

FINLANDS FÖRFATTNINGSSAMLING

2009

Utgiven i Helsingfors den 7 maj 2009

Nr 297—298

INNEHÅLL

Nr		Sidan
297	Statsrådets förordning om ändring av 4 och 11 § i statsrådets förordning om Museiverket	3201
298	Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar	3202

Nr 297

Statsrådets förordning

om ändring av 4 och 11 § i statsrådets förordning om Museiverket

Given i Helsingfors den 29 april 2009

I enlighet med statsrådets beslut, fattat på föredragning från undervisningsministeriet, *ändras* i statsrådets förordning av den 19 maj 2004 om Museiverket (407/2004) 4 och 11 §, som följer:

4 §

Vid Museiverket finns en generaldirektör, överdirektör, förvaltningsdirektör, avdelningsföreståndare och andra tjänstemän samt personal i arbetsavtalsförhållande.

11 §

Generaldirektören utnämns av statsrådet utan att tjänsten förklaras ledig. Tjänsten som generaldirektör tillsätts tills vidare eller för en bestämd tid som är högst fem år.

Överdirektören utnämns av undervisningsministeriet. Förvaltningsdirektören och avdelningsföreståndarna utnämns av generaldirektören.

Överdirektören utnämner tjänstemännen och anställer personal i arbetsavtalsförhållande vid Finlands nationalmuseum.

Den övriga personalen utnämns eller anställs av generaldirektören, om inte något annat bestäms i arbetsordningen.

Ställföreträdare för generaldirektören utnämns av undervisningsministeriet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2010.

Åtgärder som verkställigheten av förordningen förutsätter får vidtas innan förordningen träder i kraft.

Helsingfors den 29 april 2009

Kultur- och idrottsminister *Stefan Wallin*

Regeringsråd Tuula Lybeck

Nr 298

**Social- och hälsovårdsministeriets förordning
om journalhandlingar**

Given i Helsingfors den 30 mars 2009

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut föreskrivs med stöd av 12 § 2 mom. i lagen av den 17 augusti 1992 om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen av den 9 februari 2007 om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) sådant det förstrnämnda lyder i lag 653/2000:

Allmänna bestämmelser

1 §

Tillämpningsområde

Denna förordning tillämpas på upprättandet av de handlingar som används för att ordna och genomföra en patients vård samt på förvaringen av dessa handlingar och annat material som hänför sig till vård och behandling. Förordningen tillämpas på de verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård som avses i 2 § 4 punkten i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) när de ger hälso- och sjukvård enligt 2 § 2 punkten i nämnda lag. Förordningen tillämpas även på sådana yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) när de ger ovan avsedd hälso- och sjukvård, oberoende av hos vem de är anställda eller av om de är självständiga yrkesutövare.

2 §

Journalhandlingar

Journalhandlingarna innefattar patientjournalen och till den hörande patientuppgifter och handlingar, samt uppgifter eller handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, liksom även andra uppgifter och

handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån.

En teknisk upptagning i elektronisk form som består av sådana anteckningar i anslutning till en i 3 § 5 punkten i lagen avsedd servicehändelse som har samma tekniska lagringsform och samma förvaringstid ska lagras i den riksomfattande arkiveringstjänst som avses i 14 § 1 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). En journalhandling som ska lagras kan innehålla anteckningar som de olika personer som deltar i vården av patienten eller i anslutande uppgifter har gjort.

De elektroniska journalhandlingarna som ska lagras i arkiveringstjänsten ska tillsammans bilda en enhetlig samling handlingar med hjälp av specificerade beteckningar för servicehändelserna och servicehelheterna. När handlingar utplånas ur en servicehändelse eller servicehelhet ska en anteckning om detta finnas kvar i arkivet.

Allmänna principer och krav

3 §

Integritet och användbarhet hos uppgifter

Journalhandlingarna ska upprättas och förvaras med medel och metoder som säkerstäl-

ler att integriteten och användbarheten hos de uppgifter som finns i handlingarna kan tryggas under förvaringstiden.

På myndigheters patienthandlingar tillämpas dock 18 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999).

