

Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet

**VEILEDNING I JOURNALFØRING
(DOKUMENTASJON) I HELSESTASJONS- OG
SKOLEHELSETJENESTEN**

FORORD

Staten helsetilsyn igangsatte prosjektet “Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten” i 1995 for å gjennomgå og drøfte tjenestenes oppgaver i det helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge fra 0 til 20 år.

En av arbeidsgruppene som ble oppnevnt i 1995, hadde til oppgave å revidere journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt utarbeide en veileder om journalføring. Rapportene *Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år (IK-2611)* og *Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år (IK-2621)* samt *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK-2717)* ble lagt til grunn for revisjonsarbeidet.

Arbeidsgruppens forslag til revidert journalsystem for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble tatt til følge av Helsetilsynet. Systemet ble tatt i bruk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 1999.

Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK-2700) er blitt revidert på bakgrunn av helselovsreformen som trådte i kraft 01.01.2001, og på bakgrunn av tilbakemeldinger fra personell som anvender veilederen i sitt daglige arbeid. Seniorrådgiverne Ellisiv Hegna (Fylkeslegen i Buskerud) og Svein Helgesen (Fylkeslegen i Oppland) har bistått Sosial- og helsedirektoratet med dette arbeidet. I likhet med IK-2700 utdyper og presiserer foreliggende veileder den dokumentasjonsplikt som helsepersonell har.

Helsepersonell oppfordres om å fremme brukermedvirkning ved å føre og bruke journalen aktivt i samarbeid med de foresatte/eleven. Journalen skal inneholde opplysninger som bør følge barnet fra nyfødtp perioden til det går ut av grunnskolen eller den videregående skolen. Eventuelt kan en egen journal opprettes i videregående skole.

Helsemyndighetenes faglige veiledere er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for de som yter helsetjenester ved helsestasjoner, i skolehelsetjenesten og ved helsestasjoner for ungdom. De faglige veilederne kan imidlertid inneholde referanser til bestemmelser som gir pålegg. Utover dette er innholdet i veilederne i prinsippet å anse som faglige anbefalinger og råd. Anbefalinger og råd i faglige veiledere er imidlertid ikke uten rettslig betydning. I veilederne beskrives en praksis eller en fremgangsmåte som er basert på allment aksepterte faglige normer. Helsemyndighetene gir på denne måten, gjennom råd fra fagmiljøene, signaler om hva som anses som faglig forsvarlig etter helselovgivningen¹. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederne, må være forberedt på å måtte dokumentere og begrunne sine valg.

Oslo, januar 2004

Jens J. Guslund
Avdelingsdirektør

¹ Helsepersonelloven § 4 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3, første ledd.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	4	5	TAUSHETSPLIKT – TILGANG TIL JOURNALOPPLYSNINGER I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN	20
1.1	MÅLSETNINGEN MED JOURNAL I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN OG VEILEDNING I JOURNALFØRING (DOKUMENTASJON)	4	6	HELSEPERSONELLS OPPLYSNINGSPLIKT.....	20
1.2	UTGANGSPUNKTET FOR ARBEIDET MED Å REVIDERE JOURNALSYSTEMET I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN.....	4	6.1	HELSEPERSONELLS OPPLYSNINGSPLIKT TIL BARNEVERNTJENESTEN.....	20
1.3	ENDRING AV BETEGNELSER.....	4	6.2	HELSEPERSONELLS OPPLYSNINGSPLIKT TIL SOSIALTJENESTEN	21
2	DOKUMENTASJONSPLIKT I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN.....	5	7	INNSYNSRETT	21
2.1	FORMÅLET MED DOKUMENTASJONSPLIKTEN.....	5	7.1	FORESATTES / ELEVENES INNSYNSRETT	21
2.2	RETTLIG GRUNNLAG FOR DOKUMENTASJON VED HELSESTASJON OG SKOLEHELSETJENESTEN.....	5	7.2	ANNET PERSONELL / ANDRE INSTANSER.....	22
2.3	HELSEPERSONELLS DOKUMENTASJONSPLIKT	6	8	OVERFØRING OG UTLÅN AV JOURNALOPPLYSNINGER.....	22
2.4	DOKUMENTASJONSPLIKT I VIRKSOMHETER HVOR DET YTES HELSETJENESTER	6	8.1	OVERFØRING AV JOURNALOPPLYSNINGER.....	22
2.5	INTERNKONTROLLSYSTEM SKAL BIDRA TIL Å SIKRE KORREKT OG FORSVARLIG DOKUMENTASJON	7	8.2	UTLÅN ELLER KOPI AV JOURNALOPPLYSNINGER.....	24
2.6	KRAV OM AT DET ETABLERES ET JOURNALSYSTEM	8	9	UTFYLING AV RUBRIKKER I BLANKETTENE	24
2.7	PERSON MED OVERORDNET ANSVAR FOR JOURNAL.....	9	9.1	GENERELT OM UTFYLING AV BLANKETTENE.....	24
2.8	KRAV TIL JOURNALENES INNHOLD	10	9.2	BRUK AV INITIALER OG FULLT NAVN	24
2.9	OPPBEVARING AV JOURNAL I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN.....	13	9.3	UTFYLING AV SIDE 1 I HELSEKORTET.....	24
2.10	INN- OG UTSKRIVING AV BARNET/ELEVEN VED HELSESTASJON ELLER SKOLEHELSETJENESTEN.....	13	9.4	UTFYLING AV SIDE 2 I HELSEKORTET.....	26
2.11	REDIGERING, RETTING OG SLETNING I JOURNAL.....	14	9.5	UTFYLING AV SIDE 3 I HELSEKORTET.....	26
3	HELSEPERSONELLS INFORMASJONSPLIKT.....	16	9.6	UTFYLING AV SIDE 4 I HELSEKORTET.....	31
4	SAMTYKKE-KOMPETANSE – INFORMERT SAMTYKKE.....	17	9.7	UTFYLING AV VERTIKAL HALVSIDE I HELSEKORTET	33
			9.8	UTFYLING AV KONTINUASJONSARK.....	33
			10	JOURNAL I VIDEREGÅENDE SKOLE	33
			10.1	UTFYLING AV SIDE 1	33
			10.2	UTFYLING AV SIDE 2 OG 3.....	36
			11	BEGREPER OG DEFINISJONER.....	36

1 INNLEDNING

1.1 Målsetningen med journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Veiledning i journalføring (dokumentasjon)

Foreliggende veileder er en revidert utgave av tilsvarende veileder som ble utgitt av Statens helsetilsyn i 1999, nr 2-99 (IK-2700). Bakgrunnen for revisjonen er endret helselovgivning, samt tilbakemeldinger som er gitt på veilederen fra 1999.

Journal for helsestasjons- og skolehelsetjenesten² og *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* skal bidra til å videreutvikle faglige, administrative og rettssikkerhetsmessige forhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette innebærer bl.a systematisk og ensartet føring av journal, sikring av gode rutiner for oppbevaring og overføring av journalopplysninger, samt ivaretagelse av personvernet. Helsepersonell vil kunne oppfylle regelverkets krav om faglig forsvarlig virksomhet³ ved å følge anbefalingene som er gitt for disse områdene.

Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, heretter kalt *veilederen*, beskriver hvordan journalen skal betraktes, føres og oppbevares i henhold til gjeldende myndighetskrav. Målgruppen er helsepersonell og medhjelpere som foretar journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

² Journalsystem som ble tatt i bruk i 1999, på bakgrunn av revisjonsarbeidet som var foretatt av arbeidsgruppe 3.

³ Lov av 02.07.99 nr 64 om helsepersonell m.v § 4 og lov av 19.11.82, nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-3, første ledd..

1.2 Utgangspunktet for arbeidet med å revidere journalsystemet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

En arbeidsgruppe oppnevnt av Statens helsetilsyn reviderte journalsystemet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med utgangspunkt i disse rapportene:

Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år (IK-2611)

Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år (IK-2621)

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK-2717).

Innholdet i foreliggende veileder er stort sett i samsvar med IK-2700. Det er ikke foretatt endringer i helsekortet og øvrige blanketter som inngår i journalsystemet. Foreliggende veileder er imidlertid endret hva gjelder omtalen av myndighetskravene (krav som fremgår av lov og/eller forskrift). Dette har sin bakgrunn i at helselovsreformen⁴ trådte i kraft 01.01.2001. Tidligere profesjonslover og profesjonsforskrifter som stilte krav til de som yter helsetjenester ble, som følge av ny helsepersonellov, opphevet fra samme dato. Enkelte punkter i IK-2700 er blitt utdypet i den nye veilederen. Dette er gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger som fylkeslegene og Helsetilsynet har fått fra personell som anvender veilederen i sin virksomhet.

1.3 Endring av betegnelser

Betegnelsen *journal* i helsestasjons- og skolehelsetjenesten brukes for å bevisstgjøre helsepersonell på de krav helselovgivningen stiller til dokumentasjon ved ytelse av helsetjenester. Betegnelser er derfor blitt endret til:

- *Journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* i stedet for

⁴ Helselovsreformen: Lov av 02.07.99, nr 61 om spesialisthelsetjenesten, lov av 02.07.99, nr 62 om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern, lov av 02.07.99, nr 63 om pasientrettigheter og lov av 02.07.99, nr 64 om helsepersonell m.v.

Helsekort fordi helsekortet kun representerer hovedblanketten i et blankettsystem som sammen med vedlegg utgjør den samlede journal.

- *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* i stedet for betegnelsen *Bruerveiledning*.

Foreliggende veileder benytter begrepet *pasient*⁵ synonymt med begrepene *bruker* og *tjenestemottaker*. Begrepene henviser til de barn/unge og foreldre som mottar tjenester fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I henhold til pasientrettighetsloven er også brukere som mottar forebyggende og helsefremmende tjenester fra helsetjenesten, å anse som pasienter.

2 DOKUMENTASJONSPLIKT I HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

2.1 Formålet med dokumentasjonsplikten

Dokumentasjon ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten som vedrører individrettet virksomhet, skal fremgå av journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Journalføringen i helsetjenesten skal tilgodese tre generelle hovedformål:

- Klargjøre for det enkelte, ansvarlige og involverte helsepersonell hva vedkommende har foretatt seg og hva som skal følges opp videre. Dokumentasjonen blir dermed en form for "huskeliste" og et verktøy som vil kunne bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i virksomheten.
- Kommunisere med annet personell som har ansvar for og som skal følge opp brukeren på en faglig forsvarlig måte. Journal i helsestasjons- og

skolehelsetjenesten er derfor av sentral betydning for personell som arbeider ved den enkelte helsestasjon eller skolehelsetjeneste. Av samme grunn er journalen svært viktig når opplysninger overføres i forbindelse med at barnet flytter, begynner på skole eller bytter skole.

- I ettetid vise hva som er vurdert, utredet, iverksatt og fulgt opp av tiltak, dersom det er behov for dette, samt hvem som har utført dette,. Dokumentasjonen står derfor sentralt ved eventuelle klage- og erstatningssaker.

Dokumentasjon i helsetjenesten generelt, og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten spesielt, kan for øvrig ha betydning i en rekke sammenhenger ut over det som er nevnt ovenfor, uten at disse forhold dermed utgjør formålet med dokumentasjonsplikten. For eksempel kan dokumentasjonen ha forskningsmessig betydning.

2.2 Rettslig grunnlag for dokumentasjon ved helsestasjon og skolehelsetjenesten

Dokumentasjon av den løpende tjenesteyting er regulert i helselovgivningen. Av lover og forskrifter som omhandler og har betydning for helsepersonell og helsetjenestens dokumentasjonsplikt, kan nevnes:

- Lov av 19.11.82, nr 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).
- Lov av 30.03.84, nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven).
- Lov av 02.07.99, nr 64 om helsepersonell mv (helsepersonelloven).
- Lov av 02.07.99, nr 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

⁵ Se definisjon i pasientrettighetsloven § 1-3, bokstav a.

- Lov av 14.04.2000, nr 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)
- Lov av 18.05.2001, nr 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Sosial- og helsedepartementets forskrift av 21.12.2000, nr 1385 om pasientjournal (pasientjournalforskriften).
- Sosial- og helsedepartementets forskrift av 08.06.2001, nr 676 om individuelle planer etter helselovgivningen (forskrift om individuelle planer).

Det er særlig helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og pasientjournalforskriften som omhandler dokumentasjonsplikt.

2.3 Helsepersonells dokumentasjonsplikt

Ethvert helsepersonell som yter helsetjenester på selvstendig grunnlag, har dokumentasjonsplikt. Bestemmelsen om plikt til å dokumentere den pasientrettede virksomhet fremgår av helsepersonelloven § 39, første ledd. Ethvert helsepersonell med autorisasjon eller lisens i henhold til loven §§ 48 og 49 har dokumentasjonsplikt i henhold til loven § 39. Helsepersonelloven ble, i likhet med de tre andre nye helselovene, vedtatt av Stortinget den 02.07.99 og trådte i kraft 01.01.2001.

