicin-teknisk produkt till enskild patient	Bevaras	Ingår i patientjournal och bevaras där.
Problemrapporter	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter åtgärd.
Reagensjournaler	Gallras efter 3 år	
Registeruppgifter över medicintekniska produkter	Bevaras	Inventarium för registrering av uppgifter om medicinskteknisk utrustning, benämning, placering, åtgärder etc. Nya uppgifter får tillföras.
Service- och åtgärdsrapporter	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter åtgärd.
Temperaturavläsningar, dokumentation	Gallras efter 3 år	
Tillbudsrapporter rörande medicinteknisk apparatur	Gallras efter 10 år	
Underhållsscheman	Gallras efter 3 år	
Utbytesdelar, uppgifter om	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.

3.13 Loggning av händelser i nätverk och databassystem

Loggning i nätverk eller i databassystem har flera syften. Loggar som dokumenterar tillgång till information, vilka sökningar som utförts, av vem och från vilken datorplats m.fl. uppgifter kan underlätta revisioner, disciplin- och ansvarsärenden med flera ärenden, samt undanröja misstankar om manipulation och förebygga missbruk.

Vårdgivaren har enligt 5 kap. 5 § PdL skyldighet att på begäran lämna ut loggningsuppgifter till patient. Uppgifterna ska enligt 2 kap. 2 § SOSFS 2008:14 vara så tydligt utformade att patienten kan bedöma om åtkomsten till journaluppgifterna varit befogad, och loggen ska innehålla uppgifter om

vårdenhet och tidpunkt för när något tagit del av journalinformationen. I den offentliga sjukvården kan patienten även begära att få ta del av namnet på dem som varit inloggade, vilket kan ske efter sekretessprövning enligt *OSL*.

Rutinmässiga loggar för kontroll har i allmänhet inte ett informationsvärde som motiverar bevarande. Om däremot uppgifter i loggar leder till åtgärd ska dessa bevaras med det ärende som då bildas.

Observera att av grundprinciper för loggning bl.a. i samband med sammanhållen journalföring är under utveckling och rådgivningen på detta område kan komma att ändras. Här kan loggningen få utökad betydelse för att se vem som haft tillgång till uppgifter om en patient i samband med t.ex. ett journalförstörelseärende.

Råd om bevarande/gallring av uppgifter i databasloggar (gäller ej samordnad journalföring)

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Loggar (logguppgifter)	Gallras efter 10 år	Om uppgifter i logg leder till åtgärd ska uppgifterna bevaras tillsammans med det ärende som då bildas. Avser rutinmässiga loggar som dokumenterar loggar över åtkomst till patientjournaler (anropens ursprung och plats, ansvarig användare för operationer, datum, tidpunkt, berörda tabeller och fält, historiska samt uppdaterade värden etc.).

Dokumenthanteringsplan för utförare av hälso- och sjukvård

Föreliggande dokumenthanteringsplans struktur ska inte ses som en klassificeringsstruktur enligt Riksarkivets föreskrifter. Strukturen är endast ett redovisningsätt.

BILAGA

I förslaget till dokumenthanteringsplan följer en uppräknig av handlings-typer som kan ingå i en patientjournal i öppen- eller sluten vård (dvs. inneliggande patienter), med råd om bevarande/gallring och viss hantering. Listan är avsedd att kunna användas av samtliga journalförande personal-kategorier inom landsting/regioner, eller kommuner.

Observera att denna dokumenthanteringsplan aldrig kan ersätta ett beslut om bevarande/gallring som ska fattas enligt gällande lokala föreskrifter, utan är tänkt att fungera som ett underlag i arbetet med att utarbeta en plan för en specifik myndighet eller ett specifikt verksamhetsområde. Det är inte heller lämpligt att i ett beslut anta gallringsrådet som sådant, det bör enbart ligga till grund i arbetet med den egna, lokala planen som det fattas beslut om.

Dokumenthanteringsplanen nedan är uppställd i förenklad form, och kan närmast liknas vid en gallringsplan. En lokalt anpassad plan innehåller vanligen utförligare uppgifter, med kolumner för t.ex. handlingars placering, registrering, lagringsmedium, ansvar etc.

”Handlingsslag” har i Riksarkivets föreskrifter fått en precis betydelse, och förbehålls nu för en mängd handlingar som tillkommer genom att en process genomförs upprepat, medan ”handlingstyper” utgör benämningen på en handling som tillkommer genom att en aktivitet genomförs upprepat (med aktivitet förstås ett led i en process).

Verksamhetsområde: Erbjudna hälso- och sjukvård (kärnverksamhet)

Erbjudna hälso- och sjukvård

Process	Erbjudna hälso- och sjukvård		
3.	Verksamhetsområde för att bedriva hälso- och sjukvårdande verksamhet på uppdrag eller beställning		
Process	Använda styrande och fastställda dokument i verksamheten		
3.1	Process för att ta del av och använda styrande dokument på verksamhetsnivå, som beslutats/utfärdats av den egna huvudmannen eller annan instans, samt att utarbeta egna lokalt anpassade regler och anvisningar. Processens handlingsslag: 3.1 Verksamhetens styrande dokument. IT-stöd i processen: Verksamhetskatalogen i nätverket.		
Aktivitet	Utforma och ta del av sjukvårdens centrala dokument		
3.1.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Lagar, föreskrifter etc. som utfärdats av annan myndighet på nationell nivå	-	Dessa dokument är i allmänhet att betrakta som bibliotekslitteratur. De kan vara styrande för utförandet, men är inte allmän handling i den specifika verksamheten och omfattas då inte av gallringsbeslut i denna plan.
	Metodhandbok (motsv.)	Bevaras	Avser metodhandbok (motsv.) utfärdad av den egna huvudmannen eller vårdgivaren.
	Delegationer rörande övergripande ansvar	Bevaras	T.ex. verksamhetschefens delegation till ersättare vid ledighet.
	Patientinformation	Bevaras	Avser information till patient framtagen i en bestämd beslutsprocess hos den egna huvudmannen eller vårdgivaren, i form av t.ex. broschyr, skrivet eller kopierat blad, textdokument på hemsida, vårdportal etc. med allmän eller specifik (ej individuell) information till patient. 1 arkivexemplar av broschyr etc. bevaras.

forts. Utforma och ta del av sjukvårdens centrala dokument

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Policy för hälso- och sjukvårdsarbetet	Bevaras	Avser policydokument utfärdade av den egna huvudmannen eller vårdgivaren.
Riktlinjer för hälso- och sjukvård	Bevaras	Avser riktlinjer utfärdade av den egna huvudmannen eller vårdgivaren.
Rutin- och metodbeskrivningar, handböcker etc.	Bevaras	Avser rutinbeskrivningar etc. utfärdade av den egna huvudmannen eller vårdgivaren.
Standardiserad vårdplan	Bevaras	Vårdplan upprättas för patienter med samma medicinska diagnos eller likartade problem, som underlag för olika undersökningar och behandlingar. Planen ska innehålla en sammanställning av vetenskapliga fakta och beprövad erfarenhet för aktuell diagnos etc. 1 arkivex. av varje standardiserad vårdplan bevaras.

Process Hantera vårdbegäran och vårdval

3.2 Process för att hantera och bedöma egen utgående eller inkommen vårdbegäran och behandla patienternas önskemål om vårdval. (Denna process beskriver enbart remisser som avser vårdbegäran, övrig remissshantering se respektive process och aktivitet.)

Processens handlingslag: 3.2 Vårdbegäran- och vårdvalshandlingar.

IT-stöd i processen: Vårdvalsregister, Vårdkösystem.

Aktivitet Handlägga vårdbegäran (remitter)

3.2.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Vårdbegäran, avförd	Se kommentar	Avser t.ex. när patient inte kommit till vårdinrättningen. Vårdbegäran (remiss) som hanteras utanför patientjournal gallras efter 3 år.
	Vårdbegäran, avslag på	Se kommentar	Eget utgående avslag (kopia) gallras efter 10 år. Inkommet avslag bevaras i patientjournalen.
	Vårdbegäran, bekräftelse på	Se kommentar	Egen utgående bekräftelse (kopia) gallras efter 3 år. Inkommen bekräftelse bevaras i patientjournal.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Vårdbegäran, egen utgående	Bevaras	Ingår i patientjournal och bevaras där (kopia).
Vårdbegäran, inkommen från egen eller annan vårdgivare, eller enskild persons vårdbegäran (s.k. egenremiss)	Bevaras	<p>Avser inkommen vårdbegäran som bekräftats och ej avförts (t.ex. för att patienten ej kommit).</p> <p>Ingår i patientjournal och bevaras där. Inkommen vårdbegäran ska bevaras i sin helhet oavsett om uppgifterna skrivits av eller förts över till patientjournalen. Vårdbegäran (remiss) på papper bevaras på papper eller som inskannad fullständig och likalydande kopia skapad med betryggande metoder och rutiner (pappersoriginalet kan då gallras vid inaktualitet). Elektroniskt överförda remisser integreras och bevaras i elektronisk form alternativt som utskrift på papper.</p>