4 §

Rätt att använda uppgifter i journalhandlingarna

De som deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter får hantera journalhandlingar endast i den omfattning som deras arbetsuppgifter och ansvar förutsätter. Rätten för dem som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård att använda uppgifterna i journalhandlingar ska anges detaljerat.

Ett elektroniskt patientdatasystem ska inbegripa ett system för kontroll av användarrättigheterna. Med hjälp av kontrollsyste-
met kan varje användare tilldelas sådana användarrättigheter till journalhandlingarna och de olika funktionerna i patientdatasystemet som motsvarar användarens arbetsuppgifter. Den som använder elektroniska patientdatasystem ska specificeras och identifieras så att användaren verifieras på ett entydigt sätt.

Dagliga anteckningar och sammanfattande anteckningar inom psykiatri och medicinsk genetik i den elektroniska patientjournalen ska skyddas genom en sådan separat begäran om bekräftelse som avses i 6 § 2 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården när det inte är fråga om servicehändelser eller serviceenheter i anslutning till dessa specialområden. Kravet på skydd gäller dock inte de medicineringsuppgifter och den kritiska riskinformation som eventuellt finns i uppgifterna.

5 §

Anskaffning av service från någon annan

När en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke anskaffar service från någon annan, ska verksamhetsenheten eller yrkes-

utövaren i ett skriftligt avtal med tjänsteleverantören komma överens om de åligganden och det ansvar som hänger samman med registerföringen av uppgifterna i journalhandlingarna och behandlingen av uppgifterna samt försäkra sig om att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt iakttas i fråga om uppgifterna i journalhandlingarna.

Av journalhandlingar som kommit till vid sådan verksamhet som avses i 1 mom. ska det framgå vilket sättet för anskaffning av servicen är, samt vem som beställer, utför och lämnar servicen.

Upprättande av journalhandlingar

6 §

Rätt att göra anteckningar i journalhandlingar

Anteckningar i journalhandlingarna får göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av patienten samt i enlighet med deras anvisningar också andra personer i den del som de deltar i vården av patienten. Studerande inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av en patient får göra anteckningar när de är verk-
samma i legitimerade yrkesutbildade personers uppgifter i enlighet med 2 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Anteckningar som i övrigt gjorts av en studerande inom hälso- och sjukvården ska godkännas av dennes förman eller handledare eller av en person som befullmäktigats av någondera.

Sådana andra än yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i en sjuktransport har rätt att göra anteckningar i journalhandlingarna med iakttagande av de anvisningar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ger.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som dikterat anteckningar i journalhandlingar ansvarar för anteckningarna.

Anteckningar i journalhandlingar kan dessutom bestå av utskrifter som har skrivits ut av produkter för hälso- och sjukvård och som är behövliga i vården av en patient.

7 §

Principer och krav beträffande anteckningar i journalhandlingar

I journalhandlingarna ska det antecknas tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för tryggnad av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga. När anteckningarna görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas. Av anteckningarna i journalhandlingarna ska framgå källan till uppgifterna, om uppgifterna inte baserar sig på observationer som en yrkesutbildad person själv har gjort vid en undersökning eller det i journalhandlingarna antecknas andra uppgifter än sådana som gäller patienten själv.

Om det på grund av en kartläggning av patientens livssituation eller en annan motsvarande orsak är nödvändigt att med tanke på vården föra in detaljerade känsliga uppgifter som en annan person berättat om sig själv eller sin livssituation, ska dessa uppgifter antecknas i en separat handling i anslutning till patientens servicehändelse, om det inte med beaktande av patientanteckningarna i sin helhet är motiverat att föra in dessa uppgifter på annat sätt.

De utlåtanden och intyg som utarbetas för att företes för någon annan organisation eller instans ska undertecknas av den som upprättat handlingen. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke ska underteckna alla andra journalhandlingar som ska lagras i arkiveringstjänsten med ovan avsedda elektroniska signatur av en fysisk person eller med en elektronisk signatur av en organisation som han eller hon befullmäktigat. Andra journalhandlingar som ska lagras elektroniskt i den riksomfattande arkiveringstjänst som avses i 14 § 1 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården ska undertecknas med en elektronisk signatur av verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller av en organisation som den befullmäktigat.