2.4 Dokumentasjonsplikt i virksomheter hvor det ytes helsetjenester

Alle virksomheter i primær- og spesialisthelsetjenesten skal legge forholdene til rette og se til at det opprettes systemer som gjør det mulig for helsepersonellet å foreta dokumentasjon på en faglig forsvarlig måte.

Dokumentasjonen skal utføres i tråd med myndighetskravene i helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften.

Helsepersonelloven § 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

Tidligere gikk dette frem av forutsetningene i helselovgivningen. Nå er bestemmelser om dette klart uttrykt i helsepersonelloven § 16, første ledd og kommunehelsetjenesteloven § 1-3a. Disse bestemmelsene omfatter alle virksomheter som yter helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Plikten hviler på den ansvarlige for virksomheten, her kalt pliktsubjektet. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten sitt vedkommende er dette kommunen. For enkelte av bestemmelsene i pasientjournalforskriften er det virksomhetene som sådan som er pliktsubjektet og ikke helsepersonellet.

Det skal som hovedregel opprettes kun én journal for den enkelte bruker som mottar helsetjenester fra en deltjeneste eller virksomhet. Hvorvidt man er ansatt ved en virksomhet, eller om man utfører oppgaver etter anmodning eller oppdrag fra en virksomhet, vil bl.a fremgå av hvordan den kommunale helsetjenesten er organisert. Internkontrollsystemet for virksomheten kan gi opplysninger om dette.

Når en bruker mottar helsetjenester fra flere tjenesteytere, og kanskje også fra ulike profesjonsgrupper, oppstår

Helsepersonelloven § 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a. (Tilrettelegging m.v.)

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

spørsmålet om hvor de ulike tjenesteyterne skal foreta sin dokumentasjon.

De som er ansatt i samme virksomhet, skal benytte den samme pasientjournalen. De skal ikke opprette flere journaler bestående av f.eks ”legejournal”, ”helsesøsterjournal”, ”fysioterapijournal” m.v. Organiseringen av journalen, og de ulike utøvernes mulighet for å få tilgang til opplysningene i den, må imidlertid være tilpasset bestemmelsene om taushetsplikt. Kun de som har behov for konkrete opplysninger for å gi en faglig forsvarlig oppfølging, skal ha tilgang til dem.

Virksomhet som jordmødre utfører innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal som utgangspunkt dokumenteres i det dokumentasjonssystem som finnes innen disse deltjenester. Dokumentasjon som jordmor (eventuelt andre) utfører i forbindelse med svangerskapsomsorg, skal imidlertid ikke innlemmes i barnets/den unges journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Jfr. 2.8 Krav til journalenes innhold.) Slik dokumentasjon omhandler mor, og den skal nedtegnes i en journal som er opprettet for henne. Dokumentasjon foretatt i forbindelse med

svangerskapskontroll / fødselsforberedelse m.v skal bare være tilgjengelig for de som deltar i dette arbeidet, og som har behov for opplysningene.

Det samme gjelder når f.eks helsestasjonen foretar oppfølging og gir tjenester som har til formål å ivareta forhold som primært vedrører mor eller andre familiemedlemmer. Ytes det helsetjenester som har til formål å ivareta andre enn barnet/den unge, skal det opprettes særskilt journal for disse tjenestemottakerne.

Inn- og utgående dokumenter som vedrører ytelse av helsetjenester, skal oppbevares i den aktuelle pasientjournal. Utgående dokumenter i form av henvisningsskriv, epikriser m.v beholder man kopi av.

Alle løpende nedtegnelser som omhandler en konkret bruker, skal oppbevares i journalen. Dette gjelder også nedtegnelser som helsepersonell har ansett som ”interne arbeidsnotater” og som i praksis senere har blitt makulert. Nedtegnelser som faktisk blir foretatt, er journalmateriale som må behandles og oppbevares i henhold til bestemmelsene om dokumentasjonsplikt og innsynsrett, se bl.a pasientjournalforskriftens § 8, annet ledd.

2.5 Internkontrollsystem skal bidra til å sikre korrekt og forsvarlig dokumentasjon

Internkontrollplikten i tilsynsloven § 3, første ledd, er også sentral når det gjelder dokumentasjon. Internkontrollsystemet skal bl.a bidra til at dokumentasjonen skjer i henhold til lov og forskriftskrav.

Tilsynsloven § 3, første ledd. Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

Internkontroll betyr å påse at krav som er fastsatt ifølge lov eller forskrift, overholdes.

Internkontrollsystemer er planlagte og systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift overholdes.

Eksempler på slike tiltak er journalsystemer, rutiner, prosedyrer, instruksjoner og maler som kan bidra til å sikre at myndighetskrav blir overholdt. Som et ledd i arbeidet med internkontrollsystemet i virksomheten må det opprettes et journalsystem. Det bør utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for journalene.

Pasientjournalforskriften § 4. (Journalsystem)

Virksomhet hvor det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem. Systemet må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov, blant annet regler om:

- a) innsyn i journal, jf. helsepersonelloven § 41 og pasientrettighetsloven § 5-1,
- b) tilgang til og utlevering av journal, jf. helsepersonelloven § 25 og § 45 samt pasientrettighetsloven § 5-3,
- c) meldeplikter og opplysningsplikter, jf. helsepersonelloven kapittel 6 og 7,
- d) redigering av journal, jf. Helsepersonelloven § 39 andre ledd,
- e) retting og sletting, jf. Helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44 og
- f) sikring mot innsyn fra uvedkommende, jf. Helsepersonelloven kapittel 5, herunder forsvarlig oppbevaring, jf. helsepersonelloven § 21.

2.6 Krav om at det etableres et journalsystem

Virksomheter som yter helsehjelp, har plikt til å opprette et journalsystem i henhold til pasientjournalforskriften § 4. Bestemmelsen omfatter også de tjenester som gis ved helsestasjoner, i skolehelsetjenesten og ved helsestasjoner for ungdom. I henhold til denne bestemmelsen er det den virksomhetsansvarlige som er pliktsubjektet – med andre ord den som plikten hviler på – og ikke det enkelte helsepersonell. Det er kommunen som sådan som er ansvarlig for at journalsystemet opprettes, ikke det personell som foretar dokumentasjonen.

Pasientjournalforskriften § 4, bokstav a–f, gir eksempler på forhold som skal ivaretas gjennom journalsystemet, uten at denne opplistingen er uttømmende. Når det f.eks stilles krav om innsynsrett, må det i henhold til ovennevnte bestemmelse være etablert et system som ivaretar bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 5, jf. helsepersonelloven § 41, om plikt til å gi pasienter (eventuelt pårørende) innsynsrett, herunder kopi av journalen.

Pasientjournalforskriften § 4, bokstav d, viser til bestemmelsen om journalansvarlig person. En journalansvarlig skal utpekes i helseinstitusjoner (se kap. 2.7 nedenfor). Også virksomheter som ikke er pålagt plikt til å utpeke en journalansvarlig, må i sitt journalsystem ivareta bl.a krav om redigering (jf § 4, bokstav d), retting og sletting (§ 4, bokstav f) m.v. Dette tilsier at også andre virksomheter enn helseinstitusjoner utpeker en journalansvarlig.

Det å ha et journalsystem innebærer en plikt til å ha et system som bidrar til ordnede og systematiske nedtegnelser. Det skal være lett å finne frem i journalen. Journalen skal i tillegg være organisert slik at uvedkommende ikke får tilgang til

opplysninger som de ikke har behov for, eller ikke skal ha adgang til⁶.

Mange virksomheter organiserer journalen ved å opprette ”delmapper” i ”hovedjournalen”. Journalen er gjerne inndelt med mapper for henholdsvis

- sykepleiefaglig dokumentasjon (herunder dokumentasjon foretatt av helsesøster)
- medisinsk-faglig dokumentasjon
- dokumentasjon foretatt av andre faggrupper
- henvisningsskriv, mottatte epikriser, røntgen- og prøvesvar, m.v
- annen dokumentasjon, som f.eks ulike rapporter og andre former for korrespondanse som omhandler en bruker/pasient og den tjenesteyting som foretas, herunder kopi av avviksregistreringer som er knyttet til en konkret bruker/pasient.

En slik organisering av journalen kan bidra til at personer som ikke har behov for alle opplysningene i journalen, ikke så lett får tilgang til dem. Dessuten blir det enklere og raskere å få oversikt over relevante opplysninger som man har behov for, når man skal yte nødvendig oppfølging og hjelp til brukeren/pasienten.

2.7 Person med overordnet ansvar for journal

For at journalen skal fungere som et godt og hensiktsmessig arbeidsverktøy, må informasjonen og dokumentasjonen koordineres. Dette er bakgrunnen for bestemmelsen i helsepersonelloven § 39, annet ledd.

Helsepersonelloven § 39, annet ledd:

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Pasientjournalforskriften § 6 utdyper denne bestemmelsen.

§ 6. (Journalansvarlig)

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen, jf. helsepersonelloven § 39 andre ledd.

I helseinstitusjon er det den journalansvarlige som skal sørge for at journal blir opprettet.

Det skal fremgå av journalen hvem som er journalansvarlig.

Den journalansvarlige kan ikke beslutte at opplysninger ikke skal stå i journalen dersom opplysningene er av betydning som dokumentasjon for uenighet mellom helsepersonell i faglige spørsmål vedrørende helsehjelpen som ytes pasienten.

Bestemmelsen i helsepersonelloven § 39, annet ledd, og pasientjournalforskriften § 6 gjelder kun helseinstitusjoner. Andre virksomheter som yter helsetjenester, trenger ikke utpeke en person som skal ha det overordnede systemansvaret for journalen. Imidlertid gjelder de samme hensyn som ligger til grunn for helsepersonelloven § 39, annet ledd, og pasientjournalforskriften § 6, også for andre virksomheter hvor det ytes helsetjenester. Bestemmelsen i pasientjournalforskriften § 4, som retter seg mot alle typer virksomheter hvor det ytes helsetjenester, tilsier at det utpekes en journalansvarlig ved alle virksomheter hvor flere yter helsetjenester til samme person. Dette fordi den journalansvarlige bl.a er tiltenkt å skulle ha et praktisk ansvar for å se til at det opprettes et journalsystem.

Der grupper av personell arbeider sammen i eller utenfor en helseinstitusjon, bør en journalansvarlig alltid utpekes av den ansvarlige for virksomheten ved virksomhetens ledelse. Helsestasjoner, skolehelsetjenesten og helsestasjoner for

⁶ Se kapittel 5.

ungdom anbefales å utpeke en journalansvarlig person.

Det overordnede ansvar for pasientjournaler omfatter plikt til å se til at det opprettes journal, og at journaler struktureres og avsluttes på forsvarlig vis i henhold til virksomhetens journalsystem. Å strukturere innebærer at journalen ordnes slik at den fungerer som et hensiktsmessig arbeidsverktøy. Bl.a skal de fungere i samsvar med formålet med dokumentasjonsplikten og bestemmelsene om taushetsplikt. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for de som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, behandling og annen oppfølging av pasienten.

Den som har ansvaret for journalen får et beslutningsansvar. Vedkommende kan bl.a i samråd med den som har foretatt dokumentasjon, beslutte at opplysninger skal tas ut av journalen p.g.a irrelevans eller dobbeltføring.

Når virksomheten skal utpeke en journalansvarlig, må den ta hensyn til hvem som på en praktisk og hensiktsmessig måte vil være i stand til å ivareta oppgaven som journalansvarlig. Det kreves ikke at den journalansvarlige skal være lege, jfr loven og forskriftens ordlyd ”..person..”.

Å ta stilling til hvem som skal være journalansvarlig vil bl.a inngå som et ledd i arbeidet med virksomhetens internkontrollsystem i henhold til tilsynsloven § 3, første ledd (bestemmelsen som pålegger helsetjenesten og helsepersonell plikt til å utarbeide et internkontrollsystem).

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil det være naturlig at helsesøster er den journalansvarlige.

2.8 Krav til journalenes innhold

Helsepersonelloven § 40 stiller krav til journalenes innhold.

Bestemmelsene i helsepersonelloven er supplert med bestemmelser i Sosial- og

Helsepersonelloven § 40. Krav til journalens innhold m.m. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

helsedepartementets forskrift av 21.12.2000, nr 1385 om pasientjournal. Denne forskriften trådte i kraft 01.01.2001 og avløste den tidligere forskriften av 17.03.89, nr 277 om leges og helseinstitusjons journal for pasient. Pasientjournalforskriften er rettslig bindende for ethvert helsepersonell og enhver virksomhet som yter helsetjenester.

Minimumskravene til pasientjournalens innhold fremgår av pasientjournalforskriften § 8.

I journalen skal observasjoner, vurderinger, beslutninger og utførte tjenester/handlinger nedtegnes. Begrepene "relevante og nødvendige" vil i denne sammenheng være de opplysningene som må være tilgjengelige i den aktuelle undersøkelses-, oppfølgings- og behandlingssituasjonen for å kunne gjennomføre de aktuelle helsetjenester på forsvarlig måte. Journalopplysningene skal også kunne bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, og andre krav som fremgår av lov og/eller forskrift.

