

Returadresse: Arkivverket
Pb.4013 Ullevål Stadion
0806 OSLO



ARKIVVERKET

Stiftelsen Asta
v/Trond Negaard
Postboks 4013 Ullevål stadion
0806 OSLO

Dato	15.08.2019
Din ref.	
Vår ref.	2019/12071
Saksbehandler	JOEN/BEVAR

Godkjenning av bevarings- og kassasjonsplan for fagsaker i helseforetakene

Vi viser til søknad av 28.06.2019, med vedlagt forslag til bevarings- og kassasjonsplan for fagsakene i helseforetak og regionale helseforetak.

Riksarkivaren har ingen merknader. Planen godkjennes, med hjemmel i arkivlova § 12, jf. arkivforskriften § 16.

Med hilsen

Espen Sjøvoll
avdelingsdirektør

Jørgen Engestøl
rådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Bevarings- og kassasjonsplan for fagsaker i helseforetak og regionale helseforetak

Innhold

1 Innledning.....	3
2 Regelverk	4
2.1 Bevaring og kassasjon i praksis.....	4
2.2 Bevaring og kassasjon av egenforvaltningssaker	4
2.3 Bevaringspåbud	5
2.4 Arkivbegrensning.....	6
3 Organisering av prosjektet	6
3.1 Bakgrunn for prosjektet	6
3.2 Organisering av prosjektet	7
4 Om sektoren	8
4.1 Sektorens utvikling	8
4.2 Sektorens mandat og funksjon.....	8
4.3 Organisering av sektoren.....	8
5 Metode og avgrensninger	10
5.1 Omfang og avgrensning.....	10
5.2 Kartlegging.....	12
5.3 Metode for vurdering av arkivmaterialet.....	12
6 Vurdering av sektorens fagklasser	15
6.1 Klasse 3 Yte spesialisthelsetjenester	15
6.2 Klasse 4 Oppfølging av pasienter og pårørende.....	15
6.3 Klasse 5 Legge til rette for forskning, utdanning og innovasjon	18
6.4 Klasse 6 Oppfølging av helseforetak, private, ideelle og avtalespesialister	19
6.5 Klasse 7 Forvaltning av e-helse og teknologi.....	20
6.6 Klasse 8 Forvaltning av beredskap og sikkerhet.....	21
6.7 Klasse 9 Utvikling, produksjon og drift av IT-tjenester.....	21
7 Bestemmelser for bevaring og kassasjon av sektorens fagsaker	22

1 Innledning

Bevarings- og kassasjonsplanen for helseforetak og regionale helseforetak (heretter kalt sektoren) er utarbeidet i 2019 av Irene Jacobsen og Trond Negaard fra Stiftelsen Asta i samarbeid med prosjektets styringsgruppe. Planen er utarbeidet med grunnlag i kartlegging i forbindelse med ny arkivnøkkel og innspill fra sektorens institusjoner.

Dokumentet oppfyller de kravene som stilles i *Forskrift om offentlege arkiv av 11. desember 1998 nr. 1193* (Arkivforskriften) til bevarings- og kassasjonsregler, og er basert på de anbefalte arbeidsmetodene fra Riksarkivaren. Videre er det foretatt vurderinger på bakgrunn av *Rapport fra bevaringsutvalget*.

Reglene er hovedsakelig på et overordnet nivå. Den enkelte institusjon må derfor selv innarbeide bevarings- og kassasjonsplanen i egen arkivdanning. Dette er fordi det ikke var mulig å lage et regelverk som er operasjonaliserbart for samtlige institusjoner. Foreliggende bevarings- og kassasjonsplan er overordnet og må operasjonaliseres i hver institusjon som del av egen arkivplan.

Det er viktig å merke seg at i arkivplanen kan man ikke legge opp til kassasjon av arkivmateriale som faller inn under retningslinjene for bevaring i henhold til regelverket. På samme måte kan man ikke planlegge bevaring for avlevering av kasserbart materiale. Ved spørsmål eller uklarheter kan man henvende seg til Arkivverket for veiledning.

Planen gjelder i prinsippet for alle fagsaker som er skapt og skapes i sektoren, med de avgrensninger som er gjort i kapittel 5.1 *Omfang og avgrensninger*. Planen er knyttet opp mot arkivnøkkelens fra 2018 Regelverket for bevaring og kassasjon skal allikevel gjelde alle omtalte sakstyper, uavhengig av klassering. I dokumentet presenteres korte trekk av sektorens historie, funksjon og virksomhet og organisasjon. Deretter beskrives metoden som er brukt i forbindelse med bevarings- og kassasjonsvurdering av sektorens arkiver. Denne metoden er hentet fra Bevaringsutvalgets rapport fra 2002. Videre følger en overordnet bevarings- og kassasjonsvurdering av arkivene i sektoren. For hver klasse i arkivnøkkelens blir det gitt en vurdering av arkivmaterialet, samt de foreslåtte regler for bevarings- og kassasjon for sektorens arkivbestand.

Det er ikke satt felles kassasjonsfrister siden prosjektets institusjoner kan ha ulikt behov for hvor lenge de vil oppbevare kasserbart arkivmateriale. Den enkelte institusjon må derfor sette kassasjonsfrister før godkjente regler tas i bruk.