Aktivitet Handlägga vårdval

3.2.2	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Uppgift om aktivt val av vårdgivare	Se kommentar	<p>Avser blankett (motsv.) med uppgift om patientens val, som lämnats in till vårdinrättningen. Uppgifter om val via huvudmannens hemsida hanteras av annan enhet.</p> <p>Skannad pappersblankett gallras vid inaktualitet om inskannad fullständig och likalydande kopia skapats med betryggande metoder och rutiner. Den skannade kopian bevaras. Elektroniskt original bevaras i system.</p>

Process Utföra vårdåtagandet

3.3	<p>Process för att ta emot patienter i öppenvård eller sluten vård (inneliggande patienter) för undersökning, vård och behandling, och att dokumentera genomförda eller planerade insatser i patientjournal alternativt sådan journal som omfattar mer än en person.</p> <p>Processens handlingsslag: 3.3 Handlingar rörande utförande av vårdåtagandet (inkl. journalhandlingar).</p> <p>IT-stöd i processen: Patientadministrativa systemet, Journalsystemet, Kölistan, Tidsbokningssystemet.</p>
-----	---

Aktivitet Ta emot patienter i öppen och sluten vård

3.3.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Ankomstregister (motsv.) för akut-sjukvården	Bevaras	
	Förvaring av patienttillhörigheter, handlingar rörande	Gallras efter 2 år	Avser uppräknings- och signerade listor, kvittenser etc. Gallras 2 år efter att tillhörigheterna kvitterats ut.
	ID-band	Se kommentar	Avser handledsband (motsv.) med uppgift om patientens identitet. Gallras i samband med utskrivning. (ID-uppgifter på avliden ska sitta kvar på kroppen.)
	Kallelser	Se kommentar	Kallelse som ligger till grund för fakturering (t.ex. vid uteblivet besök) och utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år, övriga gallras vid inaktualitet.
	Delegation och ev. återkallande av delegation för medicinska arbetsuppgifter på verksamhetsnivå	Gallras efter 10 år	T.ex. delegation att dela ut läkemedel till patient.
	Meddelande från annan klinik, sjukhus eller vårdcentral om erhållen tid	Gallras vid inaktualitet	
	Patientdata (registeruppgifter) med kompletterande uppgifter i patientadministrativt system	Se kommentar	Nya uppgifter får läggas till. Uppdatering av kontaktuppgifter (adress, telefon etc.) får genomföras löpande utan att ändringar sparas i systemets historik. Patientuppgifter i form av namn och personnummer bevaras, ev. ändringar ska bevaras i systemets historik. Alla övriga uppgifter med koppling till patient och vårdinsats bevaras, och ev. ändringar ska bevaras i historik.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Patientliggare, manuell	Bevaras	I förekommande fall.
Sjukhusliggare	Bevaras	
Tidsbokningar och avbokningar	Se kommentar	Gallras efter 10 år om uppgifterna utgör underlag för fakturering, annars gallras vid inaktualitet.
Tolkbeställning	Se kommentar	Tolkbeställning som utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år, övriga gallras efter 3 år.
Tvångsvård, intyg om	Bevaras	Intyg om all slags tvångsvård bevaras på papper även efter ev. skanning.
Underlag för fastställande av patientavgift	Gallras efter 10 år	T.ex. inkomstuppgift, intyg, eller folkbokföringsuppgifter.

Aktivitet Undersöka, vårda, behandla

3.3.2	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Avgjutningar, modeller, gipskonstruktioner etc.	-	<p>Avser patientspecifika avgjutningar, avbildningar etc. för planering eller genomförande av vårdinsats.</p> <p>Dessa föremål är inte allmänna handlingar. Föremålen hanteras enligt lokala rutiner och sparas så länge som bedöms lämpligt.</p>
	Batch-lappar, operation	Se kommentar	<p>Avser s.k. batchar för kontroll av antal instrument, dukar etc. som använts vid en specifik operation. Kontrollen utförs på operationsavdelningen.</p> <p>Batchlappar som hanteras utanför patientjournal gallras efter 3 år.</p> <p>Batchlappar som ingår i patientjournal gallras efter 10 år, men batchlappar som är av värde för identifikation av t.ex. implantat bevaras.</p>

forts. Undersöka, vårda, behandla

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Bilder av patient-specifika skador, åtgärder etc.	Se kommentar	Analoga och elektroniska bilder samt teckningar. Bilder som ej utgör journalhandling (t.ex. som med patientens medgivande tas för undervisningssyfte) gallras vid inaktualitet. Bilder av betydelse för patientens vård och behandling, eller som används för information och dialog med patient ingår i patientjournal och bevaras där, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Bårhustransport, kontrollblanketter (motsv.) vid transport av avliden patient till bårhus	Gallras efter 3 år	
Checklistor till grund för uppföljning av kvalitet i vårdprocessen	Se kommentar	Om sammanställning görs gallras checklistorna efter 2 år, annars ska listorna bevaras.
Instrumentlistor, med instrument som använts vid specifika ingrepp på enskilda patienter	-	Se Batch-lappar ovan.
Journalnummerliggare, -förteckning, eller -register	Bevaras	I förekommande fall.
Kardexanteckningar	-	Se rapportblad.
Menyer och noteringar om val av mat	Se kommentar	Menyer bevaras av centralköket (tillagnings- eller mottagningskök), och gallras vid inaktualitet av varje enhet. Blankett eller notering om patientens val av dagens mat gallras vid inaktualitet.
Minnesanteckningar vid överrapportering	Se kommentar	Avser personalens minnesanteckningar för tillfälligt bruk rörande patienter är arbetsmaterial och rensas bort vid inaktualitet.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Operationsdukar och instrument, uppgift om kontroll av	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Operationsprogram och -listor (motsv.)	Se kommentar	Avser lokala listor, dagsprogram, turordningar etc. över planerade operationer och ingrepp. Programmen bevaras eller sammanställs av den enhet (motsv.) som ansvarar för programmet, och gallras vid inaktualitet av vårdavdelningen.
Signaturförtydligandelistor (handstilsprov)	Bevaras	Avser listor med signatur och namnförtydliganden som identifierar personal som dokumenterar och signerar i patientjournal.
Signeringslistor	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Smittspårning (smittspårningsjournal), dokumentation	Bevaras	Handlingar i smittspårningsrutinen ingår ej i patientjournal. Diarieförs.
Uppföljningsmeddelande till hemortslasarett (motsv.)	Se kommentar	Gallras efter vårdtidens slut.
Övervakningslistor	-	Se Listor över kontroll av puls, blodtryck temperatur, vakenhet etc.

Aktivitet	Föra patientjournal, generellt		
3.3.3	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Patientjournal (generellt)	Bevaras	Patientjournaler ska i huvudsak bevaras, med undantag enbart för de handlingstyper där det tydligt framgår av dokumenthanteringsplanen att dessa får gallras efter angiven tid, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
	Patientjournal som inte är möjlig att härleda till en specifik patient	Gallras efter 10 år	Avser journal som är helt eller delvis oläslig, saknar namnuppgift, eller där det av annan anledning inte går att fastställa vilken person journalen avser.
	Patientjournal som mikrofilmats	Se kommentar	Patientjournal på papper som mikrofilmats gallras efter filmning, under förutsättning att en fullständig, likalydande kopia bevaras på mikrofilm (i 2 ex). För att uppfylla kravet på likalydande kopia krävs rutiner och teknik som ger betryggande garantier för att innehållet i den mikrofilmade versionen helt överensstämmer med originalet.
	Patientjournal som skannats	Se kommentar	Patientjournal på papper som skannats gallras efter skanningen, under förutsättning att en fullständig och likalydande kopia bevaras i skannad form. För att uppfylla kravet på likalydande kopia krävs rutiner och teknik som ger betryggande garantier för att innehållet i den skannade versionen helt överensstämmer med originalet. Observera att färgade bilder etc. kan behöva skannas i färg.
	Patientjournal som upprättats i elektronisk form i original	Bevaras	Bevaras i elektronisk form i system som uppfyller kraven på långsiktigt bevarande. Om detta inte kan uppfyllas ska journalerna skrivas ut och bevaras på papper. De gallringsfrister som anges i 3.3.4 Dokumentera i patientjournal omfattar även digitala uppgifter i system.
	Patientjournal upprättad i ambulanssjukvård	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Patientjournal vid läkemedelsprovning	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Patientjournal över spermagivare och äggdonator	Bevaras	Avser patientjournal eller särskild journal över donator vid insemination och befruktning utanför kroppen (enligt lagen om genetisk integritet m.m., (2006:351). Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Patientjournal förd vid hjälpmedelscentral (motsv.)	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Patientjournal förd vid mödravårdscentral	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Patientjournal förd i barn- eller skolhälsovård	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Patientjournal förd vid ungdomsmottagning	Bevaras	Ang. ev. gallring av enstaka handlingstyper i journal, följ anvisningarna för handlingstyper under 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Poliklinikkort	Bevaras	I förekommande fall. Polkort utgör patientjournal.
Register eller liggare över mikrofilmade journaler	Bevaras	I förekommande fall.
Sjukvårdsupplysningens (motsv.) Inspelningar av samtal med patient	Se kommentar	Informationen i sjukvårdsupplysningens (motsv.) inspelade samtal är journalhandlingar och omfattas av PdL. Inspelade samtal som leder till att ett ärende öppnas (t.ex. skadeståndsärende) bevaras med ärendet. Övriga ljudfiler gallras efter 10 år.