Når det vurderes hva som skal stå i pasientjournalen, må man ta stilling til hvilke opplysninger det på et senere tidspunkt kan bli aktuelt å måtte

Pasientjournalforskriften § 8. (Krav til journalens innhold)

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

- a) Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnumm sivilstand og yrke.*
- b) Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og lov om psykisk helsevern § 1-3, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.*
- c) Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten, jf. pasientrettighetsloven kapittel 4.*
- d) Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskrivning.*
- e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning.*
- f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.*
- g) Opplysninger som nevnt i § 6 fjerde ledd.*
- h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.*
 - i) Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.*
 - j) Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp, jf. Pasientrettighetsloven § 4-9. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reserverasjoner, krav eller forutsetninger.*
 - k) Om det er gjort gjeldende rettigheter som innsyn i journal og krav om retting og sletting, utfallet av dette, ved avslag at pasienten er gjort kjent med klageadgangen, og eventuell klage i slik sak.*
 - l) Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.*
- m) Pasientens faste lege. Det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.*
- n) Individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, lov om psykisk helsevern § 4-1 eller kommunehelsetjenesteloven § 6-2a.*
- o) Sykmeldinger og attester.*
- p) Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.*
- q) Om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har kompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal angis hvilke opplysninger som er gitt.*
- r) Tvangsinnleggelse, annen bruk av tvang, det faktiske og rettslige grunnlaget for slik tvang og eventuelle kontrollkommisjonsvedtak, jf. lov om psykisk helsevern.*

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

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

fremskaffe, enten i forbindelse med en ny undersøkelses-/ behandlingssituasjon, eller som dokumentasjon på hva som var den faktiske situasjon og som ble utført på et gitt tidspunkt. Jfr kapittel 2.1 ovenfor om formålet med dokumentasjonsplikten.

Også dokumentasjon som røntgenbilder, prøvesvar, epikriser m.v anses som del av journalen. Alle dokumenter ved en virksomhet som omhandler en konkret pasient, skal oppbevares og holdes samlet i pasientjournalen, herunder mottatte epikriser, kopi av henvisningsskriv, annen korrespondanse m.v.

Journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i samarbeid med foresatte/den unge brukes aktivt for å følge barnets utvikling og følge opp igangsatte tiltak. Journalføringen kan på denne måten bidra til økt delaktighet og samarbeid med både foresatte og elever.

Helsepersonell skal datere og påføre sine initialer i rubrikker hvor dokumentasjon er nedtegnet. I rubrikk for identifikasjon av helsepersonell (helsekortets vertikale halvside) føres institusjons-nummer og navn og helsepersonells fulle navn med initialer i parentes. Det skal i ettertid være mulig å identifisere hvem som har foretatt dokumentasjon i journal.

Journalen skal inneholde opplysninger om den som journalen er opprettet for. Journalen skal omfatte nedtegnelser fra såvel lege, helsesøster, fysioterapeut, jordmor, eventuelt annet helsepersonell eller medhjelpere. Dokumentasjonen som foretas, må inneholde nøyaktige og tilstrekkelige opplysninger. Faglige vurderinger, råd som er gitt, diagnoser, behandlinger, tiltak og oppfølging skal journalføres. Eventuelle endringer/rettelser i journalen utføres i samsvar med de til enhver tid gjeldende bestemmelser i lov og forskrift. Det vises til bestemmelsene i helsepersonelloven §§ 42 og 43, pasientrettighetsloven § 5-2 og pasientjournalforskriften §13. Samtlige

vedlegg i journalen skal være påført brukerens navn og fødselsdato.

Når det er behov for habilitering / rehabilitering eller andre omfattende tiltak, og det er etablert ansvarsgruppe rundt barnet i regi av helsestasjons-/ skolehelsetjenesten, skal helsepersonellet som inngår i ansvarsgruppen, foreta dokumentasjon i journalen.

Når det mottas dokumentasjon fra andre tjenester, f.eks pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), skal foresatte orienteres om årsaken til at disse oppbevares i journalen. Slike opplysninger kan f.eks være svar på henvisninger, opplysninger om oppfølgingsansvar og tiltak og deltakelse i ansvarsgrupper. Foreldrene/den unge har også innsynsrett i disse dokumentene fordi de inngår som en del av journalen.

Opplysninger om andre familiemedlemmer skal bare innføres og oppbevares i journalen hvis de er relevante for en faglig forsvarlig oppfølging av barnets/den unges utvikling og helsetilstand. Som følge av barnets/den unges fremtidige innsynsrett må helsepersonell nøye vurdere hvilke av slike opplysninger som bør journalføres og på hvilken måte. Særlige risiko-forhold og faktorer før og under svangerskapet kan være av sentral betydning for oppfølgingen av barnet. Sensitive opplysninger som ikke er relevante er f.eks. abortinngrep og behandling av sykdommer som ikke berører barnets/den unges utvikling. Mors svangerskapsjournal og medisinsk registrering av fødsel vil f.eks kunne inneholde slike opplysninger, og skal ikke innlemmes i barnets journal. MFR-skjema legges ikke i journalen. (Jfr kap. 2.4) Relevante opplysninger overføres imidlertid til kontinuasjonsark eller til aktuelle blanketter før makulering. Det skal samtidig opplyses at kilden for opplysningene er MFR-skjema.

2.9 Oppbevaring av journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Journalen skal oppbevares i samsvar med pasientjournalforskriften § 14.

Papirbasert journal skal fortrinnsvis oppbevares i låsbart arkivskap i helsestasjons-/skolehelsetjenestens lokaler. Journalopplysningene skal bare være tilgjengelige for helsepersonell som har behov for tilgang. Journalen skal oppbevares i minst 10 år etter at barnet har avsluttet obligatorisk skolegang. Etter denne frist kan journalen makuleres dersom den journalansvarlige, eventuelt den medisinsk-faglig ansvarlig lege for virksomheten, etter en konkret vurdering gir sitt samtykke. Det skal føres fortegnelse over makulerte/brente journaler.

Pasientjournalforskriften § 14. (Krav til oppbevaring og oppbevaringstid)

Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får adgang til dem.

Journalene skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem. Hvis ikke journalopplysningene deretter skal bevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes, jf. personopplysningsloven § 28. Avlevering eller deponering som nevnt i tredje og fjerde ledd bør ikke skje før det er gått minst 10 år etter siste innføring i journalen.

Journaler i offentlig virksomhet kommer inn under bestemmelsene om offentlige arkiver i og i medhold av arkivloven, herunder bestemmelsene om bevaring, kassasjon og avlevering til statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt arkivdepot.

Journaler i privat virksomhet kan avleveres til et offentlig arkivdepot eller deponeres i annen oppbevaringsinstitusjon.

2.10 Inn- og utskriving av barnet/eleven ved helsestasjon eller skolehelsetjenesten

Kommunen har plikt til å tilby alle barn og unge i alderen 0 til 20 år nødvendig helsestasjons- og skolehelsetjeneste. På denne bakgrunn må det opprettes systemer for å sikre en oversikt over barn og unge som til enhver tid befinner seg i kommunen. Hvis helsekortet ikke er mottatt fra tidligere helsestasjons-/skolehelsetjeneste, bør foresatte kontaktes for opplysninger om hvor journalen befinner seg. Helsestasjons-/skolehelsetjenesten i kommunen som familien flytter fra, bør innhente opplysninger fra foresatte om hvor journalen skal oversendes.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal av dokumentasjonshensyn oppbevare en oversikt over mottatte og oversendte journaler. En protokoll kan gi den nødvendige oversikten. Oversikten kan makuleres etter de samme reglene som gjelder for journaler i henhold til journalforskriften.

Ved mottak av journaler registreres:

- inkomstdato og identitet på den som mottar journalen
- barnets/elevens navn og fødselsdato.

Ved oversendelse av journaler registreres:

- oversendelsesdato og identitet på den som oversender journalen
- barnets/elevens navn og fødselsdato
- navn og adresse på den helsestasjons-/skolehelsetjeneste som journalen sendes til.

Når et barn flytter til utlandet, bør foreldrene få kopi av journalen. Journalen arkiveres ved den helsestasjon eller skolehelsetjeneste som barnet soknet til før flyttingen, inntil barnet kommer tilbake.

2.11 Redigering, retting og sletting i journal

Helsepersonelloven § 42. Retting av journal

Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Både helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og pasientjournalforskriften inneholder bestemmelser om adgangen til å redigere, rette og slette opplysninger som er nedtegnet i en pasientjournal. Bestemmelsene om retting er en videreføring av tidligere rett. Bestemmelsene om redigering og sletting er endret i forhold til tidligere rett. I virksomheter hvor det ytes helsetjenester, bør spørsmål om redigering, retting og sletting tas opp med den journalansvarlige, som tar stilling til dette i samråd med personell som har foretatt dokumentasjonen.

Helsepersonelloven § 44. Journal på feil person

Etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette journal, eller opplysninger eller utsagn i en journal, som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier at sletting ikke bør foretas. Reglene i § 43 annet til fjerde ledd gjelder tilsvarende.

2.11.1 Redigering av journalopplysninger

Man skal merke seg at redigering ikke er omtalt i lov, kun i pasientjournalforskriften § 13. Helsepersonell bør derfor vises tilbakeholdenhet med å foreta redigering. Redigering i journalen må ikke medføre at

nedtegnede opplysninger endres, rettes eller slettes. Det kan ved redigering ikke foretas overstrykninger eller på annen måte foretas endringer som medfører at opprinnelige journalnotater eller deler av dem blir uleselig. Dersom dokumentasjon er foretatt på feil sted i journalen, vil bl.a opplysningene kunne overføres til rett delmappe i journalen m.v.

Forskriften krever at *redigering skal skje i samråd med det helsepersonell som har gjort nedtegnelsene med mindre det er åpenbart unødvendig eller ikke praktisk mulig.*

Hovedregelen er derfor at personell som har foretatt dokumentasjonen, skal ha uttalt seg og samtykket til redigeringer. Dette er bl.a viktig for å kvalitetssikre fremtidig dokumentasjon. Redigering forutsettes foretatt for å bedre forståelsen av og kvaliteten på journalen.

2.11.2 Retting av journalopplysninger

Det er grunnleggende for personvernet at opplysninger som nedtegnes i dokumenter hos offentlige myndigheter, herunder pasientjournaler, skal være korrekte. Etter helsepersonelloven § 42 har helsepersonell som har ført journalen (eller den som etter loven § 39, andre ledd, har det overordnede ansvaret for journalen), plikt til å rette feil, mangelfulle opplysninger eller utilbørlige utsagn. I alle virksomheter hvor flere fører i den samme journalen, bør spørsmålet om redigering, retting og sletting avgjøres av en overordnet journalansvarlig, uavhengig av om virksomheten er en helseinstitusjon eller ikke. Slike avgjørelser skal den journalansvarlige som hovedregel ta i samråd med den eller de som har foretatt dokumentasjonen. Erfaring viser at også virksomheter som ikke er definert som helseinstitusjoner, bør utpeke en journalansvarlig.

Opplysninger som kan rettes i en journal, vil for eksempel være åpenbare feil i form

Pasientrettighetsloven § 5-2. Retting og sletting av journal

Pasienten eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

Pasientjournalforskriften § 13. (Redigering, retting og sletting)

Etter at en journalnedtegnelse er signert, kan den bare endres etter reglene om retting og sletting i helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44. Den journalansvarlige i helseinstitusjon kan likevel redigere journalen for så vidt gjelder journalnedtegnelser som er signert. Slik redigering skal skje i samråd med det helsepersonell som har gjort nedtegnelsene med mindre det er åpenbart unødvendig eller ikke praktisk mulig.

I helseinstitusjon besluttet retting og sletting etter helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44 av den journalansvarlige. Avgjørelsen skal der det er praktisk mulig tas i samråd med det helsepersonell som har gjort nedtegnelsen i journalen.

Dersom krav om retting eller sletting avslås, skal pasienten orienteres om klageadgangen, jf. helsepersonelloven § 42 tredje ledd, § 43 tredje ledd og § 44 andre punktum.

av ukorrekt fødselsdato eller navn. Hvis det viser seg at diagnoser er feil, eller hvis journalen inneholder mangelfulle opplysninger om en pasients helsetilstand eller behandling, vil det kunne foretas retting. Ved utilbørlige utsagn som for eksempel er belastende for pasienten, kan det også foretas retting.

Helsepersonell som er ansvarlig for journalføring, vil kunne rette journaler etter eget initiativ eller etter anmodning fra pasienten eller andre som er nevnt i journalen. Retting skal skje ved ny journalføring eller datert rettelse. Det kan ved retting ikke foretas overstrykninger eller på annen måte foretas endringer som medfører at opprinnelige journalnotater eller deler av dem blir fjernet eller uleselig. Dette skyldes at ett av formålene med dokumentasjonsplikten er å kunne dokumentere i ettertid hva som er skjedd.