Reglene for bevaring og kassasjon står samlet i oversikt til slutt i dokumentet.

2 Regelverk

2.1 Bevaring og kassasjon i praksis

Bevaring vil si at arkivmateriale skal avleveres til Arkivverket. § 15 i Arkivforskriften gir påbud om bevaring av bestemte typer arkivmateriale, med visse endringer og tillegg i *Forskrift om utfyllende tekniske og arkivfaglige bestemmelser om behandling av offentlige arkiver*. Arkivmateriale som ikke har kassasjonsvedtak, skal ikke kasseres.

Statlige arkivskapere er selv ansvarlige for å utarbeide bevarings- og kassasjonsregler for egne fagsaker, jf. Arkivforskriften § 16. Reglene skal godkjennes av riksarkivaren. Kassasjon vil si at arkivmateriale som har blitt saksbehandlet eller hatt verdi som dokumentasjon, blir fjernet fra arkivet og slettet eller destruert.

Kassasjonskoder for saker som skal kasseres, bør settes i arkivdanning. Dette bør ikke gjøres i etterkant.

Materiale som vedtas kassert skal ikke avleveres til arkivverket. Den enkelte institusjon står fritt til selv å oppbevare dette arkivmaterialet så lenge de har bruk for det. For kasserbare saker som inneholder personopplysninger, kan GDPR komme til anvendelse: Personopplysninger skal slettes når formålet med bruken av personopplysninger er innfridd. GDPR kommer ikke til anvendelse for saker som skal bevares ifølge arkivloven med underliggende forskrifter.

2.2 Bevaring og kassasjon av egenforvaltningssaker

Arkivloven § 2 inneholder følgende definisjoner:

- a. dokument: ei logisk avgrensa informasjonsmengd som er lagra på eit medium for seinare lesing, lyding, framsyning eller overføring*
- b. Arkiv: dokument som vert til som lekk i ei verksemd.*
- c. Statleg arkiv: arkiv skapt av statleg organ.*
- d. Kommunalt arkiv: arkiv skapt av fylkeskommunalt eller kommunalt organ.*
- e. Offentleg arkiv: statleg eller kommunalt arkiv.*
- f. Privat arkiv: arkiv som ikkje er offentleg arkiv.*
- g. Offentleg organ: statleg, fylkeskommunal eller kommunal institusjon eller eining.*

Ihht. helseforetaksloven § 5 siste ledd regnes helseforetakene som *offentlig organ* etter arkivloven § 2 bokstav g. Som det fremgår av bestemmelsen er offentlig organ: statlig, fylkeskommunal eller kommunal institusjon eller enhet

Når det gjelder arkiv, skilles det mellom offentlig og private arkiv.

Ihht. § 2 bokstav e, er *offentlig arkiv* enten statlig eller kommunalt arkiv, jf. hhv. § 2, bokstav c (*statlig arkiv*) og d (kommunalt arkiv). Statlig arkiv er «arkiv skapt av statlig organ»; dvs. helseforetakene er *offentlige/statlige organ*, underlagt arkivlovens regler om *offentlige arkiv*, herunder omfattes av reglene for *statlige arkiv*, jf. arkivloven § 2, bokstav c.

Dette innebærer at helseforetakene «skaper statlige arkiver i henhold til arkivloven § 2 bokstav c» (jf. Riksarkivarens forskrift § 7-5), og derfor omfattes av reglene i kapittel 7, Del II. Generelle bevarings- og kassasjonsbestemmelser for egenforvaltningssaker i statlige organer. Helseforetakene skal derfor «fortsette å ta utgangspunkt i Riksarkivarens forskrift §§ 7-9 – 7-11 for sine arkiver under klasse 0-2», slik det fremgår av Riksarkivets brev av 14.03.2019.

Egenforvaltning er de sakene som gjelder sektorens egen administrasjon, økonomiforvaltning og personalforvaltning, mens fagsakene dekker de funksjoner som sektoren er opprettet for å ivareta. Kassasjon etter fellesbestemmelsene gjelder i stor grad internadministrativ dokumentasjon av midlertidig og forbigående karakter. Det vil si at informasjonen har kortvarig administrativ interesse og at den juridiske gyldigheten er tidsbegrenset. Kassasjon etter fellesreglene bør gjennomføres når materialet er ute av bruk.

2.3 Bevaringspåbud

I Arkivforskriftens § 15 defineres arkivsaker med bevaringspåbud. Dersom Riksarkivaren ikke fastsetter noen annet, skal følgende materiale alltid bevares:

- a) arkivmateriale frå 1950 eller før, etter at arkivavgrensning er utført
- b) Presedenssaker og andre saker av prinsipiell karakter også innanfor saksgrupper som kan eller skal kasserast
- c) journalar, medrekna journaldatabasar og journalregister
- d) arkivplanar

2.4 Arkivbegrensning

I tillegg til kassasjon etter fellesreglene bør det også utføres arkivbegrensning. Dette betyr at det ikke skal journalføres eller arkiveres materiale som verken blir saksbehandlet eller har verdi som dokumentasjon, jf. Arkivforskriften § 14. Hensikten med arkivbegrensning er å unngå at unødvendig materiale blir lagt i arkivet.