Aktivitet	Dokumentera i patientjournal		
3.3.4	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Avser patientjournal förd av samtliga journalföringspliktiga yrkesgrupper. Se uppräknig nedan av handlingstyper som kan ingå i patientjournal och företrädesvis arkiveras där.		
	Aborter, ansökan till och beslut från IVO	Bevaras	
	Abortjournal	Bevaras	
	ADL-bedömning, dokumentation	Bevaras	
	ADL-träning, dokumentation	Bevaras	
	Akutjournal	Bevaras	
	Akupunkturjournal	Bevaras	
	Allergitest eller -provokation, dokumentation	Bevaras	Avser frågeformulär och testprotokoll i samband med provokation.
	Ambulansjournal	Bevaras	
	Amputationsprotokoll	Bevaras	
	Analyser/bedömningar, generellt	Bevaras	
	Anamnes	Bevaras	Avser patientens sjukdomshistoria.
	Anamnes, omvårdnads	Bevaras	
	Anestesibedömning	Bevaras	
	Anestesijournal	Bevaras	
	Anmälan, rapportering etc. till andra myndigheter	Bevaras	Avser t.ex. anmälan till socialtjänsten.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Ansvarsövertagande vid läkemedelshantering, dokumentation	Bevaras	
Ansökan om god man	Bevaras	Avser sjukvårdens kopia.
Apotekets återrapport om utbyte av generika för enskild patient	Bevaras	Ingår i patientjournal och bevaras där om möjligt. Se text i avsnittet om läkemedelshantering.
Arbetskada, anmälan om	Bevaras	
Arbetsterapeutens anteckningar i patientjournal	Bevaras	Avser arbetsterapeutens anteckningar grundade på arbetsterapi- och förskrivningsprocessen (inkl. bedömning och utprovning av medicintekniska produkter). Ingår i patientjournal och bevaras där.
Artroskopi-protokoll	Bevaras	
Audiogram	Bevaras	
Avbildningar, skisser etc. som beskriver planerad åtgärd eller resultat av åtgärd	Bevaras	
Batch-lappar, operation	-	Se 3.3.2 Undersöka, vårda, behandla
Bastest vid blodtransfusion	-	Se Korstest och bastest
Beslut om vårdbegäran	Bevaras	Antecknas i patientjournal.

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Bilder av patient-specifika skador, åtgärder etc.	Se kommentar	Analoga och elektroniska bilder samt teckningar. Bilder av betydelse för patientens vård och behandling, eller som används för information och dialog med patient ingår i patientjournal och bevaras där. Övriga bilder (t.ex. som med patientens medgivande tas för undervisnings syfte) gallras vid inaktualitet. Se även Filmsekvenser resp. Videofilm.
Biometriuppgift	Bevaras	
Blodgruppering	Bevaras	
Blododling, resultat	Bevaras	
Blodrekvisitioner	Bevaras	
Blodtransfusion, uppgift om	Bevaras	
Blodtryckslista	-	Se listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur etc., generellt
Blåsträningslista	-	Se listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur etc., generellt
Blödningschema	Bevaras	
Brev eller meddelande till, från eller avseende patient	Se kommentar	Brev eller meddelande av betydelse för vård och behandling bevaras i patientjournal. Brev som inte behövs för en god och säker vård av patienten diarieförs eller registreras på annat sätt. Brev eller meddelande av tillfällig eller ringa betydelse gallras vid inaktualitet.
Bårhusets ankomstregistrering	Bevaras	
Bårhusjournal	Bevaras	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Cardiotocografkurvor (CTG)	Bevaras	Kurvor över hjärtfrekvens.
Checklistor av betydelse för behandling, bedömning, beslut och diagnos	Bevaras	
Checklistor av tillfällig eller ringa betydelse	Gallras vid inaktualitet	Avser checklistor som t.ex. "Checklista vid patientens hemgång" o.dyl.
Commotio-observation, dokumentation	-	Se Listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur, etc.
Coronarangiografi (kranskärlsröntgen) och ballongsprängning, dokumentation	Bevaras	
Cystometri och flödesmätning, dokumentation	Bevaras	Tryckmätning i urinblåsan.
Cytogenetisk utredning och bilder	Bevaras	Avser både positiva och negativa svar.
Cytologiutlåtanden	Bevaras	Positiva och negativa utlåtanden bevaras.
Cytostatikakort	Bevaras	
Daganteckningar rörande patienter	-	Se Rapportblad
Datortomografi (skiktröntgen), bildfiler	Bevaras	.
Datortomografi (skiktröntgen), utlåtanden	Bevaras	
DEXA-mätning och utlåtande	Bevaras	Bentäthetsundersökning.

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Diabetes, uppgifter om	Bevaras	
Diabilder	-	Se bilder av patientspecifika skador, åtgärder etc.
Dietjournal	-	Se kostlista
DNA-analyser	Bevaras	
Dokumentation i samband med utprovning och rådgivning rörande hjälpmedel	Bevaras	Avser insats som bedöms vara en hälso- och sjukvårdsinsats.
Dosplaner för enskild patient vid strålbehandling	Bevaras	Avser dosplaner över tumörområden som ska bestrålas.
Dosrecept, individuellt	Bevaras	Dosrecept i patientjournal bevaras. Kopia som förvaras hos patient gallras vid inaktualitet.
Dödsbevis	Bevaras	
Dödsorsaksbevis	Bevaras	
ECT-kurvor	Bevaras	Kurvor över behandling med Electroconvulsive Therapy (elchock).
EEG-undersökning, kurvor och övrig dokumentation	Bevaras	Elektroencefalografimätning av elektrisk aktivitet i hjärnan.
Egenvårdsbedömning	Bevaras	
EKG-kurvor och utlåtanden	Bevaras	Mätningar av hjärtfunktionen.
EKO-kurvor	Bevaras	
EMG-mätning, kurvor och övriga dokumentation	Bevaras	Elektromyografisk mätning av elektrisk spänning i muskler.
Enzymschema	Bevaras	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Epikris och slutanteckningar	Bevaras	Utlåtande som beskriver ett sjukdomsfall med avseende på uppkomst, utveckling, förlopp och behandling.
Epikris, omvårdnads-	Bevaras	
Filmsekvenser (elektroniska eller video)	Se kommentar	Film av betydelse för patientjournalens syften och innehåll bevaras. Ingår i patientjournal, men förvaras vid behov separat, för att inte skadas eller skada andra handlingar. I journalen görs notering om att film finns och var den förvaras. Film som saknar betydelse för patientjournalens syfte gallras vid inaktualitet, t.ex. film som tagits i undervisningssyfte.
Fish-analys	Bevaras	Analys av kromosomstrukturer.
Flygambulans, transportjournal	Bevaras	
Fosterljudskurvor	Bevaras	
Fotvård, notering av beslut och ansökan (remiss)	Bevaras	
Frågeformulär, självskattningsinstrument etc.	-	Se Självskattningsinstrument, självvarsinstrument, frågeformulär, psykologiska prov etc. inkl.usive svar eller resultat
Frågeformulär inför narkos	Bevaras	
Funktionsmätning	Bevaras	
Funktionsträning, dokumentation	Bevaras	Avser kognitiv, psykisk, social, sensomotorisk eller annan funktionsträning.
Födelsemeddelande	Bevaras	Avser födelsemeddelande från BB till BVC.
Förbrukningsjournal över narkotika, individuell	Bevaras	