2.11.3 Sletting av journalopplysninger

Av helsepersonelloven § 43 følger det at helsepersonell under visse forutsetninger skal slette journalopplysninger på eget initiativ eller hvis pasienten eller andre som er nevnt i journalen, krever det. Slik sletting tillates bare dersom det ikke kan tenkes å få noen betydning for den pliktige dokumentasjonen. Vilåårene for å slette er langt strengere enn for retting av journal. Med sletting menes at journalnotater fjernes eller på annen måte gjøres uleselige.

En forutsetning for at det skal være adgang til å slette etter helsepersonelloven § 43, er at det enten foreligger feilaktige eller misvisende opplysninger. En annen forutsetning er at opplysningene som ønskes slettet, føles belastende for pasienten eller andre som nevnes i journalen. Opplysningene som kreves slettet, skal altså være feilaktige eller misvisende og i tillegg belastende for pasienten eller andre som nevnes i journalen.

Sletting av journalopplysninger kan særlig være aktuelt der journalen inneholder opplysninger om diagnoser som er feil, eller opplysninger som er misvisende. Et annet alternativ er at opplysningene som anmodes slettet, åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Imidlertid kan opplysninger som på en eller annen måte kan være til nytte i videre helsehjelp til pasienten, ikke slettes.

Avslag på anmodning om retting og sletting kan påklages til fylkeslegen. Hvis helsepersonell eller fylkeslegen avslår en anmodning om retting eller sletting fra en pasient eller andre som er nevnt i journalen, skal anmodningen og begrunnelsen for nektelsen nedtegnes i journalen.

3 Helsepersonells informasjonsplikt

Helsepersonell har informasjonsplikt i henhold til helsepersonelloven § 10. I første rekke skal de informere om helsetilstand og de tiltak/tjenester som gis eller tilbys, herunder formålet med dette. Informasjonen bør imidlertid også omhandle andre forhold som er av betydning for at brukeren/pasienten, eventuell dennes pårørende, skal kunne ivareta sine rettigheter. For at brukeren skal kunne kreve innsyn i sin egen journal, må brukeren bl.a ha kunnskap om at det foreligger en journal og at man som hovedregel har rett til innsyn i denne⁷. Informasjon skal gis på en måte som blir forstått av brukeren/brukeren. Bestemmelsene om rett til informasjon fremgår av pasientrettighetsloven kapittel 3.

Pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Denne retten til informasjon skal sikre at pasienten, eventuelt dennes pårørende, kan bli i stand til å medvirke, slik bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-1 krever. Informasjon er nødvendig for å kunne oppnå det helsetjenesten har til formål å utrette gjennom samspill med og medvirkning fra brukeren/pasienten. Informasjon er også nødvendig for at det skal kunne gis et informert samtykke.

Informasjonen som blir gitt, er pasientens og eventuelt pårørendes beslutningsgrunnlag for å takke ja eller nei til tjenester, og f.eks til å samtykke til at journalen overføres til ny virksomhet.

Informasjon skal som utgangspunkt kun gis til den konkrete tjenestemottaker/pasient, dette på bakgrunn av bestemmelsene om taushetsplikt. Forutsetningen for informere

Helsepersonelloven § 10. Informasjon til pasienter m.v.

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon.

er imidlertid at tjenestemottakeren har samtykkekompetanse⁸. Med samtykkekompetanse menes at vedkommende forstår hva saken dreier seg om, og hvilke konsekvenser det får når vedkommende svarer ja eller nei til et tilbud eller andre forhold som berører tjenesteforholdet. Den som har samtykkekompetanse, forutsettes å kunne ivareta sine egne interesser.

Små barns interesser forutsettes å bli ivaretatt av deres foresatte.

⁷ Se kapittel 6.

⁸ Se kapittel 4.

Når barnet er fylt 16 år, må det foreligge et informert samtykke (pasientrettighetsloven § 3-3, første ledd) for at foresatte eller andre skal kunne få informasjon fra bl.a skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom.

Pasientrettighetsloven § 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Pasientrettighetsloven § 3-4. Informasjon når pasienten er mindreårig

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, gjelder første, annet og tredje ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

4 Samtykke-kompetanse – Informert samtykke

Med samtykkekompetanse menes at man har rettslig handleevne, at man i den konkrete situasjonen er den rette personen til å vurdere og ta stilling til konkrete spørsmål og dessuten forstår konsekvensene av den beslutning man tar. Bestemmelsene om samtykkekompetanse fremgår av pasientrettighetsloven kapittel

4. Loven krever ikke at samtykket skal ha en spesiell form. Samtykke kan bl.a gis muntlig.

De første årene ivaretar de foresatte barns interesser. Etter hvert som barnet blir eldre, styrkes imidlertid barnets rett til selvbestemmelse. Dette gjenspeiles i bestemmelsene i pasientrettighetsloven §§ 3-3 og 3-4. Jo eldre barnet er, og jo større innsikt det har, desto større betydning bør barnets mening tillegges. I konkrete tilfeller kan særskilte forhold tilsi at barnets mening må respekteres der det eventuelt er uenighet mellom barnet og de foresatte om behandling eller om f.eks å utlevere taushetsbelagte opplysninger.

Pasientrettighetsloven § 4-4. Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

Pasientrettighetsloven § 4-5. Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Pasientrettighetsloven § 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Pasientrettighetsloven § 4-2. Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Departementet kan gi forskrifter om krav til skriftilighet eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

Pasientrettighetsloven § 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- *a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og*
- *b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.*

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

De ulike former for samtykke skal journalføres, også når det samtykkes til overføring av journal til ny virksomhet. Av journalen skal det fremgå hvordan samtykket er gitt, og på hvilket grunnlag.

Den første gangen de foresatte eller den unge tar kontakt med helsestasjon eller skolehelsetjenesten, må helsepersonell informere om at de dokumenterer den tjenesteyting som finner sted, at det opprettes journal og at det som hovedregel foreligger innsynsrett. Helsepersonellet må også informere om at journalen som hovedregel overføres til ny helsestasjon/-skolehelsetjeneste ved flytting, skolestart eller ved bytte av skole. Virksomhetene må etablere et system som bidrar til å sikre at slik informasjon blir gitt. De skal journalføre at slik informasjon er gitt.

Hvem som har tilgang til pasientopplysninger, reguleres av bestemmelsene om taushetsplikt. Det viktigste unntaket fra hovedregelen om taushetsplikt finner vi i helsepersonelloven § 22. Her slås det fast at den som har krav på taushet etter pasientrettighetsloven § 3-6, kan samtykke i at opplysningene gis til utenforstående. Vedkommende kan stille vilkår for å gi et slikt informert samtykke. Videre kan et samtykke trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt, så lenge det er praktisk mulig. Den som ikke samtykker til konkrete spørsmål, trenger ikke avgi skriftlig erklæring om dette. Helsepersonell som ikke oppnår samtykke, skal imidlertid journalføre dette.

Helsepersonelloven § 22. Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

Dersom det ikke foreligger lovbestemte unntak fra taushetsplikten, skal det etter dette som hovedregel foreligge et informert samtykke for at både sensitive og «nøytrale» pasientopplysninger kan forelegges utenforstående. Lovbestemte unntak fra taushetsplikten er bl.a helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet⁹ (helsepersonelloven § 33), samt opplysningsplikt til sosialtjenesten¹⁰, (helsepersonelloven § 32).

«Utenforstående» er enhver som ikke anses som medhjelper, eller annet helsepersonell som ikke skal foreta en helsefaglig vurdering/oppfølging. Taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 er som utgangspunkt ikke til hinder for at helsepersonell gir opplysninger til annet personell hvis dette er begrunnet ut fra hensynet til nødvendig undersøkelse eller behandling, (helsepersonelloven § 25, jf § 5 om helsepersonells medhjelpere).

Helsepersonelloven § 25. Opplysninger til samarbeidende personell

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikt etter § 21 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.

Helsepersonell som foretar dokumentasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, har tilgang til journalnotater de selv har skrevet. Medhjelpere og annet helsepersonell med behandlings-/oppfølgingsansvar har tilgang til opplysninger andre har nedtegnet som er nødvendig for å kunne foreta en faglig

forsvarlig oppfølging av barnet/den unge. Dersom annet helsepersonell enn de som til daglig er tilknyttet tjenestene skal få adgang til pasientopplysninger, må den journalansvarlige, eventuelt den medisinsk-faglig ansvarlig lege i samråd med helsesøster, foreta en konkret faglig vurdering av hva det er behov for å meddele videre.

Bestemmelsen i helsepersonelloven § 25, første ledd, forutsetter at pasienten er gitt en reell mulighet til å motsette seg at opplysninger, eller deler av opplysningene, gis til medhjelpere eller annet personell som skal yte helsetjenester til vedkommende bruker/pasient. Dette kan skje ved at foresatte eller barnet/den unge informeres om hvilket personell som er involvert og som medvirker i virksomheten som drives av helsestasjonen eller skolehelsetjenesten. Det samme gjelder ved overføring av journal til ny virksomhet.

⁹ Se kapittel 6.1.

¹⁰ Se kapittel 6.2.

5 Taushetsplikt – Tilgang til journalopplysninger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Taushetspliktbestemmelsene i norsk helselovgivning, som bl.a er begrunnet ut fra sikkerhets- og tillitshensynet, skal forhindre at uvedkommende får tilgang til pasientopplysninger. Det er kun helsepersonell som har et faglig begrunnet behov for opplysninger for å kunne følge opp pasienten på faglig forsvarlig måte,

Helsepersonelloven § 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

som skal ha tilgang til journalen eller deler av den. Unntak kan enten følge av at det er gitt et informert samtykke, eller at det finnes et annet uttrykkelig lovbestemt unntak.

Hovedregel om taushetsplikt finner vi i helsepersonelloven § 21.

Unntak fra taushetsplikten må ha hjemmel i lov.

6 Helsepersonells opplysningsplikt

Hovedregelen er at pasienten (eventuelt nærmeste pårørende) skal samtykke i at opplysninger gis til utenforstående. Dersom det ikke er gitt et informert samtykke, må det foreligge annet uttrykkelig og lovbestemt unntak fra taushetsplikten for at opplysninger skal kunne gis.

6.1 Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten

Statens helsetilsyn har utarbeidet et rundskriv av 04.01.96 (01/96) ”Vedrørende taushetsplikt – samarbeid mellom helsetjenesten og kommunale barnevernsmyndigheter”. Rundskrivet ble utarbeidet på bakgrunn av bestemmelser som gjaldt før helselovsreformen trådte i kraft 01.01.2001. Rundskrivet må imidlertid også kunne legges til grunn ved fortolkningen av någjeldende helselovgivning.

§ 32. Opplysninger til sosialtjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. lov om sosiale tjenester § 6-2a. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om sosiale tjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Helsepersonelloven § 33 (jf barneverntjenesteloven¹¹ § 6-4) pålegger "den som yter helsehjelp" å gi opplysninger til barneverntjenesten (av eget tiltak og etter pålegg fra barneverntjenesten) når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf barneverntjenesteloven §§ 4-10, 4-11 og 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf samme lov § 4-24.

¹¹ Lov av 17.07.92, nr 100 om barneverntjenester.

Opplysningsplikten er begrenset til de alvorlige tilfellene. Det er opplysninger helsepersonellet har plikt til å gi, ikke vurderinger. Barneverntjenesten kan for eksempel ikke pålegge helsepersonell å vurdere omsorgsevnen til en person. Slike

vurderinger må barneverntjenesten sørge for å få gjort av spesielt oppnevnte sakkyndige. Helsepersonell må konkret vurdere om de skal sende kopi av journal, eller gir opplysningene på annen måte når de har fått et pålegg fra barneverntjenesten om å gi opplysninger.

I virksomheter som helsestasjoner og skolehelsetjenesten bør slike spørsmål forelegges den journalansvarlige som tar stilling til om opplysninger skal gis i samråd med annet personell.

6.2 Helsepersonells opplysningsplikt til sosialtjenesten

Sosialtjenesteloven¹² gir hjemmel for å anvende tvang overfor gravide rusmisbrukere.

§6-2a handler ikke om tvangsbehandling, men om tilbakeholdelse (retensjon). Hovedvilkåret er at frivillighet må være prøvd først. Det må være overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade på grunn av morens bruk av alkohol eller

§ 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

¹² Lov av 13.12.91, nr 81 om sosiale tjenester, § 6-2a.

narkotika (rusmidler). Dersom vilkårene er oppfylt, har helsepersonell opplysningsplikt av eget initiativ til sosialtjenesten.

I virksomheter som helsestasjoner og skolehelsetjenesten bør slike spørsmål forelegges den journalansvarlige som tar stilling til om opplysninger skal gis i samråd med annet personell.

7 Innsynsrett

7.1 Foresattes / elevens innsynsrett

Den som opplysningene omhandler, har som utgangspunkt krav på innsyn i egen journal.