Arkivbegrensning skal foretas ved postbehandling eller når saken er ferdig behandlet og skal arkiveres. Dersom det ikke foretas da, skal det gjøres ved bortsetting eller senest ved avlevering til Riksarkivet. Materialet som blir arkivbegrenset kan oppbevares utenfor arkivet eller kastes.

3 Organisering av prosjektet

3.1 Bakgrunn for prosjektet

Sektoren har ingen godkjente bevarings- og kassasjonsplaner for sakarkiver. Det finnes enkelte bevarings- og kassasjonsvedtak for noen av sektorens arkiver, se kapittel 5.1.

Sektorens arkivnøkkel ble sterkt revidert i 2018. Den nye arkivnøkkel vil være gjeldende etter hvert som sektorens sakarkiv blir periodisert. I den forbindelse er det hensiktsmessig å utvikle en bevarings- og kassasjonsplan for sektorens fagsaker. Sektoren forvalter store mengder bevaringsverdig arkivmateriale som det er nødvendig å ha en samlet plan for. Arkivverket kan dessuten nekte å motta arkiver som ikke har godkjente kassasjonsregler, jf. Arkivforskriftens § 16. Kassasjonsregler skal godkjennes av Riksarkivaren.

Utarbeidelse av bevarings- og kassasjonsbestemmelser er en arbeidskrevende oppgave som krever god arkivfaglig kompetanse, erfaring fra prosjektarbeid, og institusjonskunnskap. Arkivlederne ved de fire regionale helseforetakene tok i 2016 initiativ til å revidere sektorens arkivnøkkel og utforme en bevarings- og kassasjonsplan.

Man kom også frem til at ingen av institusjonene hadde ressurser til å gå inn i et prosjekt med en prosjektleder og at en slik ressurs måtte tilføres prosjektet. Stiftelsen Asta ble etter en anbudskonkurranse valgt som tilbyder av prosjektleder.

3.2 Organisering av prosjektet

Prosjektets styringsgruppe har bestått av: Line Yvonne Tønder fra Helse Sør-Øst RHF, Linn Lode Jonassen fra Helse Vest, Monica Aasen til 31.05.2017 og Aini Camilla Storvik fra 01.06.2017, begge fra Helse Midt RHF, samt Øivind Skogstad Hansen fra Helse Nord RHF.

Rådgiver Irene Jacobsen og prosjektleder Trond Negaard fra Stiftelsen Asta har utformet planen.

Nyttige innspill har kommet fra prosjektgruppen, bestående av:

- Anette Gjerald fra Helse Vest IKT
- Mette Bustad Thoren fra Sykehuspartner HF
- Maya Thommesen fra Pasientreiser HF
- Anne Berit Lundås fra Helse Nord-Trøndelag HF
- Liv Sofie Kjønstad fra Helse Nord-Trøndelag HF
- Monica Kjelvik Kristiansen fra Akershus universitetssykehus HF
- Line Aslaksen fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Torbjørn Karlsen fra Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus
- Merete Watterud fra Sunnaas sykehus HF

4 Om sektoren

4.1 Sektorens utvikling

Ved sykehusloven av 1969 (ikraftsettelse fra 1970) fikk fylkeskommunene ansvaret for planlegging, utbygging og drift av de somatiske helseinstitusjonene, hovedsakelig sykehusene. Loven ga retningslinjer for typer sykehus, og for lokalisering, administrativt ansvar og finansiering. Loven medførte reorganisering av sykehusene, og en rekke mindre sykehus og institusjoner ble lagt ned. Spesialisthelsetjenesten var styrt av fylkeskommunene frem til staten overtok ansvaret i 2002.

4.2 Sektorens mandat og funksjon

Sykehusreformen innebar at eierskapet for alle offentlige sykehus, psykiatriske institusjoner, ambulansetjenester, rusomsorg under spesialisthelsetjenesten m.m. ble overført fra fylkeskommunen til staten fra 1. januar 2002. Reformen ble vedtatt av Stortinget ved lov om helseforetak av 15. juni 2001. Helseforetak er en samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF).

Helseforetaksloven slår fast at det er foretaksmøtet i regionalt helseforetak, statsråden, som treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretaket eller løsningen av målsettinger eller oppgaver som er fastsatt.

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

4.3 Organisering av sektoren

Regionale helseforetak (RHF)

Det er staten som gjennom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som står som eier av de regionale helseforetakene (RHF). De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen, primært gjennom den offentlige helsetjenesten som suppleres med innkjøp av tjenester fra private aktører. De skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. De regionale helseforetakene eier i felleskap en del foretak for felles organisering av drift, blant annet felles innkjøpsservice, luftambulansetjeneste, pasientreiser, nødnett, sykehusbygg og IKT.

De regionale helseforetakene har et styre utpekt av HOD. RHFene ledes av et styre og en daglig leder (administrerende direktør). De regionale helseforetakene skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger i foretaksmøtet og vilkår knyttet til Stortingets bevilgninger. Staten ivaretar eierskapet dels gjennom eierstyring og dels gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Ved iverksettelsen av ordningen i 2002 ble det etablert fem regionale helseforetak. 1. juli 2007 ble Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slått sammen til Helse Sør-Øst RHF.