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Förlossning, protokoll från instrumentell förlossning	Bevaras	
Försäkringskassans begäran om läkarutlåtande	Se kommentar	Inkommen begäran gallras efter 10 år om begäran antecknats i journal. Kopia av läkarutlåtandet bevaras i patientjournalen.
Gipsföreskrifter	Se kommentar	Avser föreskrifter som är unika för en specifik patient, eller anteckning om att generell information har givits till patient. Ingår i patientjournal och bevaras där.
Glaucomöversikter	Bevaras	
Glucosbelastningskurvor	Bevaras	
Glasögonordination (recept)	Bevaras	
God man, ansökan om	Bevaras	Avser sjukvårdens kopia.
Graviditetstester	Se kommentar	Graviditetstester med positivt resultat bevaras. Graviditetstester med negativt resultat gallras efter 3 år.
Gravidogram	Bevaras	Avser kurva över livmoderns tillväxt under graviditeten.
Habiliteringsplaner	Bevaras	
Hembesök, dokumentation	Bevaras	
Hemsjukvård, ansökningar och beslut	Bevaras	
HIV-tester, resultat av	Se kommentar	HIV-test med positivt resultat bevaras i patientjournal. HIV-test med negativt resultat bevaras i patientjournal om sådan finns. Om ingen patientjournal upprättats gallras HIV-test med negativt resultat efter 10 år.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Hjälpmedelsskonsulentens anteckningar i patientjournal	Bevaras	
Hjälpmedelsordinationer	Bevaras	Originalen skickas till hjälpmedelscentral eller motsv. Ingår i patientjournal och bevaras där.
Hyposensibilisering, dokumentation	Bevaras	"Allergivaccination"
Hälsodeklarationer	Bevaras	
Implantatsdokumentation	Bevaras	
Information given till patient eller anhörig, och medgivande från denne, uppgift om	Bevaras	
Infusionslistor	Bevaras	
Injektionslistor	Bevaras	
Individuella vårdplaner (IVP)	Bevaras	
Instrumentlistor	-	Se 3.3.2 Undersöka, vårda, behandla.
Instrumentell förlossning, dokumentation	-	Se Förlossning, protokoll från instrumentell förlossning.
Intyg	Bevaras	Den som utfärdar intyget ska anteckna detta i journalen och även spara en kopia av intyget.
Isotopundersökningar, resultat	Bevaras	
Journalkopior som beställts från annan vårdgivare	Bevaras	Förs till den egna patientjournalen.
Journalöversikter	Bevaras	

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Kallelse, notering om	Bevaras	
Klinisk forskning, dokumentation	Bevaras	Avser dokumentation i patientjournal vid patientnära forskning dvs. då forskningen sker i anslutning till vården av patienten. Ingår i patientjournal och bevaras där.
Komplikationsregr	Bevaras	
Korstest och bas-test, resultat	Bevaras	Avser korstest och bastest i samband med blodtransfusioner.
Kostlista (dietjournal)	Bevaras	
Kostdagbok förd av patienten	Bevaras	Bevaras med tanke på forskning utifrån kostintag för generationer, kön, etc.
Kurvor från prov och undersökningar	-	Se Mätkurvor
Laboratorielistor med svar	Bevaras	
Laboratorieprov-svar, preliminära svar (generellt)	Se kommentar	Preliminära svar som överensstämmer med definitivt svar gallras efter 3 år, preliminärt svar som avviker från definitivt svar bevaras. Ang. svar som bevaras se under definitiva svar nedan.
Laboratorieprov-svar, definitiva svar (generellt)	Bevaras	Obs! att provsvar på papper som ska bevaras inte får gallras för att svaret skrivits av till patientjournal, utan endast efter ev. skanning utförd med samma godkända rutiner och kvalitetsgarantier som vid annan skanning av journalhandlingar. Elektroniska provsvar bevaras i elektronisk form alternativt som utskrift på papper.
Licensmotivering för oregistrerat läkemedel	Bevaras	
Listor över administrerade (intagna) läkemedel för enskild patient	Bevaras	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Listor över intag av mat, vätska etc., generellt	Gallras efter 10 år	Även anhöriga för sådana listor t.ex. på kommunala boenden i livets slutskede. Dessa handlingar kan aktualiseras i ett anmälnings- eller försäkringsärende och bör betraktas som journalhandling och bör därför bevaras i 10 år.
Listor över utförelse av uppmätt urin, avföring, kräkning etc., generellt	Gallras efter 10 år	Journalhandling.
Listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur etc., generellt	Bevaras	
Ljudupptagningar	Bevaras	Ljudupptagning av betydelse för undersökning, vård och behandling bevaras som del av patientjournal. Övriga ljudupptagningar gallras vid inaktualitet.
Läkemedelsjournal	Bevaras	
Läkemedelsbiverkning, uppgift om	Bevaras	
Läkemedelslistor, individuella	Bevaras	Kopia som förvaras hos patient gallras vid inaktualitet.
Läkemedelsprövningar, dokumentation i patientjournal	Bevaras	
Magnetresonanstomografier (MRT), utlåtande	Bevaras	Röntgenliknande undersökning med mätning av radiovågor som ger bilder.
Medicinsk bedömning	Bevaras	
Medicinlistor	-	Se Läkemedelslistor
Medgivanden från patient eller anhörig	Bevaras	
Miktionslistor	-	Se listor över uppmätt urin, avföring etc.

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Missbildningsrapporter, sjukvårdens kopia	Bevaras	
MmT-test, resultat av	Bevaras	Mini Mental Test.
Mätkurvor, generellt	Bevaras	Kurvor från t.ex. audiogram, EKG eller EEC-mätning.
Narkoskonsultationer, dokumentation	Bevaras	
Narkoskurvor	Bevaras	
Neonatalvårdskurvor	Bevaras	
Neurologstatus	Bevaras	
Neurologövervakning, dokumentation	-	Se Listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur etc., generellt
Obduktionsprotokoll	Bevaras	
Oberseervationskurvor (Obs-kurvor)	Bevaras	
Omvårdnadsanamnes	-	Se Anamneser, omvårdnads-
Omvårdnads-epikris	-	Se Epikriser, omvårdnads-
Omvårdnadsjournal	Bevaras	
Omvårdnads mål, åtgärder och resultat, dokumentation	Bevaras	
Omvårdnadsstatus	-	Se Status, omvårdnads
Omvårdnadsmeddelanden	Bevaras	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Operation, anmälan till	Bevaras	
Operation, dokumenterad vårdplanering inför	Bevaras	
Operationsberättelser	Bevaras	
Operationsdukar och instrument, uppgift om kontroll av	-	Se Batch-lappar
Ordinationer, generellt	Bevaras	Avser ordinationslistor, ordinationskort, noteringar om telefonrecept etc.
Ordinationer av hjälpmedel	Bevaras	
Organpunktion, dokumentation	Bevaras	
Osteometrimätning, resultat	Bevaras	Bentäthetsundersökning.
Pacemaker, dokumenterat isättande, kontroll, eller avlägsnande av	Bevaras	
Pacemaker, avlägsnande på avliden patient, dokumentation	Bevaras	
Partogram	Bevaras	Avser grafisk beskrivning av förlossningsförlopp.
Patientjournalöversikter	-	Se journalöversikter.
Patologutlåtanden	Bevaras	

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Planerad behandling eller annan åtgärd utifrån satta mål, dokumentation	Bevaras	
Postoperativ information, dokumentation av	Bevaras	
Preventivmedelsjournaler	Bevaras	
Provsvar	-	Se laboratorieprovsvär.
Psykiatrisk tvångsvård, ansökan, utlåtande, vårdintyg, domar etc.	Bevaras	Om originalhandling för vårdintyg gällande psykiatrisk tvångsvård skannas ska även originalet på papper bevaras.
Psykologisk test	-	Se Självskattningsinstrument, självsvär-instrument, frågeformulär, psykologiska prov etc. inkl svar eller resultat.
Rapportblad	Bevaras	
Receptorbestämning	Bevaras	
Rehabiliteringsansökan	Bevaras	
Rehabiliteringsbedömning	Bevaras	
Rehabiliteringsplan	Bevaras	
Rekvisition av journalhandlingar, uppgift om	Bevaras	Avser rekvisition från den egna kliniken till annan klinik eller vårdgivare.
Rekvisition av narkotiska preparat för enskild patient	Bevaras	
Remisser, information till patienten ang. remiss (generellt)	Bevaras	Uppgift om att muntlig information lämnats dokumenteras i patientjournal.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Remisser, beslut om att skicka (generellt)	Bevaras	Dokumenteras i patientjournal.
Remisser, egen utgående begäran (kopia) om undersökning, provtagning etc.	Bevaras	
Remisser, egen utgående begäran (kopia) om rehabiliteringshjälp	Bevaras	Avser rehabilitering med hjälp av fysioterapi, arbetsterapi, hjälpmedel, protes.
Remisser, egen utgående begäran (kopia) om vård	Bevaras	
Remisser, övriga utgående remisser (kopia)	Bevaras	
Remisser, inkomna svar/utlåtanden (generellt)	Bevaras	Inkommet svar ska bevaras i sin helhet, oavsett om uppgifterna skrivits av eller förts över till journaltexten. Svar på papper bevaras på papper eller som inskannad fullständig och likalydande kopia skapad med betryggande metoder och rutiner (pappersoriginalet kan då gallras vid inaktualitet). Elektroniskt överförda svar integreras och bevaras i elektronisk form, alternativt som utskrift på papper
Remissbekräftelser (generellt)	Bevaras	
Resultat av undersökning	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
RID-översikter (antireumatiska läkemedel)	-	Se Läkemedelslistor.
Rättad uppgift i journal	Bevaras	Ev. rättelse ska göras på sådant sätt att ursprungstexten fortfarande är läsbar. Vid digital journalföring ska ändringar bevaras i systemets historik.