I fråga om strukturen och anteckningarna i de elektroniska journalhandlingarna som ska

lagras i arkiveringstjänsten ska man använda strukturen och anteckningarna hos de förpliktande kodsystém som Institutet för hälsa och välfärd godkänt och som omfattas av den riksomfattande kodtjänst som avses i 14 § 2 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården samt de datatekniska anvisningar som Folkpensionsanstalten fastställt.

8 §

Tidsfrister för anteckningar i journalhandlingar och för inlämnande av vissa handlingar

Anteckningar i journalhandlingarna ska göras utan dröjsmål. Anteckning ska göras senast inom fem dygn efter att patienten avlägsnar sig från mottagningen eller efter att servicehändelsen i övrigt avslutas.

Remisser ska utan dröjsmål upprättas och sändas till platser för fortsatt vård. En remiss ska även i icke-brådskande fall sändas till platsen för fortsatt vård inom fem dygn efter att man konstaterat behovet att upprätta den.

Sammanfattningen av den vård som getts, inklusive anvisningar om fortsatt vård, ska i enlighet med patientens samtycke och utan dröjsmål sändas till patienten samt till platsen för fortsatt vård eller till en annan plats, om vilken det avtalats med patienten. Sammanfattningen ska även i icke-brådskande fall sändas inom fem dygn efter att vården avslutats.

Den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke som anslutit sig till den riksomfattande arkiveringstjänst som avses i 14 § 1 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården ska utgående från anteckningarna upprätta elektroniska journalhandlingar och lagra dem i arkiveringstjänsten inom den tid som anteckningarna i handlingarna ska göras. En elektronisk diktering ska överföras i läsbar form innan den lagras i arkiveringstjänsten.

Avvikelse från de tidsfrister som föreskrivs i denna paragraf kan göras endast av särskilda skäl.

9 §

Patientjournal

Verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård och de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke ska föra en patientjournal över varje patient i fortlöpande och kronologisk form.

Patientjournalen eller delar av den får inte skrivas på nytt, och ursprungliga sidor får inte ersättas med fotokopior eller ersättas på något motsvarande sätt.

Uppgifter i journalhandlingarna

10 §

Basuppgifter som antecknas i journalhandlingarna

Patientjournalen ska innehålla följande basuppgifter:

1) patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktinformation,

2) namnet på verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller på den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke,

3) namnet på den som gjort anteckningen samt dennes ställning och tidpunkten för när anteckningen gjordes,

4) i fråga om uppgifter som inkommit när och varifrån de kommit,

5) i fråga om en minderårig patient vårdnadshavarnas eller en annan laglig företrädares namn och kontaktinformation samt namnet på den lagliga företrädare som utsetts för en myndig patient och denna företrädares kontaktinformation.

Av journalhandlingarna ska vid behov även följande uppgifter framgå:

1) namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation,

2) patientens modersmål eller kontaktspråk,

3) patientens yrke,

4) det försäkringsbolag som patientens arbetsgivare anlitar om det kan vara fråga om arbetsolycksfall eller yrkessjukdom,

5) det försäkringsbolag som anlitas om det är möjligt att vården betalas av försäkringsbolaget,

6) patientens samtycke till att uppgifter lämnas ut.

Om den som gjort den tekniska registreringen av en anteckning som avses i 1 mom. 3 punkten är en annan person än den som svarar för anteckningens innehåll ska det av patientjournalen också framgå uppgifter om den som gjort den tekniska registreringen av anteckningen. Dessa uppgifter antecknas i den elektroniska patientjournalen direkt från patientdatasystemets användaruppgifter och tidpunkten för när anteckningen registrerades automatiskt från patientdatasystemet.

11 §

Centrala uppgifter om vården som antecknas i patientjournalen

I patientjournalen ska det göras anteckningar om patientens samtliga servicehändelser. Av uppgifterna om servicehändelserna ska i nödvändig omfattning framgå orsaken, förhandsuppgifter (anamnes), status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt ett slututlåtande.