De regionale helseforetakene er:

- Helse Nord RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Sør-Øst RHF

Helseforetak (HF)

De regionale helseforetakene eier helseforetakene. Et helseforetak kan bestå av flere sykehus og andre institusjoner. Helseforetakene yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning som står i naturlig sammenheng med dette.

Hvert helseforetak ledes av et styre og en daglig leder (administrerende direktør) oppnevnt av styret i det regionale helseforetaket. Helseforetakene er egne rettssubjekter med egen rettslig og økonomisk handlingsevne.

Ved opprettelse av ordningen i 2002 var det 47 helseforetak. Antallet er blitt redusert siden opprettelsen, og består pr. 1. januar 2019 av følgende helseforetak:

Helse Nord RHF:

- Helgelandssykehuset HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Sykehusapotek Nord HF
- Helse Nord IKT HF

Helse Midt-Norge RHF:

- Helse Møre og Romsdal HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs hospital HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Helse Midt-Norge IT - Hemit

Helse Vest RHF:

- Helse Bergen HF
- Helse Fonna HF
- Helse Førde HF
- Helse Stavanger HF
- Sjukehusapoteka Vest HF
- Helse Vest IKT

Helse Sør-Øst RHF:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset i Østfold HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Vestre Viken HF
- Sykehusapotekene HF
- Sykehuspartner HF

Arkivordning og innhold er ikke likt utført ved sektorens forskjellige institusjoner. Dette kan variere mellom institusjoner og mellom enheter ved den enkelte institusjon. Selv om sektoren ikke er ensartet, er dokumentproduksjonen allikevel ganske lik mellom de forskjellige institusjonene. Organisering av arkivtjenesten er også avhengig av institusjonens størrelse. På mindre institusjoner kan arkivtjenesten være helt eller delvis sentralisert.

5 Metode og avgrensninger

5.1 Omfang og avgrensning

Foreliggende bevarings- og kassasjonsplan gjelder i prinsippet for alt arkivmateriale skapt fysisk eller elektronisk ved det helseforetak eller regionale helseforetak, avgrenset til foretakenes fagsaker. Planen gjelder ikke nasjonale felleseide foretak. Dette er fordi disse foretakenes oppgaver og arkivdanning skiller fra RHF-enes og HF-enes oppgaver, og prosjektet ville ha blitt for stort hvis felleseide foretak skulle ha blitt inkludert. Felleseide foretak er heller ikke inkludert i revisjon av arkivnøkkelen. Hvert felleseide foretak trenger sannsynligvis minst én egen fagklasse. Planen gjelder ikke pasientarkivmateriale som er omfattet av helsearkivforskriftens kapittel 2. Planen gjelder uavhengig av hvordan og hvor arkivmaterialet skapes. Det er innholdet i arkivmaterialet som avgjør hvorvidt det skal bevares eller ikke. Planen gjelder videre for alt arkivmateriale som er skapt fra og med 1950. For arkivmateriale som er skapt før dette, gjelder bevaringspåbudet i arkivforskriftens § 15a).

Planen omfatter saker som er skapt i eventuelle fagsystemer, dersom sakene er vurdert i planen.

Fagsystemer som inneholder sakstyper og registre, som ikke er beskrevet i denne planen, må vurderes særskilt av det enkelte helseforetak.

Terminologien i bevarings- og kassasjonsplanen er tilpasset dagens virkelighet. Planen skal gjelde for tilsvarende saksområder over tid, uavhengig av terminologi.

Bevarings- og kassasjonsplanen gjelder ikke egenforvaltningssaker. Egenforvaltningssaker er dekket av kapittel 7, del II i *Forskrift om utfyllende tekniske og arkivfaglige bestemmelser om behandling av offentlige arkiver (Riksarkivarens forskrift)*.

Materiale med redundans

Bevarings- og kassasjonsplanen inneholder ikke spesifikk omtale av redundant materiale. Den enkelte institusjon må selv identifisere redundant materiale, og om det er formålstjenlig å kassere redundant materiale. Begrensing kan gjøres ved at det spesifiseres nærmere hvilket forvaltningsnivå det er aktuelt å bevare fra, og at det skal være knyttet vedtak til det som skal bevares. Da kan den enkelte institusjon i sin implementering definere hva dette innebærer og hvilke nivåer det er aktuelt å bevare. Redundans gjelder ikke bare ved forskjellige nivåer i organisasjonen. Redundans kan også forekomme ved likestilte nivåer i organisasjonen.

Redundans kan være aktuelt i forhold til andre arkivskaper. Før eventuell kassasjon ved egen institusjon, må man forsikre seg om at eventuelt redundant materiale er bevaringspliktig hos ekstern arkivskaper.

Materiale med vedtak

Materiale som allerede har vedtak blir ikke vurdert på nytt, vedtakene videreføres. Dette gjelder:

- Vedtak fra 14.01.2016 om *Kassasjon av det avviklede fagsystemet BUPdata for Sørlandet sykehus HF*
- Vedtak for Helse Midt-Norge RHF: 10.09.2015, vedtak om *Bevaring av det fullelektroniske arkivet etter Helsebygg Midt-Norge,*
- 10.07.2015, vedtak om *Bevaring av Rusbehandling Midt-Norges elektroniske arkiv fra perioden 2004 – 2014,*

- vedtak om *Bevaring av Ambulanse Helse Midt-Norges elektroniske arkiv fra perioden 2012-2015*, 14.07.2015
- vedtak om *Bevaring av Helse Midt-Norges elektroniske arkiv fra perioden 2001-2013*, 25.06.2015.