Bestemmelsen om rett til innsyn i egen journal fremgår av pasientrettighetsloven § 5-1 og pasientjournalforskriften § 11. Plikt til å gi innsynsrett fremgår av helsepersonelloven § 41. Det skal i praksis

Pasientrettighetsloven § 5-1. Rett til innsyn i journal

Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

svært mye til for at unntaksbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 5-1, annet ledd, kommer til anvendelse.

Innsynsretten gjøres normalt gjeldende av de foresatte som har foreldreansvaret, på vegne av barnet, så lenge dette anses naturlig. Hvorvidt foreldrene har delt foreldreansvar, eller om det kun er én av foreldrene som har den daglige omsorgen for barnet, påvirker ikke de foresattes innsynsrett etter pasientrettighetsloven § 5-1, fjerde ledd. I spesielle tilfeller kan det imidlertid tenkes at én eller begge av foreldrene skal nektes innsyn i journalen eller kun skal få delvis innsyn.

Etter hvert som barnet blir eldre, går innsynsretten mer og mer over fra de foresatte til den unge.

Pasientrettighetsloven § 5-1, fjerde ledd, om hvem som har krav på informasjon, gjelder også krav om innsyn i journal. Er brukeren/pasienten under 12 år, skal innsynsrett gis til foreldre/foresatte. Er brukeren/pasienten mellom 12 og 16 år, gis innsynsrett som regel til både pasient og foreldre/foresatte. Regelen kan fravikes dersom brukeren/pasienten av grunner som virksomheten/helsepersonellet bør respektere, ikke ønsker at bestemte opplysninger gis til foreldrene/foresatte. Situasjoner som er omtalt i bestemmelsen i abortloven, § 4, kan være et eksempel på dette. I hvert enkelt tilfelle må det foretas en konkret vurdering, der hensynet til den unges beste og dens interesser skal være det avgjørende.

7.2 Annet personell / andre instanser

Andre personer eller instanser i og utenfor helsetjenesten kan også tenkes å ha behov for og rett til opplysninger om barnet i spesielle tilfeller, f.eks ved midlertidig omsorgsovertakelse. I helsestasjons- og skolehelsetjenesten må den journalansvarlige foreta en konkret, faglig vurdering av hvilke opplysninger det er

nødvendig å meddele til omsorgspersonene som ikke har det formelle foreldreansvaret.

Der vektige hensyn ikke taler mot, skal det som hovedregel innhentes et informert samtykke for at informasjon gis til utenforstående. Annet personell, faggrupper og/eller instanser har som utgangspunkt ikke tilgang til journalopplysninger uten at det foreligger et informert samtykke fra foresatte og/eller barnet/eleven. Som eksempel kan det tenkes tilfeller hvor det kan være hensiktsmessig å videreføre opplysninger til skolen, PPT o.l.

8 OVERFØRING OG UTLÅN AV JOURNALOPPLYSNINGER

8.1 Overføring av journalopplysninger

Ved flytting, skolestart eller bytte av skole overtar en annen helsestasjon eller skolehelsetjeneste oppfølgingen av barnet/den unge. Hele journalen skal da overføres til den nye virksomhet som skal følge opp. Den virksomhet som overfører journalen, må etablere et system hvor det noteres hvilke journaler som er overført, på hvilket tidspunkt og til hvilken virksomhet.

Pasientjournalforskriften § 15. (Overføring av journal, opphør av virksomhet mv.)

Ved skifte av fastlege kan pasienten kreve at pasientjournalen overføres til den nye fastlegen. Tilsvarende gjelder ved skifte av annet helsepersonell.

Journal ved helsestasjon overføres til skolehelsetjenesten når barnet begynner på skolen med mindre den som har foreldreansvaret motsetter seg det. Det samme gjelder dersom barnet bytter skole.

Ved overdragelse eller opphør av virksomhet kan virksomhetens ledelse beslutte at pasientjournalene skal overføres til en annen virksomhet. Den enkelte pasient kan motsette seg slik overføring eller kreve sin journal overført til et annet bestemt helsepersonell eller til en annen bestemt virksomhet. Dersom det er praktisk mulig skal pasientene gjøres kjent med sin rett etter andre punktum.

Hvis det ved overdragelse eller opphør av virksomhet ikke er aktuelt å overføre pasientjournalene til et bestemt helsepersonell eller til en bestemt virksomhet, og virksomheten ikke selv kan ta vare på dem, kan de avleveres til offentlig arkivdepot, deponeres i annen oppbevaringsinstitusjon, eller leveres til fylkeslegen. Journaler som leveres til fylkeslegen oppbevares i 10 år, og journalene kan deretter tilintetgjøres etter samråd med Riksarkivaren eller avleveres til offentlig arkivdepot.

For journal i offentlig virksomhet gjelder regler om overføring av arkiv og avlevering av arkiv i arkivforskriften § 3-22, § 3-23 og § 5-3.

Hovedregelen er at de foresatte eller ungdommen må samtykke i at journalen overføres. I de overveiende fleste tilfeller vil et stilltiende samtykke være tilstrekkelig (jf pasientrettighetsloven § 4-2). Dette forutsetter imidlertid at virksomheten har etablert et system som sikrer at informasjon om at journalene overføres ved flytting m.v, er gitt på tilfredsstillende måte.

Bestemmelsen i helsepersonelloven er supplert med bestemmelsen i pasientjournalforskriften § 15, se særlig hva som fremgår av § 15, annet ledd.

Helsepersonelloven § 45. Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder bestemme at annet helsepersonell kan gis tilgang til journalen også i de tilfeller som faller utenfor første ledd.

For at et samtykke skal kunne anses for å være «informert», kreves det at den som har samtykkekompetanse har forstått hva det samtykkes til, samt konsekvensene av dette. Et informert samtykke kan som utgangspunkt først avgis på det tidspunkt hvor det er aktuelt å utlevere ellers taushetsbelagte opplysninger.

Det kreves ikke skriftlig samtykke ved overføring av journal, men det skal dokumenteres at et muntlig samtykke er gitt til å oversende journalen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha rutiner for å sikre at informasjon blir gitt om at journalopplysninger blir overført til ny virksomhet ved flytting, skolestart eller bytte av skole. Vi viser her til hva som fremgår av vedlegg 1: ”*Til foresatte/eleven*”. Informasjon om at journaler som hovedregel skal overføres til ny virksomhet ved flytting m.v bør gjentas, og i et så nært tidsrom som mulig før overføring faktisk finner sted.

I situasjoner der foreldre motsetter seg at journalopplysninger om deres mindreårige barn utleveres, må helsepersonell godta dette. Helsepersonellet må imidlertid vurdere om det er grunn til å tro at en manglende overføring av opplysningene vil medføre at barnet utsettes for alvorlig omsorgssvikt, eller at dette er årsaken til at samtykke ikke blir gitt. I så fall vil

helsepersonellet ha plikt til å melde fra til barneverntjenesten.

8.2 Utlån eller kopi av journalopplysninger

I henhold til helsepersonelloven § 45 har helsepersonell og virksomheter hvor det ytes helsetjenester, plikt til å låne ut eller utlevere original, bekreftet kopi eller utskrift av hele eller deler av journalen når dette er påkrevet av hensyn til annen behandling. Den journalansvarlige må foreta en konkret, faglig vurdering av hvilke opplysninger det er hensiktsmessig og nødvendig å overføre til annen instans i helsevesenet. Også i slike tilfeller forutsettes det at et informert samtykke er gitt.

9 UTFYLLING AV RUBRIKKER I BLANKETTENE

9.1 Generelt om utfylling av blankettene

Ved hjelp av journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal det være mulig å bedømme om opplysninger er innhentet, helseundersøkelser er gjennomført, helseopplysning/veiledning er gitt og om andre tiltak er foreslått/gjennomført. Samtlige sider i helsekortet omfatter dokumentasjon i sped-, små- og skolealder. Se for øvrig kap 4.0 "Om dokumentasjonsplikt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten".

- Barnets/elevens navn og fødselsdato påføres i rubrikker for dette.
- Blyant benyttes til ikke medisinske nøytrale opplysninger, f eks institusjonsnavn og nummer, foreldrenes telefon på arbeidssted o l.
- Notater skal være leselige.
- Ved utfylling av rubrikkene i helsekortet benyttes markeringskoder. Disse har følgende betydning:

- **V:** undersøkt/temaet tatt opp, intet å bemerke/normale funn, fulgt program, prosedyrer eller sjekklister.
- **T:** tekst er ført på kontinuasjonark.
- **Ikke utfyllt:** ikke undersøkt/spørsmålet ikke tatt opp.
- **X:** meldt SYSVAK.
- **H:** hjemmebesøk
- **G:** gruppekonsultasjon
- **I:** individuell konsultasjon

Noen av helsekortets rubrikker har smale felt uten overskrift. I disse dokumenteres det med V/T. Dette gjelder rubrikkene: "Syn", "Hørsel" og "Samtaler". (s. 2 og 4).

9.2 Bruk av initialer og fullt navn

Den som foretar dokumentasjon skal kunne identifiseres. Hvert enkelt helsepersonells navn og initialer skal anføres i rubrikk for identifikasjon ved første gangs dokumentasjon i journalen. Ved senere dokumentasjon benyttes kun initialer.

9.3 Utfylling av side 1 i helsekortet

Siden inneholder:

- Institusjon
- Cave
- Personopplysninger
- Vaksinasjonsprogram
- Tilleggsvaksiner
- Kontraindikasjoner, vaksinasjonsreaksjoner, komplikasjoner og merknader
- Gitt foresatte informasjon om
- Klassetrinnsmarkering, navn og fødselsdato

Institusjon

SYSVAKs institusjonsnummer og navn på helsestasjon eller skole fylles ut med blyant.

Kommune- og bydelsnummer gir grunnlag for lokal statistikk og er en forutsetning for korrekt dekningsstatistikk. De fire første sifre i institusjonsnummeret tilsvarer som regel kommunenummeret.

Cave

Rubrikken benyttes for nærings- og legemiddelallergi. Ved tilleggsopplysninger markeres det med: "se kont.ark nr .." og "se vedl. nr ..". Dokumentasjon som bekrefter tilstanden må innhentes før feltet fylles ut.

Personopplysninger

Rubrikken fylles ut med fødselsnummer, kjønn med bokstavene K eller M (kvinne eller mann) fullt navn og telefonnummer. Fullt fødselsnummer (11 sifre) er en forutsetning for å unngå dobbelregistrering i SYSVAK og edb-journal. Barnets navn noteres med blokkbokstaver. Bruk blyant inntil barnets etternavn er avklart. Fullstendig bostedsadresse noteres. Før oversendelse av journal til annen helsestasjons- og skolehelsetjeneste påføres ny adresse dersom denne er kjent.

Fastlege

Navn, adresse og telefonnummer på barnets/elevens faste lege noteres.

Vaksinasjonsprogram

Det er avsatt plass til dokumentasjon av vaksinasjoner utført i henhold til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet for barn og unge. Ved hver vaksinasjon noteres vaksinens batchnummer, dato, dose, vaksinatørens initialer samt et kryss ved melding til SYSVAK.

Betegnelsene for vaksiner i vaksinasjonsprogrammet for barn og unge er forkortet i henhold til vedtatt internasjonal standard:

- DTP: difteri-, tetanus- og kikhostevaksine
- Hib: haemophilus influenzae type b-vaksine
- Polio: poliomyelittvaksine
- MMR: meslinger, kuma- og rødehundervaksine
- DT: difteri- og tetanusvaksine
- BCG: vaksine mot tuberkulose

Tuberkulinprøve

Tre felt er avsatt for dokumentasjon av utført tuberkulinprøve med tanke på:

- prøve før BCG-vaksinering
- tvilsomme/positive prøver som skal sjekkes med ny prøve
- miljøundersøkelse i forbindelse med tuberkulosestilfeller

BCG-vaksinasjon

Dokumentasjon av utført BCG-vaksinasjon. Funn av BCG-arr dokumenteres hos personer som ikke kan fremvise skriftlig bekreftelse på tidligere utført BCG-vaksinasjon jf *Kontroll av tuberkulose - Håndbok for kommunehelsetjenesten* (IK-2551).

Tilleggsvaksiner

Her dokumenteres tilleggsvaksinasjoner utenom det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Kontraindikasjoner, vaksinasjonsreaksjoner, komplikasjoner og merknader

Kontraindikasjoner, vaksinasjonsreaksjoner, komplikasjoner og merknader føres i denne rubrikken. Utfyllende tekst føres på kontinuasjonark. Meldeskjema for komplikasjoner og bivirkninger sendes Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa), jf *Veiledning om vaksinasjon*, 1998. Kontraindikasjoner og vaksinasjonsreaksjoner skal derimot meldes SYSVAK, jf SYSVAKs definisjonsliste i brev av 20.11.95, Statens helsetilsyn (vedlegg nr.5).