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Rättsintyg	Bevaras	Se även Tvångsvård ang. bevarandet av vårdintyg.
Rättspsykiatrisk vård, dokumentation	-	Se Tvångsvård.
Röntgenutlåtanden, definitiva	Bevaras	Observera att utlåtanden på papper inte får gallras för att svaret skrivits av till patientjournal, utan endast efter ev. skanning utförd med godkända rutiner och kvalitetsgarantier. Elektroniska utlåtanden bevaras i elektronisk form.
Röntgenutlåtanden, preliminära	Se kommentar	Bevaras om avviker från det slutliga utlåtandet. Gallras vid inaktualitet om överensstämmer med slutligt utlåtande. Ang. bevarandet se definitiva svar ovan.
Samtal med patient, dokumentation	Se kommentar	Avser även samtal före och efter vårdtillfället. Antecknade samtal med patient av betydelse för vård och behandling bevaras i patientjournal, övriga gallras vid inaktualitet.
Signaturförtydligandelistor	-	Se 3.3.2 Undersöka, vårda, behandla
Signeringslistor vid läkemedelsadministration (att ge läkemedel) till enskild patient	Gallras efter 10 år	
Fysioterapeutens anteckningar i patientjournalen	Bevaras	Avser fysioterapeutens anteckningar grundade på fysioterapiprocessen (inkl. bedömning och utprovning av medicintekniska produkter).
Sjukvårdsrådgivningens (motsv.) inspelningar av samtal med patient	Gallras efter 10 år	De inspelade samtalen utgör patientjournal.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Självskattningsinstrument, självsvarsinstrument, frågeformulär, psykologiska prov etc. inkl.usive svar eller resultat	Se kommentar	Observera den särskilda sekretessen för uppgifter i psykologiska prov i 17 kap. 4 § OSL. (Går även under benämningen instrumentsekretess.) Självskattningsinstrument etc. av betydelse för undersökning, bedömning, beslut, diagnos eller uppföljning bevaras. Självskattningsinstrument etc. av tillfällig eller ringa betydelse gallras vid inaktualitet.
Smittskydd, sjukvårdens anmälningar enligt smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255).	Bevaras	
Smittskydd, remisser för referensundersökningar och speciell diagnostik	Bevaras	
Sondmatnings-schema	Bevaras	Schemat gallras efter 3 år förutsatt att alla uppgifter om sondmatningen antecknats i patientjournalen.
Smittskyddsanmälningar	Bevaras	Avser anmälningar enligt smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255).
Smittskyddsremisser för referensundersökningar och speciell diagnostik	-	Se 3.2.2 Undersöka, behandla, vårda.
Spermieprov-utlåtanden	Bevaras	
Spermiedonation, uppgift om	Bevaras	
Spirometriundersökning, resultat	Bevaras	
Status	Bevaras	
Status, omvårdnads-	Bevaras	

forts. Dokumentera i patientjournal

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Sterilitetsundersökningar, dokumentation	Bevaras	
Steriliseringslagen (1975:580), § 5, bekräftelse om erhållen information	Bevaras	
Svar	-	Se Remissvar
Sårvårdsjournal	Bevaras	
Telefonrådgivning	-	Se Samtal med patient, dokumentation
Testinstrument	-	Se Självskattningsinstrument, självvarsinstrument, frågeformulär, psykologiska prov etc. inkl.usive svar eller resultat
Tillväxtdiagram	Bevaras	
Transfusionsjournal	Bevaras	
Transplantationsprotokoll	Bevaras	
Tumörjournaler	Bevaras	
Tvångsvård (psykiatrisk, rättspsykiatrisk eller enligt smittskyddslagen (2004:168)), dokumentation	Bevaras	Avser ansökan, utlåtande, vårdintyg, domar etc. Obs! att om originalhandling för vårdintyg (motsv.) gällande tvångsvård skannas ska även originalet på papper bevaras.
Ultraljudsbilder	Se kommentar	Bilder av betydelse för patientjournalens syften bevaras i journal. Övriga bilder gallras vid inaktualitet.
Underlag för förskrivning (generellt)	Bevaras	Avser underlag för t.ex. förskrivning av hjälpmedel. Ingår i patientjournal och bevaras där.
Utlåtanden, preliminära	Se kommentar	Bevaras om avviker från det slutliga utlåtandet. Gallras vid inaktualitet om överensstämmer med slutligt utlåtande. Ang. bevarande se slutliga utlåtanden nedan.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Utlåtanden, slutliga	Bevaras	Observera att utlåtanden på papper inte får gallras för att svaret skrivits av till patientjournal, utan endast efter ev. skanning utförd med samma godkända rutiner och kvalitetsgarantier som vid annan skanning av journalhandlingar.
Utlåtande från patolog	Bevaras	
Utredningar	Bevaras	
Utskrivningsbeslut	Bevaras	
Vaccinationer, uppgifter om	Bevaras	
Venesektionsprotokoll	Bevaras	Åderlåtningsprotokoll.
Videofilm	Se kommentar	Se Filmsekvenser.
Virolog, utlåtande från	-	Se Utlåtanden
Vårdbegäran, inkommet meddelande om avslag på vårdbegäran	Bevaras	
Vårdplan och justerad vårdplan	Bevaras	
Vårdgaranti, patientsvar	Bevaras	
Vårdintyg	Bevaras	Avser intyg till patienten om att vård och behandling har eller ska genomföras.
Vändschema	Se kommentar	Vändschemat gallras efter 10 år, om anteckning i journal att vändschema satts in och hur ofta vändning ska utföras har gjorts som bevaras.
Vätskebalans, dokumentation	Bevaras	
Äggdonation, uppgifter om	Bevaras	
Ögonbottenskisser	Bevaras	

forts. Dokumentera i patientjournal

	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Ögonundersökningskurvor	Bevaras	
	Överkänslighet, uppgift om	Bevaras	
	Övervakningslistor och noteringar vid övervakning	-	Se Listor över kontroll och mätning av patientens vakenhet, puls, blodtryck temperatur etc., generellt.
Aktivitet	Samordna vårdplanering (vårdinrättningens information)		
3.3.5	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Administrativt meddelande	Gallras efter 5 år	Avser meddelande som inte innehåller medicinska uppgifter och som inte påverkar ärendeprocessen.
	Inskrivningsmeddelande	Gallras efter 5 år	Sjukhusets meddelande till kommun eller primärvård om att ansvarig sjukhusläkare bedömer att patienten efter utskrivning kommer att vara i behov av insatser från någon av dessa.
	Kallelse och underlag till vårdplanering	Gallras efter 5 år	
	Kvittenser och mottagningsbevis	Gallras efter 5 år	Avser meddelande (motsv.) som visar att avsedd mottagare i systemet öppnat informationen.
	Meddelande till vård och omsorg om att patienten inte bedöms behöva sluten vård	Gallras efter 5 år	
	Meddelande om att patient är utskrivningsklar	Gallras efter 5 år	
	Meddelande om stoppad utskrivning	Gallras efter 5 år	
	Registrering och avisering om att patienten avlidit under vårdtillfället	Gallras efter 5 år	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Uppgift om utskrivningsbeslut	Gallras efter 5 år	
Uppgift om beslut att ej justera vårdplan	Gallras efter 5 år	
Utskrivningsuppgifter om patienten	Gallras efter 5 år	Information om vårdtillfället sammanfattas och aviseras till primärvård eller kommun.
Utskrivningsmeddelande	Gallras efter 5 år	Avser meddelande om att ansvarig sjukhusläkare bedömer att patienten är klar för utskrivning.
Vårdplan och justerad vårdplan	Bevaras	Vårdplanen anses upprättad när den justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

Process **Konsultera medicinsk service (röntgen, strålning, klin fys, lab och biobanker)**

- 3.4 Process för att beställa och få svar på undersökningar, prover, mätningar, diagnostiseringar etc., som utförs av röntgenklinik (inkl. ultraljud, scintigrafi, magnetisk tomografiundersökningar), strålbehandlingsenhet, klinisk fysiologi, laboratorium eller blodcentral. I processen ingår långtidsförvaring av vissa prover i biobanker.
- Processens handlingslag: 3.4 Handlingar rörande konsultation för medicinsk service.
- IT-stöd i processen: Biobankens patientregister, System för hantering av remisser och provsvar, Lab-system.

Aktivitet **Utföra röntgenundersökning**

3.4.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Beställning (remiss) av röntgenundersökning etc.	Se kommentar	Inkommen remiss som ej kan separeras från provsvar bevaras tillsammans med svaret. Remiss som ligger separat från provsvar gallras efter 5 år av röntgen (men bevaras hos utfärdaren).
	Coronarangiografi (kranskärlsröntgen) och ballongsprängning, dokumentation	Bevaras	Bevaras av röntgen och i patientjournal.
	Datortomografibilder och band	Bevaras	Avser bilder och band från s.k. skiktröntgen.

forts. Utföra röntgenundersökning

	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Diagnostiska referensnivåer för stråldoser	Bevaras	
	Röntgenbilder och bilder från ultraljuds-, scintigrafi-, och magnetisk tomografiundersökning	Bevaras	Avser analoga och digitala bilder.
	Utlåtanden, definitiva och preliminära	Se kommentar	Definitiva svar bevaras i patientjournal och hos röntgen. Preliminärt utlåtande som överensstämmer med definitivt svar gallras vid inaktualitet. Preliminärt utlåtande som avviker från det definitiva utlåtandet bevaras i patientjournal och hos röntgen.
Aktivitet	Ge radiologisk behandling (strålning)		
3.4.2	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Dosplaner för enskild patient vid strålbehandling	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
	Formar och masker	-	Avser t.ex. vacuumformar, orfitmasker (fixaturer) etc. vid strålbehandling. Formar och masker är inte allmän handling. Dessa bevaras så lång tid som bedöms nödvändigt av ansvarig person.
	Scheman för individuell strålbehandling	Gallras vid inaktualitet	
	Utlåtanden, definitiva och preliminära	Se kommentar	Definitiva utlåtanden bevaras i patientjournal och hos radiologisk enhet. Preliminärt utlåtande som överensstämmer med definitivt svar gallras vid inaktualitet. Preliminärt utlåtande som avviker från det definitiva utlåtandet bevaras i patientjournal och hos radiologisk enhet.