Ifølge riksarkivarens rundskriv av 25.06.2010 om generell bevaring og kassasjon i Noark-baserte løsninger, skal følgende journalsystemer bevares i sin helhet:

- Journalsystemer basert på Noark-standarden 1-3
- Journalsystemer basert på Noark-standarden 4 og 5 uten elektronisk arkiv (elektroniske dokumenter)
- Journalsystemer basert på Noark-standarden 4 og 5 med elektronisk arkiv, som har arkivperioder og arkivdeler som er aktive, avsluttet eller i overlappingsperiode i 2011

Med dette menes at samtlige journalsystemer (med eller uten elektroniske dokumenter) som var aktive i 2011, eller avsluttet før 2011 skal bevares.

5.2 Kartlegging

I forbindelse med utarbeidelse av ny arkivnøkkel ble sektorens funksjoner og oppgaver kartlagt. Denne kartleggingen er lagt til grunn for utarbeidelse av nye bevarings- og kassasjonsbestemmelser. Samtidig har prosjektet samlet inn opplysninger om arkivmassen ved enkelte helseforetak.

Fra sektorens forskjellige sykehus er det foretatt avleveringer til arkivverket, fylkeskommunale og kommunale arkivdepotinstitusjoner. Avleveringene og arkivbeskrivelsene er varierende. Tidligere var de fleste offentlige sykehusene fylkeskommunale, og var omfattet av bevarings- og kassasjonsregler for fylkeskommunale arkiver. Det gamle regelverket var rettet mot fylkeskommunal administrasjon og lite egnet for sykehus. I tråd med det økende fokuset på rettigheter og plikter for både innbyggere og forvaltning, skal avleveringer med arkiv fra før opprettelsen av helseforetak følge denne planens regelverk.

5.3 Metode for vurdering av arkivmaterialet

Riksarkivaren oppnevnte i år 2000 et utvalg som skulle vurdere hovedprinsipper og tilnæringsmåter for bevaringsarbeid av offentlige arkiv. Utvalget avsluttet sitt arbeid i 2002 og la fram *Rapport fra Bevaringsutvalget* (Riksarkivaren, Oslo 2002). Rapporten foreslår prinsipper, kriterier og

arbeidsmetode for bevaring og kassasjon av arkivmateriale. Denne planens metode, vurderinger og prinsipper er basert på *Rapport fra Bevaringsutvalget*.

Bevaringsrapporten påpeker at kassasjon av offentlig arkivmateriale som en hovedregel skal gjøres ut fra samfunnsøkonomiske hensyn. Kostnadene ved kassasjon skal ikke overskride utgiftene til en uavkortet bevaring av materialet. Med hensyn til kostnadsaspektet bør man ta utgangspunkt i en bevarings- og kassasjonsvurdering på makronivå. Man vurderer arkivskapere, arkiver eller arkivserier med tanke på bevaring og kassasjon, fremfor enkeltdokumenter og sakstyper av mindre omfang. En makrovurdering innebærer en overordnet beskrivelse av arkivskapers virksomhet og funksjoner. Målet er å komme fram til hvilke funksjoner det er viktig å dokumentere og hvor disse blir dokumentert. Det er likevel nødvendig å gå inn i arkivmaterialet for å kunne vurdere bevaring og kassasjon. Dette behovet kommer tydelig fram i forhold til vurdering av arkivets informasjonsverdi.

Bevaringsrapporten tar utgangspunkt i fire bevaringsformål som arkivmaterialet skal vurderes mot. Formålene springer ut fra *Lov av 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv (Arkivloven)* sin formålsparagraf og er tilknyttet ulike kriterier.

- **Formål 1 (F1): Dokumentasjonsverdi.**

Man skal dokumentere offentlige organers funksjon i samfunnet, utøvelse av myndighet og rolle i forhold til det øvrige samfunn og samfunnsutviklingen.

Tilhørende kriterier: Administrativt nivå, saksbehandlingstype, saksbehandlingsledd, ekstraordinære/ordinære aktiviteter, pionervirksomhet, primær-/internfunksjon i virksomheten.

- **Formål 2 (F2): Informasjonsverdi.**

Man skal bevare materiale som gir informasjon om forhold i samfunnet på et gitt tidspunkt og som belyser samfunnsutviklingen. Her vil det også være snakk om informasjon som går utover virksomhetens funksjon og virke.

Tilhørende kriterier: Tidsspenn/kontinuitet, omfang, informasjonstetthet og tematisk variasjon, lenkbarhet med annet materiale, kvalitative egenskaper og alder.

- **Formål 3 (F3): Rettigheter og plikter I**

Man skal dokumentere personers og virksomheters rettigheter og plikter i forhold til det offentlige og hverandre.

Tilhørende kriterier: Saksbehandlingens konsekvenser og hjemmelsgrunnlag.

- **Formål 4 (F4): Rettigheter og plikter II**

Man skal dokumentere arkivskapende virksomheters rettigheter og plikter i forhold til andre instanser.