Gitt foresatte informasjon om

Det dokumenteres at foresatte har fått informasjon om:

- innsynsrett i journal
- rutiner for overføring av journal
- innmelding i SYSVAK

Klassetrinnsmarkering, navn og fødselsdato

Klassetrinnsmarkering gjøres i form av ring rundt tall og påførsel av ev. bokstav for markering av klasse, f eks 1A.

Tilsvarende plassert rubrikk for navn og fødselsdato fylles ut ved behov.

9.4 Utfylling av side 2 i helsekortet

Siden inneholder:

- Barnets navn og fødselsdato
- Mor og far
- Annen omsorg
- Søsken
- Sykdommer/tilstander i familien
- Forhold rundt fødsel
- Funksjonshemming/kronisk/langvarig sykdom
- Syn
- Hørsel
- Henvisninger/henvendelser

Mor og far

Navn og fødselsdato på biologiske foreldre eller adoptivforeldre føres her. Adresse, telefonnummer, sivilstand og yrke føres med blyant og ajourføres ved endring. Nasjonalitet og språk noteres.

Annen omsorg

Ved omsorgsovertakelse noteres navn, adresse og tlf.nr. til fosterforeldrene og eventuelt periode for omsorgsovertakelsen.

Dagomsorg utenom hjemmet

Opplysninger om barnehage, barnepark, dagmamma, skolefritidsordning mv. noteres med blyant.

Søsken

Navn og fødselsår på søsken noteres.

Forhold rundt fødsel

Særlige risikoforhold under svangerskap, ved fødsel og i barseltiden noteres.

Sykdommer/tilstander i familien

Sykdommer eller tilstander i familien som kan ha betydning for barnets/elevens utvikling, f eks psykiske lidelser, lese- og skrivevansker, allergi, ortopediske tilstander, endokrinologiske sykdommer, sykdommer i sanseapparatet, hjerte-/karsykdommer noteres.

Funksjonshemming, kronisk eller langvarig sykdom

Dersom barnet/eleven har funksjonshemming, kronisk eller langvarig sykdom, noteres dette. Rubrikken kan også benyttes for dokumentasjon av tilstander/sykdommer som f eks atopisk eksem, gjentatte bronkitter og otitter.

Syn og hørsel

De anbefalte alderstrinnene for undersøkelse av syn og hørsel er satt opp i henhold til *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (IK-2617). Dato og undersøkers initialer noteres. I feltet til høyre dokumenteres metode og funn. Valg av metoder er beskrevet i utredningsrapporten *Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år* (IK-2611). Se også informasjonsskriv til foreldrene "Kan barnet ditt høre?" *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, s 124.

Henvisninger/henvendelser

Ved henvisning/henvendelse dokumenteres: dato, initialer, årsak og vedleggsnummer på kopi av henvisning/henvendelse. Ved svar dokumenteres: dato, initialer, resultat, oppfølging, samt vedleggsnummer på svar.

9.5 Utfylling av side 3 i helsekortet

Siden inneholder:

- Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning
- Deltakelse i gruppe

- Somatiske undersøkelser av barn og unge 0-20 år
- Oppfølgingsgruppe
- Lab. prøver (dato, initialer, type, resultat)

Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning

Rubrikkene utfylles ved hjemmebesøk og konsultasjoner. Dato, barnets alder og helsesøsters initialer fylles ut. Ledsager(e) markeres med: M=mor, F=far og A=annen. Hjemmebesøk til nyfødte er markert med H i første kolonne. Senere hjemmebesøk markeres med H i feltet "Konsultasjonsform". Se forøvrig kodeforklaringer side X.

Inndeling i kartlegging/status og veiledning/helseopplysning er gjort for å skille mellom kartlegging av barnets nåværende situasjon (status) og den veiledning/helseopplysning som gis. Foreliggende dokumentasjon, foresattes opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen danner grunnlaget for kartlegging av status. Veiledning/helseopplysning gis på bakgrunn av den samlede informasjonen og program/prosedyre/metodebok/sjekklister for de ulike alderstrinn.

Dokumentasjon av kartlegging/status og veiledning/helseopplysning markeres med:

- V som indikerer: temaet er tatt opp og barnets status er kartlagt/vurdert. Veiledning og helseopplysning er gitt i henhold til individuelt behov og risiko samt program og prosedyre, etc.
- T som indikerer utfyllende tekst på kontinuasjonssark som følge av: funn og/eller risiko oppdaget ved kartlegging av status og behov for nærmere beskrivelse av råd, veiledning, helseopplysning, tiltak og oppfølging.

Markeringene (med unntak av kartlegging/status i forhold til amming) i

de to feltene kan, avhengig av tema og situasjon, bli: V, T, TV, TT. Ikke utfylt felt betyr at temaet ikke er tatt opp.

Med utgangspunkt i anbefalingene i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* gjennomgås følgende temaer i konsultasjonene:

- Forhold foresatte ønsker å ta opp
- Helsetilstand
- Amming (F, D, I)
- Kosthold, vitamintilskudd
- Tannhelse
- Samspill/tilknytning
- Utvikling, atferd
- Motorikk
- Språk
- Hjemmemiljø
- Familiesituasjon og sosialt nettverk
- Ulykker, skader

Forhold foresatte ønsker å ta opp

For å fremme brukermedvirkning bør konsultasjonen starte med å gi de foresatte anledning til å ta opp problemstillinger/temaer ut fra egne behov. Jf *Veileder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*: "Utgangspunktet for innsatsen er at foreldrene har hovedansvaret for omsorgen av sine barn. Helsepersonellens rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med familien"... (s 12).

Helsetilstand

Kartlegging/status av barnets helsetilstand gjøres på grunnlag av foreliggende dokumentasjon, foresattes opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen.

Veiledning/helseopplysning gis ut fra aktuell situasjon og problemstilling.

Amming

Kartlegging/status av amming dokumenteres i kategoriene:

- fullamming (F): kun morsmelk
- delvis amming (D)
- ikke amming (I)

Markeringer i feltet status vil bli:
Uten utfyllende tekst på
kontinuasjonsarket: F, D eller I
Med utfyllende tekst på
kontinuasjonsarket: F/T, D/T eller I/T.

Markeringer i feltet
veiledning/helseopplysning vil bli V eller
T som beskrevet under punktet "Status og
veiledning/helseopplysning" (s x).

Ved veiledning/helseopplysning om
ammning tas spørsmål om f eks mors
mestring og motivasjon, såre brystvorter,
barnets trivsel, sugeevne og helsemessige
fordeler opp. Anbefalinger for amme- og
kostveiledning/helseopplysning finnes i:

- *Veileder i Sped- og småbarnsernæring* (IK-2475)
- *Statens ernæringsråds anbefalinger for spedbarnsernæring*, 1994
- *Brosjyren Mat for spedbarn* (IK-1919)
- *MBVI - Ammeveiledning på helsestasjonen*, Statens helsetilsyn, 1996
- Informasjonsmateriell om Matvareallergi/-intoleranse, Statens ernæringsråd, Statens næringsmiddelstilsyn, Norges Astma- og Allergiforbund og Folkehelse, 1997
- *Amming av barn med spesielle behov – en veileder for helsepersonell* (IK-2597).

Kosthold, vitamintilskudd

Det gjøres kartlegging/status av barnets kostinntak, kostvaner, måltidsrytme, matlyst, trivsel ved måltidene, familiemåltider og selvstendig spising. Veiledning og helseopplysning gis i henhold til litteraturhenvisninger nevnt ovenfor.

Tannhelse

Kartlegging/status gjøres av kosthold og tannhygiene. Informasjon gis om tannhelsetilbud, tannfrembrudd, fluor, kosthold og munnhygiene. Det vises for øvrig til anbefalinger gitt i *Veilederen Tenner for livet* (IK-2659).

Motorikk

Kartlegging/status av barnets motorikk gjøres på grunnlag av foreldrenes inntrykk av barnets utvikling og helsepersonells observasjon av barnets bevegelsesmønster og ferdigheter ved undersøkelsen. Det gis informasjon til foresatte om barns motoriske utvikling og veiledning ut fra behov og risiko. Jf *Veileder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 7, 8 og 11. *Sjekkliste for barns (0-3 år) utvikling og kontaktevne* (side 113) er et hjelpemiddel.

Utvikling, atferd

Kartlegging/status av barnets utvikling og atferd gjøres på grunnlag av foreldrenes inntrykk og observasjon av barnet ved undersøkelsen. Jf *Veileder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 7, 8 og 11.

Samspill/tilknytning

Kartlegging/status av samspill/tilknytning gjøres på grunnlag foreldrenes inntrykk og observasjon ved undersøkelsen.

Prinsippene i

Foreldreveiledningsprogrammet anbefales som grunnlag for veiledning/helseopplysning Jf *Program for foreldreveiledning - materiell, Q – 0930* utgitt av Barne- og familiedepartementet.

Språk

Kartlegging/status av barnets språk gjøres på grunnlag av foreldrenes inntrykk og helsepersonells observasjon ved undersøkelsen: språkutvikling; verbalt og nonverbalt, språk- og ordforståelse. Sentralt i helseopplysning/veiledning er foresattes muligheter for å fremme og støtte barnets språkutvikling.

Hjemmemiljø

Samtale om hjemmemiljø starter ved hjemmebesøket og følges opp ved konsultasjoner på helsestasjonen. Fokus bør settes på faktorer som trivsel, familierelasjoner, sosialt nettverk, lekemuligheter, innelima, rus og tobakk. Vedrørende rus og tobakk henvises det til metodepermen *Forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonen* (I-0921B) og informasjonsmateriale om *Røykfrie barn* utgitt av Statens tobakkskaderåd.

Ulykker, skader

Kartlegging/status gjøres av ulykker og skader. Veiledning og helseopplysning gis for å forebygge ulykker og skader og fremme tilrettelegging for læring og mestring. Brosjyreserien *Barn og sikkerhet*, Statens helsetilsyn, introduseres for foresatte på hjemmebesøk til nyfødte og følges opp i senere konsultasjoner. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* kapittel 7 og 11.

Familiesituasjon og sosialt nettverk

Kartlegging/status gjøres av familiesituasjon og sosialt nettverk. Vektlegging av familiens sosiale nettverk som ressurs starter ved hjemmebesøket og følges opp i konsultasjoner. Foreldrene bør få tilbud om å delta i nettverkskapende gruppeaktiviteter.

Deltakelse i andre grupper

Dato og deltakelse i andre gruppeformer enn konsultasjonsgrupper, f. eks. barselgrupper, fedregupper, søvngrupper, mor-barn-grupper eller andre samtalegrupper noteres.

Somatiske undersøkelser

Lege dokumenterer somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år. Dato for undersøkelse, barnets/elevens alder, leges initialer og ledsagers navn påføres. Innholdet i de somatiske undersøkelsene på de forskjellige alderstrinnene er beskrevet i *Veileder for*

helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kapittel 7 og 11.

For å fremme brukermedvirkning bør konsultasjonen starte med å gi de foresatte anledning til å ta opp problemstillinger/temaer ut fra egne behov. Jf *Veileder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:* ”Utgangspunktet for innsatsen er at foreldrene har hovedansvaret for omsorgen av sine barn. Helsepersonellens rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med familien”... (s 12). Lege dokumenterer funn/gitt informasjon med V/T. Utdypende tekst føres på kontinuasjonark. Se for øvrig kodeforklaring side X.

Oppfølgingsgrupper – system for oppfølging av barn og unge med spesielle behov

Oppfølgingsgrupper er et verktøy for å identifisere og kategorisere barn og unge som har behov for utvidet tilbud og spesielle tiltak. Hensikten med dette systemet er å bidra til bedre oppfølging av barn og unge i risiko. Dette gjelder barn og unge som har psykososiale problemer, medisinske tilstander, funksjonshemming eller kronisk/langvarig sykdom. Se utdypet beskrivelse i *Somatiske undersøkelser av barn og unge 0-20 år (IK-2611)*, kap 6.

Oppfølgingsgrupper er utvidet med en gruppe for barn/unge som har sammensatte problemer som ikke er gitt noen diagnose. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten tilbyr standardprogram (jf. kortversjonen i veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten) til alle barn og unge. Ved behov og risiko utvides tilbudet som innebærer tettere oppfølging, eventuelt henvisning og utvidet tverrfaglig samarbeid.

Dersom systemet skal fungere hensiktsmessig, bør helsepersonell som fører journal tilstrebe lik forståelse og tolkning av kriteriene som utgjør grunnlaget for valg av oppfølgingsgruppe.

Problemstilling/behov for oppfølging bør defineres i samarbeid med foreldre/barnet/den unge. I hver konsultasjon vurderes barnets/den unges behov for tiltak, oppfølging og kategorisering i oppfølgingsgruppe 0, 1, 2, 3 eller 4. Når barnet/den unge tilhører oppfølgingsgruppe 2, 3 eller 4 bør vurdering og kategorisering gjøres av et tverrfaglig team. Dette bør minimum bestå av lege og helsesøster, og eventuelt andre relevante fagpersoner som har deltatt i undersøkelse og vurdering av barnet/den unge. Barn/unge som det er opprettet ansvarsgruppe rundt vil kunne tilhøre gruppe 3 eller 4. Endringer i tilstand/situasjon vil medføre ny vurdering og evt. bytte av oppfølgingsgruppe. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Sjekkliste for barns (0-3 år) utvikling og kontaktevne* (side 113) og *Sjekkliste for oppfølging/henvisning ved helseundersøkelsene* (side 115).