Aktivitet	Utföra provtagningar, undersökningar, mätningar och blodhantering		
3.4.3	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	24-timmars blodtryck, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Beställning (remiss) av provtagning, undersökning eller mätning	Se kommentar	Inkommen remiss som ej kan separeras från provsvar bevaras. Remiss som ligger separat från provsvar gallras efter 5 år av lab (men bevaras hos utfärdaren).
	Blodgruppsanalyser, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Blodprovsanalyser, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Blododling, resultat	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Blodvolymsbestämning, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	DNA-analyser, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Drogtester, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	EKG-undersökningar, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Ekokardiografiundersökningar, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Esofagusmanometriundersökningar, 24-timmars ph- och smärtreaktion, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Krom-EDTA-clearance, svar på	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Kärlundersökningar, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
	Långtidsregistreringar, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.

forts. Utföra provtagningar, undersökningar, mätningar och blodhantering

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Nukleärundersökningar, dokumentation	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på klin fys.
Perifera cirkulationsundersökningar, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
Prover som analyseras	-	Proverna utgör inte allmänna handlingar och omfattas inte av bestämmelser i detta gallringsråd.
Remiss	-	Se Beställning.
Spirometriundersökningar, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
Uppgifter i obligatoriskt register för verksamheter som hanterar blod	Ska gallras efter 30 år	Dvs. 30 år efter att uppgiften införts i registret. Förändet av ett särskilt register och även gallring av registeruppgifter styrs av lagen (2006:496) om blodsäkerhet. Uppgifter i hantering utanför registret omfattas inte av den tvingande 30-årgallringen.
Urinprov, urinanalyser, urinodling, resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.
Utlåtanden och svar, definitiva och preliminära (generellt)	Se kommentar	Definitiva utlåtanden och svar bevaras i patientjournal och hos lab. Preliminärt utlåtande/svar som överensstämmer med det definitiva gallras vid inaktualitet. Preliminärt utlåtande/svar som avviker från det definitiva bevaras i patientjournal och hos lab.
Övriga provtagningar, undersökningar och diagnoser, svar på eller resultat av	Bevaras	Bevaras i patientjournal och på lab.

Aktivitet Lagra prover i biobanker

3.4.4	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Nej till lagring i biobanker	Bevaras	Avser patienters nej till lagring av prover.
	Personuppgifter och ev. kompletterade information i register över personer med prover i biobanken	Se kommentar	Personuppgifterna gallras i samband med att provet avlägsnas ur biobanken.
	Prover i biobank	-	Proverna är inte allmänna handlingar och omfattas inte av rekommendationerna i detta gallringsråd.
	Samtycken till lagring i biobanker	Bevaras	Avser patienters samtycken till lagring av prover.
	Villkorsbaserade samtycken till lagring i biobank	Bevaras	Avser patienters villkorade samtycken till lagring av prover.

Process Administrera läkemedelsförråd

- 3.5 Process för beställning, hantering och kontroll av läkemedel (förrådsadministration).
- Läkemedelsadministration etc. rörande enskild patient, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
- Processens handlingsslag: 3.5 Handlingar rörande läkemedelsförråd.
- IT-stöd i processen: System för apoteksbeställningar.

Aktivitet Beställa och förvara läkemedel

3.5.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Blandningstabeller, generella	Se kommentar	Gallras 3 år efter inaktualitet.
	Dosrecept för enskild patient	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal
	Förbrukningsjournal, narkotika	Se kommentar	Avser journal för förrådsadministration av narkotika. Gallras 10 år efter inaktualitet. (Journal över enskild patients förbrukning, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.)

forts. Beställa och förvara läkemedel

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Förteckning över narkotikaansvariga sjuksköterskor	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter inaktualitet.
Förteckning över utlämnade nyckar eller kort till läkemedelsförråd	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter återlämnandet.
Instruktioner för läkemedelshandtering	Bevaras	
Kvalitetsgranskningar, protokoll och utvärderingar från fortlöpande uppföljning av verksamheten.	Bevaras	Protokoll och utvärdering bevaras. Underlag gallras efter 3 år, dock först efter att nästföljande granskning genomförts.
Läkemedelsjournal eller -lista för enskild patient	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Ordinationer enligt generella direktiv	Gallras efter 10 år	Dvs. 10 år efter inaktualitet.
Protokoll från kvalitetsgranskning (motsv.)	Bevaras	Avser dokumentation och utvärderingar från fortlöpande uppföljning av verksamheten.
Rekvitioner till apotek	Se kommentar	Avser rekvisitioner till apotek för läkemedel (inkl. narkotiska preparat) eller teknisk sprit för förrådsadministration. Gallras 10 år efter inaktualitet. (Rekvision rörande läkemedel till enskild patient, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.)
Signeringslistor över administrerade läkemedel	Gallras efter 10 år	
Synonymlista/utbyteslista över likvärdiga läkemedel	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter inaktualitet.

Återrapport från apotek om förskrivning av läkemedel	Gallras efter 3 år	Avser återrapport vid förrådsadministration i förekommande fall. Gallras 3 år efter inaktualitet. (Återrapport rörande enskild patient, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.)
--	--------------------	---

Återrapport från apotek om utbyte av generika	Gallras efter 3 år	Avser återrapport för förrådsadministration i förekommande fall. Gallras 3 år efter inaktualitet. (Återrapport rörande enskild patient, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.)
---	--------------------	--

Process Erbjuda rehabilitering (fysioterapi, arbetsterapi, hjälpmedel och proteser)

3.6 Process för att erbjuda rehabilitering till patient, i form av fysioterapi, arbetsterapi, hjälpmedel och proteser.

Processens handlingslag: 3.6 Rehabiliteringshandlingar.

IT-stöd i processen: Tidsbokningssystem, Hjälpmedelsregister.

Aktivitet Erbjuda sjukgymnastik och arbetsterapi

3.6.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Arbetsterapeutens journalanteckningar	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
	Beställning (remiss) av fysioterapi eller arbetsterapi	Se kommentar	Inkommen remiss gallras efter 5 år (men bevaras hos utfärdaren).
	Fysioterapeutens journalanteckningar	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
	Tidsbokning för fysioterapi	Gallras vid inaktualitet	Kan avse löpande uppdateringar.

Aktivitet Tillhandahålla hjälpmedel och proteser

3.6.2	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Beställning (remiss) av hjälpmedel och utprovning	Se kommentar	Inkommen remiss gallras efter 5 år (men bevaras hos utfärdaren).

forts. Tillhandahålla hjälpmedel och proteser

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Bostadsanpassningsbidrag, handlingar rörande	Bevaras	Avser kopia av intyg eller andra handlingar som kompletterar ansökan (själva ansökan hanteras av den enhet som fattar beslut i frågan).
Dokumentation i samband med utprovning och rådgivning rörande hjälpmedel	Se kommentar	Om insatsen bedöms vara en hälso- och sjukvårdsinsats ska den dokumenteras i patientjournal, se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal. Övriga uppgifter om utprovning och rådgivning gallras vid inaktualitet.
Funktionsbedömningar	Bevaras	Kan ingå i utredning och rehabiliteringsplan.
Försäljning av nya eller utrangerade hjälpmedel, handlingar rörande	-	Hanteras i enlighet med ekonomihandlingar i övrigt.
Garantisedlar o.dyl.	Se kommentar	Garantisedlar som hanteras vid hjälpmedelsenheten gallras efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk (garantisedlar som överlämnats av sjukvården till kund omfattas inte av gallringsbeslut i denna plan).
Hjälpmedelskonsulentens anteckningar i patientjournal	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Informationsblad etc. om hjälpmedel	Bevaras	1 arkivex. av information som är egenproducerad eller framtagen för vårdgivarens, enhetens etc. räkning bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Lån av hjälpmedel, handlingar rörande	Se kommentar	Avser t.ex. låneförbindelser och kvitteringar vid återlämnande av lånade hjälpmedel. Gallras 3 år efter återlämnandet.
Ordination av hjälpmedel	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Ordination av protes	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Planerade fortsatta insatser, dokumentation	Bevaras	Kan ingå i utredning och rehabiliteringsplan.
Rehabiliteringsplan	Bevaras	Det ska finnas ett mål med insatsen, vilket dokumenteras i en plan som används för pågående insatser, och vid uppföljning och utvärdering av insatsen.
Rekvisition av hjälpmedel	Se kommentar	Avser egen utgående rekvisition. Rekvisition som ej utgör räkenskapsinformation gallras efter 5 år. Rekvisition som utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år.
Rekvisition av protes eller material till protes		Avser egen utgående rekvisition. Rekvisition som ej utgör räkenskapsinformation gallras efter 5 år. Rekvisition som utgör räkenskapsinformation gallras efter 10 år
Tidsbokning vid hjälpmedelscentrum (motsv.)	Gallras vid inaktualitet	Kan avse löpande uppdateringar.
Utredningar om hjälpbehov	Bevaras	Avser utredning med underlag.