Tilhørende kriterier: Organets administrative og driftsmessige behov.

Formålene skal vurderes trinnvis fra F1–F4. Faller materiale inn under kriteriene for bevaring i F1 og F2 skal det bevares for ettertiden, enten i sin helhet eller i form av prøver. Hvis materiale bevares etter F3 eller F4 er det ofte snakk om en tidsbegrenset oppbevaring. Materiale kan kasseres når det ikke lenger er gyldig som juridisk dokumentasjon eller det har tapt sin verdi for arkivskaper. I noen tilfeller kan dette være et behov som kan bestå over lang tid, noe som kan tilsa langvarig bevaring.

Bevaringsrapporten nevner enkelte tilleggskriterier som skal vurderes uavhengig av de ulike bevaringsformålene. Det mest relevante er kriteriet knyttet til redundans/unikhet. Hvis dokumentasjonen finnes flere steder, skal man bestrebe seg på å bevare den kun på ett sted. I tillegg må materialets kontekstinformasjon tas i betraktning når man vurderer redundans.

6 Vurdering av sektorens fagklasser

6.1 Klasse 3 Yte spesialisthelsetjenester

Ordning	<p>Et av hovedformålene til helseforetakene er å yte spesialisthelsetjenester.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager.</p> <p>Helseforetakene er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med kommuner for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud fra helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsloven, kap. 6). Helseforetakene forvalter en rekke avtaler med andre foretak, private og primærhelsetjenesten.</p>
Innhold	<p>Helseforetakene håndterer forespørsler, klager, bruk av personopplysninger i pasientsaker, besvarer høringer innen fagområdene, deltar i råd og utvalg innen somatikk/psykiatri (brukerutvalg, klinisk etikkomité), følger opp avtaler med kommuner, andre foretak, private og primærhelsetjenesten, utfører laboratorieundersøkelser, følger opp smittevernhåndtering og antibiotikastyring (smittevernforskriften), følger opp databehandlere og leverandører av andre tjenester og utstyr m.m.</p>
Vurdering	<p>Helseforetakenes oppgaver innen å yte spesialisthelsetjenester er styrt av Lov om spesialisthelsetjenesten. Arkivmaterialet dokumenterer helseforetakenes utøvelse av lovpålagte oppgaver, og inneholder informasjon om hvordan ordningen har utviklet seg underveis og hvilke fagområder som blir prioritert til en gitt tid, og om det er variasjoner mellom regionene.</p>
Konklusjon	<p>Fagklassen bevares i sin helhet.</p>

6.2 Klasse 4 Oppfølging av pasienter og pårørende

Ordning Som pasient og pårørende har man mange rettigheter som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999. Loven innebærer blant annet rett til informasjon, medvirkning og innsyn i egen journal, og regler om klagerett og pasient- og brukerombud. Loven innførte i tillegg rett til fritt sykehusvalg uavhengig av bosted.

Innhold Helseforetakene besvarer generelle spørsmål fra pasienter, pårørende, media, offentlige instanser og eksterne aktører vedrørende helsehjelp og behandling av personopplysninger. Helseforetakene besvarer i tillegg diverse høringer på ulike forvaltningsnivåer.

Som pasient har man rett til å klage dersom man mener at rettigheter man har som pasient ikke er oppfylt eller man ikke har mottatt de helse- eller omsorgstjenestene man har krav på. Også pårørende kan ha klagerett. Helseforetakene behandler både medisinske og ikke-medisinske klager. Klager fremmes gjennom pasienter og pårørende, mens erstatningssaker fremmes gjennom NPE, Fylkesmannen og pasient- og brukerombud. Klagebehandlingen starter med en henvendelse fra klager, innhenting av opplysninger, uttalelser fra helsepersonell, vedtak (avslag/medhold).

Helseforetakene har plikt til å melde uønskede hendelser som har ført til eller kunne ha ført til skade på pasient til Helsedirektoratet (3-3-meldinger etter §3-3 i meldeplikt i Lov om spesialisthelsetjenesten). Ved alvorlige hendelser blir også Statens helsetilsyn varslet. Helseforetakene håndterer i tillegg avviksmeldinger til/fra kommunene, fastlege/primærhelsetjenesten samt håndterer bekymringsmeldinger til barnevernet.

Helseforetakene fører tilsyn med klinikk/avdeling og tilsyn vedrørende pasienter.

Pasienter har rett til innsyn i egen pasientjournal. Helseforetakene administrerer innsyn i pasientjournal fra pasient, pårørende, forsikringsselskap, advokat og politi. Pasienten har rett til å se hva som står i pasientjournalen og å få utlevert kopi av alle dokumentene i journalen. Sakene starter med henvendelse, utsendelse av forespurt informasjon, krav om fullmakt, svar på anmodning. Pasienten har også rett til å få utlevert loggen over hvem som har lest deres journal.

Helseforetakene følger opp en rekke oppgaver innen brukermedvirkning. Pasienter og brukere har rett til å medvirke, og helsepersonell har plikt til å involvere pasient

og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud. Pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes. Ved fristbrudd for å motta helsehjelp har pasienten rett til å få et annet behandlingstilbud. Helseforetakene gir opplæring av pasienter og pårørende til de som lever med langvarige kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse.