Oppfølgingsgrupper som kriteriesystem kan gi nødvendig dokumentasjon for å synliggjøre for kommunens administrasjon og politikere i hvilken grad barn fra 0 til 20 år har behov for ulike hjelpe- og støttetiltak. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kap. 5.2.3 Informasjonsansvaret.

For å kunne utvikle systemet for oppfølging av barn og unge med spesielle behov er det viktig at tjenestene gir tilbakemeldinger om hvordan den nye gruppeinndelingen fungerer i praksis.

Gruppe 0:

Barn og unge som ikke viser tegn til avvik/sykdom/problemer. Det tilbys standardprogram for veiledning/helseopplysning og somatiske undersøkelser (helsefremmende og primærforebyggende tiltak).

Gruppe 1:

Barn og unge som har behov og risiko som tilsier tettere oppfølging av helsesøster og

eventuelt helsestasjons-/skolelege. Det tilbys standardprogram og utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tiltak).

Gruppe 2:

Barn og unge med symptomer eller funn som nødvendiggjør henvisning/henvendelse til annen instans for utredning/behandling. Det tilbys standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tiltak).

Gruppe 3:

Gruppen omfatter barn og unge som har sammensatte problemer og som ikke er gitt noen diagnose. Disse barn og unge har som regel behov for spesielle tiltak fra annen instans. Eksempler på spesielle tiltak: gjentatte kontakter/behandlinger hos primær- eller spesialistlege, fysioterapeut, psykolog, PPT, BUP, barnevernstiltak som f.eks støttekontakt, avlastning og omsorgsovertakelse. Barnet/den unge tilbys standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tilbud).

Gruppe 4:

Barnet/den unge har funksjonshemming, kronisk eller langvarig sykdom og/eller er i en livssituasjon som gjør at annen instans/institusjon (sykehus/spesialistinstitusjon) har oppfølgings- og behandlingsansvaret. Barnet/den unge tilbys standardprogram og ved behov et utvidet tilbud (helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende tilbud). Jf *Veileder i habilitering av barn og unge* (IK-2614).

Laboratorieprøver

Dato, type og resultat av laboratorieprøver noteres. Ved behov noteres utfyllende tekst på kontinuasjonsark. Prøvesvar fra annen instans dokumenteres som beskrevet i rubrikken "Henvisninger/henvendelser".

9.6 Utfylling av side 4 i helsekortet

Siden inneholder:

- Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning
- Gitt foresatte/eleven informasjon om
- Samtaler
- Deltakelse i gruppe
- Tverrfaglig samarbeid inkludert ansvarsgruppe
- Vekt, lengde, hodeomkrets av barn og unge 0-20 år

Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning

Dato, elevens alder, helsesøsters/leges initialer skal fylles ut. Ledsager markeres med: M=mor, F=far og A=annen.

Inndeling i kartlegging/status og veiledning/helseopplysning er gjort for å skille mellom kartlegging av barnets nåværende situasjon (status) og den veiledning/helseopplysning som gis. Foreliggende dokumentasjon, foresattes/eleven opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen danner grunnlaget for kartlegging av status.

Veiledning/helseopplysning gis på bakgrunn av den samlede informasjonen og program/prosedyre/metodebok/sjekkliste for de ulike alderstrinn.

Dokumentasjon av kartlegging/status og veiledning/helseopplysning markeres med:

- V som indikerer: temaet er tatt opp og barnets status er kartlagt/vurdert. Veiledning og helseopplysning er gitt i henhold til individuelt behov og risiko samt program og prosedyre, etc.
- T som indikerer utfyllende tekst på kontinuasjonsark som følge av: funn og/eller risiko oppdaget ved kartlegging av status og behov for nærmere beskrivelse av råd,

veiledning, helseopplysning, tiltak og oppfølging.

- Markeringene i de to feltene kan bli: , , , . Ikke utfylt felt betyr at temaet ikke er tatt opp.

Med utgangspunkt i anbefalingene i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* gjennomgås følgende temaer i konsultasjonene:

- Forhold foresatte/eleven ønsker å ta opp
- Helsetilstand
- Utvikling, atferd
- Familiesituasjon
- Sosialt nettverk
- Kosthold
- Fritidsaktiviteter
- Tobakk
- Rusmidler
- Skolemiljø
- Ulykker, skader
- Samliv og seksualitet

Forhold foresatte/eleven ønsker å ta opp

For å fremme brukermedvirkning bør konsultasjonen starte med å gi foresatte/elev anledning til å ta opp problemstillinger/temaer ut fra egne behov. Jfr. *Veileder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*: "Utgangspunktet for innsatsen er at foreldrene har hovedansvaret for omsorgen av sine barn. Helsepersonellens rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med familien" (side 12).

Helsetilstand

Kartlegging/status av elevens helsetilstand gjøres på grunnlag av foreliggende dokumentasjon, foresattes opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen.

Veiledning/helseopplysning gis ut fra aktuell situasjon/problemstilling og for å styrke elevens egenomsorgsevne.

Familiesituasjon

Kartlegging/status gjøres av familiesituasjonen.

Sosialt nettverk

Kartlegging/status gjøres av sosialt nettverk. I samtalen vektlegges sosialt nettverks betydning for helse og trivsel, og elevens kontakt med familie, venner, klassekamerater og andre voksne. Nettverksskapende tiltak kan etableres ved f.eks. samarbeid mellom skolehelsetjenesten, elev, foresatte og skole, Jf. *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 6 og 7.

Utvikling, atferd

Kartlegging/status av elevens utvikling og atferd gjøres på grunnlag av foresattes/elevens egne opplysninger og helsepersonellens inntrykk og observasjon av eleven ved undersøkelsen. Relevante temaer er barn og ungdom i utvikling. Samtalen bør konsentreres om motorisk utvikling, konsentrasjonsevne, aktivitetsnivå, leggevaner og søvn, tilknytning, relasjoner og pubertetsutvikling.

Kosthold, tobakk, rusmidler, fritidsaktiviteter

Kartlegging/status skjer ved helseundersøkelser og andre tiltak. Jf anbefalinger i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* som vektlegger helseopplysning i grupper.

Skolemiljø

Kartlegging/status av skolemiljø bør gjøres i samarbeid med skolen. Fokus settes på elevens psykososiale arbeidsmiljø og skolens fysiske miljø. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 6 og 7, og *Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler* (IK-2619).

Ulykker, skader

Kartlegging/status gjøres av ulykker og skader. Veiledning og helseopplysning gis for å forebygge ulykker og skader, og fremme tilrettelegging for læring og mestring. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* kapittel 7 og 11 og

Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (IK-2619).

Seksualitet og samliv

Helseopplysning og veiledning om seksualitet, samliv, grensesetting, seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon skal ta utgangspunkt i individuelle behov. Det anbefales i tillegg veiledning og helseopplysning i gruppe eller klasse.

Blanke felt

Det er avsatt blanke felt til andre temaer som kan velges ut fra lokalt behov.

Helseopplysning i gruppe

Det anbefales i tillegg å tilby helseopplysning i klasse eller gruppe på flere klassetrinn, 3. klasse, 6. klasse, 8. klasse, 9. klasse, 10. klasse og i alle trinnene på videregående skole. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Det er ikke gjort plass til å dokumentere dette i journalen, men det anbefales en dokumentasjon i tjenestens virksomhetsrapportering.

Gitt foresatte/eleven informasjon om

Det dokumenteres at foresatte/eleven har fått informasjon om:

- innsynsrett i journalen
- rutiner for overføring av journal
- innmelding i SYSVAK

Samtaler

Ved behov for samtaler med elev/foresatte utenom standardprogram dokumenteres: dato, helsesøsters/leges initialer og eventuell ny avtale.

Tverrfaglig samarbeid inkludert ansvarsgruppe 0-20 år

Ved tverrfaglig samarbeid dokumenteres: dato, initialer og samarbeidsinstans. I tillegg bør koordineringsansvarlig dokumenteres på kontinuasjonsarket. Samarbeidspartnere kan være: foresatte, elev, barnehage, skole, habiliterings-/rehabiliteringstjeneste, allmennlege-tjeneste, PPT, barneverns-/ sosialtjeneste

og spesialisthelsetjenesten. Jf *Veileder i habilitering av barn og unge*(IK-2614).

Vekt, lengde, hodeomkrets av barn og unge 0-20 år

Kartlegging/status av vekt, lengde og hodeomkrets dokumenteres. Måleresultat overføres til percentilskjema.

9.7 Utfylling av vertikal halvside i helsekortet

Identifisering av helsepersonell

Når helsepersonell dokumenterer første gang i journalen påføres nummer og navn på institusjonen, dato, navn og stilling, samt initialer.

Blankt felt

Det blanke feltet er avsatt for huskelapp som kan benyttes ved påminnelser av administrativ art.

9.8 Utfylling av kontinuasjonark

Kontinuasjonark benyttes til løpende kronologiske nedtegnelser av utfyllende opplysninger til rubrikker i helsekortet. Telefonhenvendelser fra foresatte, og helsestasjonsbesøk utenom fastlagt program, skal også dokumenteres på kontinuasjonarket. Journalnotater kan bli omhandle medisinske funn, observasjoner, resultater, behov, vurderinger, tiltak, oppfølging og evaluering. Feltet merknader kan benyttes til stikkord. Ved bruk av flere kontinuasjonark nummereres disse i kronologisk rekkefølge. Dokumentasjonsplikten krever at helsepersonell daterer og påfører initialer ved hvert journalnotat på kontinuasjonarket.

10 JOURNAL I VIDEREGÅENDE SKOLE

Dette kapittelet beskriver hvordan journal i videregående skole skal føres. For informasjon om opprettelse, føring, oppbevaring og overføring av journal henvises det til den øvrige teksten i

Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Av praktiske hensyn er det utarbeidet journal for videregående skole som et alternativ til innhenting av journal fra skolehelsetjenesten i grunnskolen. Hvis man velger å benytte "Journal i videregående skole" må man i tillegg vurdere om det er behov for å innhente journal fra skolehelsetjenesten i grunnskolen for den enkelte elev for å kunne gjennomføre en faglig forsvarlig oppfølging. Regler for dokumentasjonsplikt for helsepersonell, som er ansatt i skolehelsetjenesten i videregående skole, er de samme som for ansatte i skolehelsetjenesten i grunnskolen. Jf kap 3. s xx.

10.1 Utfylling av side 1

Siden inneholder:

- Institusjon
- Cave
- Personopplysninger
- Helseundersøkelser 16-20 år. Veiledning og helseopplysning.
- Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning
- Gitt eleven informasjon om
- Samtaler
- Tverrfaglig samarbeid inkludert ansvarsgruppe
- Kontinuasjonark for utfyllende opplysninger
- Klassetrinnsmarkering, navn og fødselsdato

Institusjon

SYSVAKs institusjonsnummer og navn på skole fylles ut med blyant. De fire første sifre i institusjonsnummeret tilsvarer som regel kommunenummeret. Kommune- og bydelsnummer gir grunnlag for lokal statistikk og er en forutsetning for korrekt dekningsstatistikk.

Cave

Rubrikken benyttes for nærings- og legemiddelallergi. Ved tilleggsopplysninger markeres det med "se kont.ark nr .." og "se vedl. nr ..". Dokumentasjon som bekrefter tilstanden må innhentes før feltet fylles ut.

Personopplysninger

Rubrikken fylles ut med fødselsnummer, kjønn med bokstavene K eller M (kvinne eller mann) fullt navn og telefonnummer. Navnet noteres med blokkbokstaver. For elever som ikke bor sammen med foreldrene noteres både hjemstedsadresse og elevens adresse under utdanning. Ved oversendelse av journal til annen skolehelsetjeneste påføres ny adresse dersom denne er kjent. For å unngå dobbelregistrering i SYSVAK og ved bruk av edb-journal må fullt fødselsnummer (11 sifre) fylles ut.

Fastlege

Navn, adresse og telefonnummer på elevens faste lege noteres.

Kartlegging/status og veiledning/helseopplysning

Dato, elevens alder, helsesøsters/leges initialer skal fylles ut. Eventuelt ledsager markeres med: M=mor, F=far og A=annen.

Inndeling i kartlegging/status og veiledning/helseopplysning er gjort for å skille mellom kartlegging av elevens nåværende situasjon (status) og den veiledning/helseopplysning som gis. Foreliggende dokumentasjon, elevens eventuelt foresattes opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen danner grunnlaget for kartlegging av status.

Veiledning/helseopplysning gis på bakgrunn av den samlede informasjonen og program/prosedyre/metodebok/-sjekklister for de ulike klassetrinn.