Process **Främja patientsäkerheten**

- 3.7 Process för att verka för god patientsäkerhet genom att hantera och följa upp avvikelser, anmälningar, och påpekanden från tillsynsmyndigheten, samt kontrollera, mäta och följa upp vårdhygien och övriga patientsäkerhetsfrågor.
- Processens handlingslag: 3.7 Handlingar rörande patientsäkerhetsarbetet.
- IT-stöd i processen: Avvikelsesystemet.

Aktivitet	Hantera avvikelser och anmälningar		
3:7.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Anmälningar enligt lex Maria	Bevaras	Avser anmälningar och övrig utredningsdokumentation.
	Avvikelse rapporter rörande enskilda patienter	Se kommentar	<p>Avser avvikelse rapporter över utebliven behandling, bristande informationsöverföring etc.</p> <p>Avvikelse rapporter som blir del av utredning eller annat ärende, eller som behövs för uppföljning bevaras.</p> <p>Övriga rapporter gallras efter 3 år om de genomgått händelseanalys där sammanställning har gjorts som bevaras, annars ska även dessa rapporter bevaras.</p>
	HSAN-beslut	Se kommentar	Beslut som rör den egna vårdgivaren bevaras. Beslut rörande andra vårdgivare som saknar betydelse som saknar betydelse för den egna vårdgivaren gallras vid inaktualitet.
	Händelseanalyser	Se kommentar	Händelseanalys, checklistor och handlingsplan för åtgärder gallras efter 10 år om det finns en slutrapport om händelseanalys som bevaras, annars ska händelseanalyserna bevaras.
	Korrespondens i förtroendefrågor, mellan vårdgivare och patientnämnd (motsv.)	Bevaras	
	Korrespondens i förtroendefrågor, mellan vårdgivare och patient	Bevaras	
	Läkemedelsförsäkringsföreningens försäkringsbolags beslut	Bevaras	Beslut som rör den egna vårdgivaren bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
	Mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	Bevaras	

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Patientskaderegleringens (PSR) beslut som rör den egna vårdgivaren	Bevaras	
Riskanalyser	Se kommentar	Riskanalys, checklistor och handlingsplaner för åtgärder gallras efter 10 år om det finns en slutrapport från riksanalys som bevaras, annars ska riskanalyserna bevaras.
Sammanställningar och resultat av enskilda avvikelserapporter	Bevaras	(Rapporter som ej sammanställts bevaras, se Avvikelserapporter ovan)
Skadeståndsärenden vid patient-skada	Bevaras	
Inspektionen för vård och omsorg (IVO):s beslut	Se kommentar	(Tidigare HSAN-beslut som nu övergått till Socialstyrelsen, sedan 1 juli 2013 IVO.) Beslut som rör den egna vårdgivaren bevaras. Beslut rörande andra vårdgivare som saknar betydelse för den egna vårdgivaren gallras vid inaktualitet.

Aktivitet Mäta och följa upp patientsäkerhetsfrågor

3.7.2

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Checklistor för vårdenheternas egenkontroll (motsv.)	Se kommentar	Checklistorna gallras efter 2 år om sammanfattning etc. gjorts som bevaras, annars ska checklistorna bevaras. Sammanfattning, sammanställning, presentation etc. bevaras.
Hygienrond, dokumentation	Se kommentar	Avser protokoll, checklista eller annan dokumentation från hygienrond. Sammanställningar bevaras. Underlag gallras efter 2 år om sammanställning gjorts som bevaras, annars ska dokumentation från varje rond bevaras.
Kontroller, dokumentation	Bevaras	Avser dokumenterad kontroll av t.ex. steriliserings- och desinfektionsrutiner.
Metodböcker, rutinbeskrivningar etc. i sjukhushygien	Se kommentar	1 arkivex. av den egna organisationens metodböcker etc. bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.

forts. Mäta och följa upp patientsäkerhetsfrågor

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Patientsäkerhetsberättelse	Bevaras	Enligt 3 kap 10 § PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
Rekommendationer (motsv.) om vårdhygien	Se kommentar	1 arkivex. av den egna organisationens rekommendationer (motsv.) bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Rådgivning, dokumenterad	Bevaras	Avser rådgivning vid särskilda tillfällen, t.ex. bygg- och inköpsärenden, eller vid hantering av vatten, mat, disk, avfall, tvätt etc.
Sammanställningar, statistik etc. över vårdhygieniska mätdata, resultat m fl. uppgifter	Se kommentar	Ett arkivex. av den egna organisationens sammanställningar etc. bevaras, övriga gallras vid inaktualitet.
Statistik, allmän	Se kommentar	Statistik av betydelse för verksamheten bevaras. Övrig statistik gallras vid inaktualitet.
Uppföljning av rutiner, dokumentation	Bevaras	Avser uppföljning av t.ex. vårdarbetsrutiner.
Utbildning i vårdhygieniska frågor, dokumentation	Bevaras	Ej verksamhetsunik information som använts i utbildningen gallras vid inaktualitet. Information som är egenproducerad eller framtagen på beställning av myndigheten, vårdgivaren etc. (bildspel, text etc.) bevaras. Powerpointbilder o.dyl. kan bevaras som utskrift eller digital fil, overheadbilder kan (i förekommande fall) överföras till papper eller bevaras som skannad fil.
Åtgärdsplaner	Bevaras	Avser lokala planer.

Process Använda medicintekniska produkter och instrument

- 3.8 Process för att använda, rengöra, kontrollera och serva teknisk apparatur, samt rengöring, sterilisering, och packning av instrument och övriga hjälpmedel vid undersökning, behandling, och vård.
- Processens handlingsslag: 3.8 Handlingar rörande medicintekniska produkter och instrument.
- IT-stöd i processen: Register över medicintekniska produkter.

Aktivitet	Utföra rengöring, kontroll och skötsel av apparatur		
3.8.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Ankomstkontroller, dokumentation av	Se kommentar	Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
	Autoklavdokumentation med spårbarhet till sterila enheter	Gallras efter 3 år	
	Autoklavkurvor (processförlopp)	Gallras efter 3 år	
	Avtal rörande inköp av medicintekniska produkter och apparatur	Bevaras	
	Avtal rörande service och underhåll	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter att produkten avyttrats eller på annat sätt tagits ur bruk.
	Batch-lappar, operation	-	Se 3.3.2 Undersöka, vårda, behandla.
	Beställningar av instrument och galler (instrumentset)	Se kommentar	Beställningar som utgör räkenskapshandlingar gallras efter 10 år. Övriga beställningar gallras vid inaktualitet om sammanställning (t.ex. statistik) har gjorts som bevaras.
	Dokumenterade kvalitetskontroller av produkter	Se kommentar	Avser kontroll utförd av särskild maskinteknisk personal eller av personal som arbetar där produkten är placerad. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
	Dossiérer eller akter över medicinskteknisk utrustning	Se kommentar	Avser t.ex. bruksanvisning, besiktningar, dokumentation om egentillverkning m fl. handlingar som tillkommer under utveckling och drift. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
	Felanmälningar och servicebeställningar	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter utförd åtgärd.
	Funktionshandlingar rörande produkter	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.

forts. Utföra rengöring, kontroll och skötsel av apparatur

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Försäljning av nya eller uttrangerade produkter, handlingar rörande	-	Hanteras i enlighet med ekonomihandlingar i övrigt.
Gallerlistor	Gallras efter 3 år	Avser listor över vilka instrumentset som behövs för särskilda operationer och ingrepp.
Instrumentlistor, med instrument som använts vid specifika ingrepp på enskilda patienter	-	Se 3.3.2 Undersöka, vårda, behandla.
Instrumentvård, dokumentation	Gallras efter 3 år	Avser vård och skötsel av instrument, apparatur och övriga tekniska hjälpmedel (t.ex. fiberoptikkamera) som används vid undersökning, behandling och vård av patient.
Kalibreringsrapporter	Gallras efter 3 år	
Kontroller, interna och externa, dokumentation av	Gallras efter 3 år	
Kvalitetsgranskningar	Se kommentar	Avser underlag, protokoll och utvärderingar. Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Ordination av medicinteknisk produkt till enskild patient	-	Se 3.3.4 Dokumentera i patientjournal.
Problemrapporter	Gallras efter 3 år	Dvs. 3 år efter åtgärd.
Reagensjournaler	Gallras efter 3 år	
Registeruppgifter över medicintekniska produkter	Bevaras	Inventarium för registrering av uppgifter om medicinteknisk utrustning, benämning, placering, åtgärder etc.