Vurdering Arkivmaterialet dokumenterer helseforetakenes lovpålagte oppgaver innen oppfølging av pasienter og pårørende. Det finnes likevel en del saker som helseforetakene forvalter av mer kortvarig interesse. Pasienter har krav på dekning av nødvendige utgifter til reise til og fra behandling. Slike saker vurderes til å ha kortvarig interesse. I tillegg saker innen administrasjon av velferdssentre for pasienter og pårørende, tilrettelegging for underholdning og arrangementer, oppfølging av ledsagere, fastsettelse av rutiner for visittid og oppbevaring av verdisaker, samt administrasjon av reise og transport. Disse sakstypene har ingen langvarig juridisk interesse, og har ingen verdi som dokumentasjon for ettertiden. Eventuelle klager på disse ordningene skal opprettes som egen klagesak, og bevares.

Konklusjon Følgende arkivkoder kasseres:

Hovedgruppe 45 Brukermedvirkning og pasientrettigheter

- Kode 455 Administrasjon av pasientreiser

Hovedgruppe 46 Administrasjon av pasientservice/velferd:

- Kode 463 Velferdssentre for pasienter og pårørende
- Kode 464 Tilrettelegging for underholdning og arrangementer
- Kode 465 Pasientvenner

Hovedgruppe 47 Oppfølging av pårørende, ledsagere

- Kode 472 Oppfølging av ledsagere
- Kode 473 Fastsettelse av rutiner for visittid
- Kode 474 Administrasjon av reise, transport

Hovedgruppe 49 Annet om pasienter og pårørende:

- Kode 492 Rutiner for oppbevaring av verdisaker

Resterende arkivkoder bevares.

6.3 Klasse 5 Legge til rette for forskning, utdanning og innovasjon

Ordning	<p>Å legge til rette for forskning og undervisning er lovpålagte oppgaver, hjemlet i § 1 i helseforetaksloven. De regionale helseforetakene er pålagt å sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen, jf, spesialisthelsetjenesteloven § 3-5. Sektoren har en stor og variert forskningsvirksomhet innen medisin og helsefag. Forskningen skjer i utstrakt samarbeid med universiteter og andre nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Forskningen spenner fra grunnforskning til pasientnær anvendt forskning.</p>
Innhold	<p>Utdanning og undervisning i sektoren omfatter både grunn-, videre og etterutdanning for en rekke profesjoner, f.eks. etterutdanning for sykepleier og leger i spesialisering, samt praksisplasser. Dette skaper en del dokumentasjon i forbindelse med inntak og oppfølging av utdanningsløp. Innovasjon må ses i sammenheng med forskning og dokumenterer utvikling av nye metoder og utstyr.</p>
Vurdering	<p>Aktivitetene under klasse 5 har høy dokumentasjonsverdi for sektorens samfunnsoppdrag.</p> <p>Foruten å dokumentere forskningsaktivitet i sektoren, viser forskningen sektorens betydning nasjonalt og internasjonalt. Forskning i sektoren er en viktig premissleverandør i både helsevitenskapelig og helsepolitisk debatt. Forskningen bidrar videre til innovasjon i behandling av pasienter.</p> <p>I arkivsammenheng vil saksbehandling vedrørende forskning, ha ganske lik struktur. Det dannes utredende saksbehandling i forbindelse med utvikling av satsning og strategier for forskning.</p> <p>En del av materialet som hører til klasse 5 foreligger også bare på papir eller lagret på tilgangsstyrte områder på forskningsservere. Dette er stort sett svarskjemaer fra respondenter eller resultater av undersøkelser av deltakere i medisinsk forskning. Slikt materiale er underlagt konsesjonsplikt og kan bare oppbevares så lenge som det</p>

er gitt konsesjon for. Etterpå skal materialet makuleres/slettes. Derfor er det viktig at slike skjemaer, undersøkelser m.m. rutinemessig blir holdt utenfor saksarkivet ved arkivavgrensning.

Resultatet av sektorens forskning og undervisning må sies å være av stor konsekvens for hele samfunnet. Sektoren anvender og utvikler kunnskap om helse og behandling, samt at den bidrar til utdanning av sykepleiere og leger.

Undervisning og forskning som utføres i sektoren gir informasjon om hvilke fagområder som har vært vektlagt på ulike tidspunkt. Fagklassens saker dokumenterer hva man har ansett som viktig i norsk helseforskning og pasientbehandling. Forskningsmaterialet vil også vise hvordan forskningstrender varierer, hvilke vitenskapelige metoder og standarder som blir fulgt. Dette er uvurderlig informasjon i et vitenskapshistorisk perspektiv. Forskningsmaterialet vil dessuten være av verdi med tanke på fremtidig forskning.

Konklusjon Forskning er i stor grad utredende og unik virksomhet, og forskningsdokumentasjon bør følgelig bevares for ettertiden.

Dokumentasjon av utdanningsløp kan ha juridisk konsekvens så lenge personen er yrkesaktiv. Utdanning og undervisning av helsepersonell viser helseforetakenes betydning for kompetanseheving hos landets helsepersonell.