Dokumentasjon av kartlegging/status og veiledning/helseopplysning markeres med:

- V som indikerer: temaet er tatt opp og barnets status er kartlagt/vurdert. Veiledning og helseopplysning er gitt i henhold til individuelt behov og risiko samt program og prosedyre, etc.
- T som indikerer utfyllende tekst på kontinuasjonsark som følge av: funn og risiko oppdaget ved kartlegging av status og behov for nærmere beskrivelse av råd, veiledning, helseopplysning, tiltak og oppfølging.
- Markeringene i de to feltene kan bli: , , , . Ikke utfylt felt betyr at temaet ikke er tatt opp.

Med utgangspunkt i anbefalingene i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjensten* gjennomgås følgende temaer i konsultasjonene:

- Forhold eleven ønsker å ta opp
- Helsetilstand
- Utvikling, atferd
- Familiesituasjon
- Sosialt nettverk
- Kosthold
- Fritidsaktiviteter
- Tobakk
- Rusmidler
- Skolemiljø
- Ulykker, skader
- Samliv og seksualitet

Forhold eleven ønsker å ta opp

For å fremme brukermedvirkning bør konsultasjonen starte med å gi elev eventuelt foresatte anledning til å ta opp problemstillinger/temaer ut fra egne behov.

Helsetilstand

Kartlegging/status av elevens helsetilstand gjøres på grunnlag av foreliggende dokumentasjon, elevens eventuelt foresattes opplysninger og helsesøsters observasjoner ved undersøkelsen. Veiledning/helseopplysning gis ut fra aktuell situasjon/problemstilling og for å styrke elevens egenomsorgsevne.

Familiesituasjon

Kartlegging/status gjøres av familiesituasjonen.

Sosialt nettverk

Kartlegging/status gjøres av elevens kontakt med familie, venner, klassekamerater og andre voksne. Videre vektlegges i samtalen sosialt nettverks betydning for helse og trivsel. Nettverksskapende tiltak kan etableres ved f eks samarbeid mellom skolehelsetjenesten, elev, foresatte og skole. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 6 og 7, s 51 og s. 61).

Utvikling, atferd

Kartlegging/status gjøres av elevens utvikling og atferd på grunnlag av helsepersonells observasjon og vurdering av eleven ved undersøkelsen. Relevante temaer er ungdom i utvikling. Samtalen bør konsentreres om relasjoner, samliv og seksualitet, seksuelt overførbare sykdommer og grensesetting.

Kosthold, tobakk, rusmidler, fritidsaktiviteter

Kartlegging/status skjer ved helseundersøkelser og andre tiltak. Jf rubrikken deltakelse i gruppe.

Skolemiljø

Kartlegging/status av skolemiljø bør gjøres i samarbeid med skolen. Fokus settes på elevens psykososiale arbeidsmiljø og skolens fysiske miljø. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, kapittel 6 og 7, og *Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler* (IK-2619).

Ulykker, skader

Kartlegging/status gjøres av ulykker og skader. Veiledning og helseopplysning gis for å forebygge ulykker og skader og fremme tilrettelegging for læring og mestring. Jf *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* kapittel 7 og 11 og *Veileder til forskrift om miljørettet*

helsevern i barnehager og skoler (IK-2619).

Samliv og seksualitet

Helseopplysning og veiledning om samliv og seksualitet, grensesetting, seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon skal ta utgangspunkt i individuelle behov. Det anbefales i tillegg veiledning og helseopplysning i gruppe eller klasse.

Blanke felt

Det er avsatt blanke felt til andre temaer som kan velges ut fra et lokalt behov.

Gitt eleven informasjon om

Det dokumenteres at eleven har fått informasjon om:

- innsynsrett i journalen
- overføring av journal
- innmelding i SYSVAK.

Samtaler

Ved behov for samtaler med elev utenom standardprogram dokumenteres dato, helsesøsters/leges initialer og eventuell ny avtale.

Helseopplysning i gruppe

Det anbefales i tillegg å tilby helseopplysning i klasse eller gruppe på alle trinnene i videregående skole. Jf. *veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Det er ikke gjort plass til å dokumentere dette i journalen, men det anbefales en dokumentasjon i tjenestens irksomhetsrapportering.

Tverrfaglig samarbeid inkludert ansvarsgruppe

Ved tverrfaglig samarbeid dokumenteres: dato/periode, samarbeidsinstans, koordineringsansvarlig og initialer. Samarbeidspartnere kan være: elev, foresatte, skole, habiliterings-/rehabiliteringstjeneste, allmennlegetjeneste, PPT, barneverns-/sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Utfyllende tekst om samarbeid føres på kontinuasjonark.

10.2 Utfylling av side 2 og 3

Kontinuasjonsark for utfyllende opplysninger

Kontinuasjonsark benyttes til løpende kronologiske nedtegnelser av utfyllende opplysninger til rubrikker i helsekortet. Journalnotater kan bl a omhandle medisinske funn, observasjoner, resultater, behov, vurderinger, tiltak, oppfølging og evaluering. Feltet merknader kan benyttes til stikkord. Ved bruk av flere kontinuasjonsark nummereres disse i kronologisk rekkefølge. Dokumentasjonsplikten krever at helsepersonell daterer og påfører initialer ved hvert journalnotat på kontinuasjonsarket.

Identifikasjon av helsepersonell

Helsepersonell som dokumenterer må ved første gangs dokumentasjon i helsekortet påføre nummer og navn på institusjonen, dato, navn og stilling, samt initialer.

11 BEGREPER OG DEFINISJONER

Bruker: Person som mottar helsehjelp. Se også pasient og tjenestemottaker.

Delegasjon: Beslutning om at oppgaver skal utføres av annen person, instans eller virksomhet (se bl.a helsepersonelloven § 5). Oppgaver, herunder det å yte tjenester eller foreta dokumentasjon, kan delegeres. Ansvar kan imidlertid ikke delegeres.

Dokumentasjon: Nedtegnelser av observasjoner, vurderinger, beslutninger og utførte handlinger som gjøres under utøvelse av helse- og/eller sosialtjenester. Dokumentasjon benyttes i denne veilederen synonymt med begrepet journalføring.

Helsehjelp: Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende, habiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av

helsepersonell (jf helsepersonelloven § 3, pasientrettighetsloven § 3, bokstav c og kommunehelsetjenesteloven § 1-3, første og annet ledd).

Helseinstitusjon: Institusjon som hører inn under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten er dette sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie (jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3, annet ledd, nr 5).

Helsepersonell¹³: Personell som i henhold til helsepersonelloven har autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49. Med helsepersonell menes også personell i helsetjenesten eller i apotek, samt elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i helsepersonelloven § 3, tredje ledd.

Journal: Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en tjenestemottaker i forbindelse med ytelse av helsehjelp. Se også pasientjournal.

Den samlede journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten består av blanketter og skriv benevnt som:

- helsekort
- percentilskjemaer
- kontinuasjonsark
- vedlegg

Blanketter

En blankett er et ark med standardtekster, rubrikker, felt ol som skal fylles ut med aktuelle opplysninger.

Helsekort: Helsekortet (blankett nr 4540) består av fire sider, samt en vertikal halvside. I helsekortet dokumenteres bl a personopplysninger, vaksinasjoner, familieforhold, helseundersøkelser, henvisninger/henvendelser,

¹³ Helsepersonelloven § 3, første ledd.

samtaler, veiledning og helseopplysning. Sidehenvisninger i helsekortets rubrikker refererer til *Veiledningen*. Helsekortet med vertikal halvside utgjør en mappe.

Percentilskjemaer:

Percentilskjemaene (blankett nr 4545, 4546, 4547 og 4548) gir en grafisk fremstilling av vekt, lengde og hodeomkrets. Det finnes ulike typer percentilskjemaer for gutter og jenter og sped-, små- og skolebarn.

Kontinuasjonsark:

Kontinuasjonsark (blankett nr 4544) er supplerende ark beregnet på utfyllende opplysninger i tillegg til de opplysningene som føres på helsekort og percentilskjema. Tekst på kontinuasjonsark er journalopplysninger underlagt pasientjournalforskriftens bestemmelser.

Vedlegg: Eksempler på vedlegg er melding om fødsel, medisinsk registrering av fødsel, kopi av barnejournal, ulike lokale skjemaer, svar på henvisninger/henvendelser, epikriser og referater fra f eks ansvarsgruppemøter. For å få oversiktlige journaler bør samtlige vedlegg nummereres i kronologisk rekkefølge i øverste høyre hjørne. For å knytte vedleggene til tilhørende rubrikker i helsekortet påføres tekst i form av stikkord og vedleggsnummer i felt for dette på helsekortets sider 1 og 2.

Journalføring: Se dokumentasjon.

Medhjelpere: Personell som er tillagt og som utfører oppgaver på bakgrunn av delegasjon fra annet personell som er pålagt å utføre oppgavene (se bl.a helsepersonelloven § 5).

Myndighetskrav: Bestemmelser i lov og/eller forskrift som pålegger plikter eller som på annen måte stiller krav til personer og/eller virksomheter.

Pasient: En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle¹⁴. Den helsehjelp det er snakk om omfatter alle de deltjenester og tilbud som fremgår av bl.a kommunehelsetjenesteloven § 1-3, første og annet ledd, herunder helsefremmende og forebyggende tjenester (§ 1-3, første ledd nr 1, se bl.a bokstav b og c). Pasienter omfattes også av bruker- og tjenestemottakerbegrepet. En pasient er i henhold til pasientrettighetsloven en person som:

- påstår å ha behov for helsehjelp,
- tilbyr helsehjelp,
- får helsehjelp,
- har mottatt helsehjelp.

Pasientens pårørende: Person som en pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge¹⁵.

Pasientjournal: Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med ytelse av helsehjelp¹⁶.

¹⁴ Pasientrettighetsloven § 3, bokstav a).

¹⁵ Pasientrettighetsloven § 3, bokstav b).

¹⁶ Helsepersonelloven § 40, første ledd og Sosial- og helsedepartementets forskrift av 21.12.2000, nr 1385 om pasientjournal § 3, bokstav a).

Pliktsubjekt: Den som i lov eller forskrift er pålagt plikter, herunder ansvar for å se til at noe blir gjort.

Pårørende: Se pasientens pårørende.

Rettssubjekt: Den som i lov eller forskrift er gitt rettigheter.

Tjenestemottaker: Person som mottar helsehjelp. Se også bruker og pasient.

Tjenesteyter: Person som på vegne av helsetjenesten yter tjenester til en tjenestemottaker.

Tjenesteyting: Hjelp og tjenester som gis av kommunal helsetjeneste til en tjenestemottaker/pasient.

Standardprogram og utvidet tilbud : Helsestasjons- og skolehelsetjenestens standardprogram og utvidet tilbud for barn og unge 0-20 år er beskrevet i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IK-2717)*.

Henvisninger: Med *henvisning* menes når helsestasjons-/skolelege og helsesøstre på delegasjon fra lege henviser barnet/eleven til utredning/behandling.

Henvendelser: Med *henvendelser* menes når helsesøster/lege/annet helsepersonell innhenter opplysninger/uttalelser fra andre instanser.

Det nasjonale

vaksinasjonsregisteret SYSVAK:

SYSVAK er et nasjonalt vaksinasjonsregister som er opprettet for å få en oversikt over vaksinasjonsdekningen på landsbasis og for å overvåke den enkeltes vaksinasjonsstatus.

Nivåinndeling av helsetjenesten: 1.

linjetjenesten omfatter primærhelsetjenesten, 2. linjetjenesten omfatter de fylkeskommunale spesialisthelsetjenestene (senere staten, når

staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra 01.01.2002). 3. linjetjenesten omfatter regionhelsetjenesten.

Vedlegg 1

Til foresatte/eleven

Orientering om rett til innsyn i journal og om overføring av journal ved flytting

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har etter loven plikt til å føre journal med helseopplysninger om sine brukere. I journalen skal helsepersonellet nedtegne de opplysninger som de ut fra en faglig vurdering finner nødvendig og hensiktsmessig å dokumentere. Journalen skal bidra til at barnet/eleven får en faglig forsvarlig oppfølging. Så lenge det er naturlig, er det de foresatte som ivaretar barnets rettigheter som bruker av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Innsynsrett

De foresatte eller eleven har som hovedregel rett til innsyn i samtlige opplysninger som omhandler barnet/eleven. De har også rett til kopi av disse opplysningene. Ved kopi av journalnotater betales et vederlag fastsatt av Sosial- og helsedepartementet.

Overføring av journal ved flytting/skolestart/bytte av skole

Når en elev/et barn flytter, er hovedregelen at journalen skal overføres til den nye helsestasjonen eller skolehelsetjenesten. Dette skal sikre en faglig forsvarlig oppfølging. De som har spørsmål i forbindelse med oversendelse av journal, kan ta dette opp med helsestasjonen eller skolehelsetjenesten før flytting.

Med vennlig hilsen

Veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 8054 Dep, 0031 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no