	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Service-beställningar	Se kommentar	Gallras 3 år efter utförd åtgärd.
	Service- och åtgärdsrapporter	Se kommentar	Gallras 3 år efter åtgärd.
	Temperaturavläsningar, dokumentation	Gallras efter 3 år	
	Tillbudsrapporter rörande medicinteknisk apparatur	Gallras efter 10 år	
	Underhålls scheman	Gallras efter 3 år	
	Utbytesdelar, uppgifter om	Se kommentar	Gallras 3 år efter att produkten sålts eller på annat sätt tagits ur bruk.
Process	Föra vårdrelaterade register		
3.9	<p>Process för att registrera vårdrelaterade uppgifter i nationella, regionala eller lokala system.</p> <p>Processens handlingslag: 3.9 Uppgifter i vårdrelaterade register.</p> <p>IT-stöd i processen: Se respektive register nedan.</p>		
Aktivitet	Lämna uppgifter till interna och externa register		
3.9.1	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	HSA-katalogen	Bevaras	<p>Avser lokala kataloguppgifter (t.ex. KIV, Katalog i Väst) länkade till det nationella Hälso- och sjukvårdens samlade adressregister (HSA-katalogen) med gemensam sökbild.</p> <p>Bevaras i versioner genom uttag av data 1 gång per år. Ev. ändringar och rättelser av får genomföras om ändringarna bevaras i systemets historik.</p>
	Underlag för ändring och rättelse av personuppgifter i lokala system	Se kommentar	<p>Avser blankett (motsv.) med uppgifter om vilka personuppgifter som ska ändras/rättas, orsak, samt ev. kontroll.</p> <p>Underlaget gallras efter 10 år, om ändringar/rättelser bevaras i systemets historik.</p>

forts. Lämna uppgifter till interna och externa register

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Uppgifter i lokalt kvalitetsregister	Bevaras	Uppgifter får gallras enbart om registrerad patient motsätter sig att uppgifterna ska finnas med i registret. Se tredje stycket i kapitel 2.3 Vårdrelaterade register och system. Ändringar och rättelse av felaktiga uppgifter får genomföras om dessa bevaras i systemets historik.
Uppgifter i lokalt patientadministrativt system	Se kommentar	Ny information får tillföras. Kontaktuppgifter (adress, tel. etc.) får uppdateras löpande utan krav på historik. Personuppgifter (namn, personnummer etc.) bevaras. Alla övriga personanknutna uppgifter, t.ex. om vilken klinik som besökts, bevaras. Ev. ändringar och rättelser av felaktiga personuppgifter eller vårdrelaterade uppgifter får genomföras om ändringarna bevaras i systemets historik.
Uppgifter i obligatoriskt lokalt system för blodverksamhet (t.ex. blodcentral)	Ska gallras efter 30 år	Den som driver en verksamhet med hantering av blod är enligt lag (2006:496) om blodsäkerhet skyldig att föra ett register över blodgivare, blodmottagare etc. Dessa uppgifter ska enligt samma lag ovillkorligen gallras 30 år efter införandet.
Uppgifter i övriga lokala vårdrelaterade system.	Bevaras	Ny information får tillföras. Kontaktuppgifter (adress, tel. etc.) får uppdateras löpande utan krav på historik. Personuppgifter (namn, personnummer etc.) bevaras. Alla övriga personanknutna uppgifter, t.ex. om vilken klinik som besökts, bevaras. Ev. ändringar och rättelser av felaktiga personuppgifter eller vårdrelaterade uppgifter får genomföras om ändringarna bevaras i systemets historik.
Uppgifter till kommunala hälso- och sjukvårdsregistret	-	Hälso- och sjukvården har uppgiftsskyldighet till detta register. Beslutas och hanteras av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Uppgifter som lämnats till externa system, generellt	-	Beslutas och hanteras av resp. mottagare (dvs. informationsägaren).

Process Hantera journaler, förfrågningar & tillstånd

3.10 Process för att hantera och överlämna egna journaler, och för att handlägga ärenden gällande journalförfrågningar, journalrekvisitioner, kopiabeställning, inhämtande av vårdnadshavares tillstånd, forskningstillstånd etc.

Processens handlingsslag: 3.10 Handlingar rörande journalhantering och tillstånd.

IT-stöd i processen: Elektronisk utlämningsliggare.

Aktivitet Hantera journaler & förfrågningar

3.10.1 **Handlingstyp** **Bevara/Gallra** **Kommentar**

Avtal rörande förvaring av journaler

Bevaras

Avtal rörande skanning av journaler

Bevaras

Avtal rörande utlån av journaler

Bevaras

Beställningar och rekvisitioner av journaler

Bevaras

Avser inkomna förfrågningar och egna utgående.
Lånekvitton, påminnelser etc. gallras vid inaktualitet om uppgift om att journal lånats ut, när, och till vem bevaras på annat sätt (t.ex. i låneliggare eller uppgift som bifogas journal).

Fullmakter för utlämnande av uppgifter

Gallras efter 70 år

Förstörande av uppgifter i patientjournal på begäran av enskild person, handlingar rörande

Bevaras bland diarieförda handlingar

Avser t.ex. IVOs beslut om förstörande av uppgifter. När beslut finns om att hel journal ska förstöras får ingen mapp eller dokumentation finnas på journalens plats.

forts. Hantera journaler & förfrågningar

Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
Förteckning (motsv.) över patienter och journaler	Bevaras	Avser förteckningar (i förekommande fall), som dokumenterar förflyttningar av journaler mellan t.ex. BVC och skola, eller överlämnande av journaler till arkivmyndighet. Förteckningarna är användbara vid återsökning.
Förteckningar (motsv.) över inlånade, utlånade eller kopierade journaler	Bevaras	Bevaras med tanke på ev. framtida begäran om journalförstöring eller ändring. Gäller även kopior från mikrofilmade, skannade eller helt digitala journaler.
Journalkopior inkomna från annan vårdgivare	Bevaras	Avser kopior som beställts för patient som man har en aktuell vårdrelation till. Papperskopior förs till den egenupprättade patientjournal och bevaras där. Inkomna elektroniska uppgifter bifogas egen elektronisk journal, eller skrivs ut på papper och förs till egen pappersbaserad journal.
Journalkopior, uppgift om utlämnade kopior	Bevaras	Begäran av journalkopior är i första hand en beställning av en allmän handling, som registreras (diarieföras). Vid utlämnande av journalkopior görs med fördel en notering i journalen om aktuellt diarienummer för att enkelt kunna spåra hela ärendet. Bevaras med tanke på ev. framtida begäran om journalförstöring eller ändring. Gäller även kopior från mikrofilmade, skannade eller helt digitala journaler.
Journalnummerförteckningar (motsv.)	Bevaras	I förekommande fall.
Mikrofilmsregister	Bevaras	I förekommande fall.

	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Patientförteckningar upprättade i samband med förflyttning av journaler	Bevaras	I förekommande fall.
	Reversal över överlämnade journaler	Bevaras	Upprättas vanligen vid överlämnande till arkivmyndighet.
	Samtycke till utlämnande eller delning av uppgifter i journal	Gallras efter 70 år	Avser skriftliga samtycken eller noteringar i journal i förekommande fall.
	Spärr samt hävande av spärr rörande tillgång till uppgifter i patientjournal, uppgift om	Bevaras	Avser uppgifter i system för sammanhållen journalföring.
	Utlån av journal, uppgifter om	-	Se Beställningar och rekvisitioner av journaler

Aktivitet Handlägga forskningsansökningar

3.10.2

	Handlingstyp	Bevara/Gallra	Kommentar
	Ansökan om att få forska i medicinsk dokumentation	Bevaras	Avser förfrågan med beskrivning av forskningen och annat underlag.
	Förbehåll vid forskning	Bevaras	
	Godkännande från etisk nämnd om forskning	Bevaras	Bevaras tillsammans med forskningsansökan.
	Sekretessförbindelser	Bevaras	
	Tillstånd att bedriva forskning	Bevaras	



Bevara eller gallra nr 6

Råd om patientjournaler och övrig vårdokumentation i landsting/region och kommun

Publikationsserien Bevara eller gallra ges ut av Sveriges Kommuner och Landsting och Riksarkivet. Råden utarbetas genom Samrådsgruppen för kommunala arkivfrågor i vilken ingår representanter för kommuner, landsting/regioner och Riksarkivet.

Information (handlingar) som förekommer hos kommuner och landsting/regioner utgör dess arkiv. De råd och rekommendationer om bevarande och gallring som ges genom skriftserien är avsedda att vara till hjälp när kommuner, landsting/regioner och kommunalförbund beslutar om vilka handlingar som ska gallras (förstöras) och vilka som ska bevaras.

Tillägg till och uppdateringar av gallringsråden publiceras löpande på Samrådsgruppens hemsida.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-161-7



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se