I klasse 5 er det ikke avdekket sakstyper av en størrelse som tilsier at de bør vurderes for kassasjon. Klassens sakstyper er bevaringsverdige etter både F1 og F2. Klasse 5 bevares i sin helhet.

Materiale med konsesjonsplikt kasseres etter at frist for konsesjonsplikt er utløpt.

6.4 Klasse 6 Oppfølging av helseforetak, private, ideelle og avtalespesialister

Ordning Klassen dokumenterer de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver, hjemlet i helseforetakslovens § 2a: Planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Eierstyring av helseforetak, samt rollen som sørger for spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Innhold RHFenes eierstyring og strategiske valg for utvikling av regionens spesialisthelsetjenestetilbud dokumenteres av oppdragsdokumenter til

fagdepartement, deltagelse i og oppfølging av styremøter i underliggende helseforetak, utvikling av eiendomsmasse, innkjøpsstrategier, forvaltning av avtalespesialister, samt tildeling av midler til forskning, kvalitetsforbedring, regional og nasjonal samhandling.

RHFene har en omfattende anskaffelsesvirksomhet, og er av stor samfunnsbetydning. Anskaffelse av helsetjenester har stor betydning for ideelle institusjoners situasjon og for helsetilbudet til befolkningen.

- Vurdering** Saksbehandlingen er på et høyt administrativt nivå, og er i stor grad utredende. Klassens sakstyper vil i ettertid ha stor verdi som dokumentasjon på hvordan sektoren har anvendt offentlige midler, og hvordan sektoren har sørget for et likeverdig helsetilbud til hele befolkningen.
- Konklusjon** Klassen er bevaringsverdig etter F1. Det er ikke avdekket sakstyper som er ekspederende eller har midlertidig interesse.

6.5 Klasse 7 Forvaltning av e-helse og teknologi

- Ordning** E-helse blir definert som bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig.
- Innhold** Klassen dokumenterer helseforetakenes digitale fornying, som digitalisering av arbeidsprosesser på sykehusene, samt utvikling og vedlikehold av pasientjournaler og kjernejournaler. Videre dokumenterer klassen utvikling av strategier og prosjekter for å oppnå fornying og gevinstrealisering innenfor e-helse.
- Vurdering** I tråd med digitalisering av offentlig sektor generelt, er store deler av saksbehandlingen utredende og nyskapende virksomhet. Klassen dokumenterer hvilke valg man har tatt innenfor fagområdet og hvordan e-helse og teknologi er innført.
- Konklusjon** Klassens sakstyper bevaringsverdige etter F1. Det er ikke identifisert sakstyper av midlertidig interesse.

6.6 Klasse 8 Forvaltning av beredskap og sikkerhet

Ordning	Ansvaret for beredskap, med plikt til å utarbeide beredskapsplan og yte bistand ved ulykker, er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens §§ 2-1 a – 2-1 d.
Innhold	Klassen dokumenterer helseforetakenes planverk i nasjonal, regional og lokal beredskap, for eksempel akuttkirurgisk beredskap og smittevernberedskap. I tillegg dokumenteres reelle hendelser og sektorens beredskapsplaner ved ulykker og akutte situasjoner.
Vurdering	Ved alvorlige hendelser vil helseforetakenes planer og oppfyllelse av disse være av stor interesse. Helseforetakenes beredskap må også sees i sammenheng med kommunenes og andre regionale helseforetaks beredskapsplaner.
Konklusjon	Det er ikke avdekket sakstyper av ekspederende eller midlertidig interesse. Klassen er bevaringsverdig etter F1.

6.7 Klasse 9 Utvikling, produksjon og drift av IT-tjenester

Ordning	Hver helseregion har organisert ansvaret for sentral drift og forvaltning av felles IKT-systemer i egne enheter. Klassen dokumenterer hvordan IKT-løsninger er brukt for løpende drift, forvaltning, innovasjon og utvikling.
Innhold	Klassen dokumenterer utvikling av ikt-løsninger i helseforetak. Den økende bruken av slike løsninger både klinisk og administrativt, har økt betydelig de siste årene, IKT i pasientbehandling er i tillegg et satsningsområde med stort offentlig fokus.
Vurdering	Bevares for å vise nybrottsarbeide i sektoren, og for å vise hvordan ressursene brukes til å gjennomføre oppdrag. Utviklingsarbeid på fagområdet har verdi for ettertiden. Avtaler med innleide konsulenter dokumenterer ikke virksomheten, og har ingen interesse for fremtidig forskning. Bruk av innleide konsulenter vil dokumenteres i årsregnskap.
Konklusjon	Arkivkode 906 Innleide konsulenter kasseres 10 år etter avtalens utløp. Resterende arkivkoder bevares.

7 Bestemmelser for bevaring og kassasjon av sektorens fagsaker

Følgende arkivkoder kasseres

- Kode 455 Administrasjon av pasientreiser
- Kode 463 Velferdssentre for pasienter og pårørende
- Kode 464 Tilrettelegging for underholdning og arrangementer
- Kode 465 Pasientvenner
- Kode 472 Oppfølging av ledsagere
- Kode 473 Fastsettelse av rutiner for visittid
- Kode 474 Administrasjon av reise, transport
- Kode 492 Rutiner for oppbevaring av verdisaker
- Kode 906 Innleide konsulenter