12 §

Anteckningar om sjukdomsförloppet och genomförandet av vården

Av anteckningarna i journalhandlingarna ska i tillräcklig omfattning framgå grunderna för diagnosen, för den vård som valts och för de vårdavgöranden som fattats. Beträffande valet mellan undersöknings- och vårdmetoder som är förbundna med olika verkningar och risker ska anteckningar göras, och av dessa ska framgå på vilka grunder man beslutat sig för den valda metoden. Grunden för varje åtgärd ska anges klart i journalhandlingarna.

Av anteckningarna i journalhandlingarna ska framgå hur vården har genomförts, om

någoting särskilt uppdagats under vården och vilka avgöranden som fattats om vården medan den pågått. Vid behov ska det vara möjligt att få reda på vilka personer som deltagit i vården.

Om patienten genomgått en operation eller någon annan åtgärd vidtagits, ska över operationen eller åtgärden avfattas en berättelse som innehåller en tillräckligt detaljerad beskrivning av hur åtgärden utförts och de observationer som gjorts under åtgärden. Berättelsen ska innehålla motiveringar till de avgöranden som träffats under åtgärden.

Uppgifter om proteser, implantat, tandfyllningsmaterial och andra material som permanent opererats in i patienten, ska antecknas i journalhandlingarna med en sådan noggrannhet att de kan identifieras senare.

Alla recept, läkarutlåtanden, sjukintyg, invaliditetsintyg och andra intyg samt rehabiliteringsplaner ska antecknas i patientjournalen enligt den tidpunkt då de utfärdats. I det elektroniska patientdatasystemet kan ovan nämnda anteckningar göras så att foga dem till servicehändelsen i fråga.

Om självbestämmanderätten för en patient begränsas med stöd av mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) eller någon annan lag, ska det göras en särskild anteckning om detta i journalhandlingarna, och av denna anteckning ska framgå orsaken till åtgärden, dess art och längd, en bedömning av hur åtgärden inverkar på vården av patienten samt namnet på den läkare som ordinerat åtgärden och de personer som vidtagit åtgärden.

13 §

Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta skador

Hos patienten känd läkemedelsallergi, materialallergi och överkänslighet samt andra liknande omständigheter som ska beaktas i vården ska antecknas i patientjournalen.

Uppgifter om sådana hälsorisker som en arbetstagare på grund av arbetet är utsatt för ska antecknas i eller fogas till företagshälsovårdens journalhandlingar gällande arbetstagen.

I patientjournalen ska det antecknas uppgifter om konstaterade skadliga verkningar av undersöknings- och vårdåtgärder samt om vård som inte haft någon effekt.

Misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador ska antecknas detaljerat i patientjournalen så att det av anteckningarna framgår en beskrivning av skadan, en redogörelse för de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltagit i vården samt i fråga om apparat- och läkemedelsskador en beskrivning av vad som misstänks ha orsakat skadan. Identifikationsuppgifter för läkemedel och apparater ska antecknas specificerat. Anteckningarna ska göras omedelbart efter att misstanken om skada har uppstått.

14 §

Anteckningar som gäller vård på avdelning

I patientjournalen för en patient som vårdas på avdelning ska det tillräckligt ofta göras anteckningar i kronologisk ordning om förändringar i patientens tillstånd, de undersökningar som gjorts och den vård som getts patienten. I anslutning till patientjournalen antecknas dessutom för varje vårdperiod dagligen observationer, vårdåtgärder och motsvarande omständigheter som gäller patientens tillstånd.

I journalhandlingarna för en långtidssjuk patient i sjukhusvård ska läkaren med minst tre månaders mellanrum från det att vårdperioden inletts göra ett uppföljningssammanhang oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd.

15 §

Anteckningar om konsultationer och vårdförhandlingar

Den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som bär ansvar för vården ska göra anteckningar i patientjournalen om sådana telefonförhandlingar som är av betydelse för patientens diagnos eller vård samt om andra liknande konsultationer och vårdförhandlingar. Av anteckningarna ska framgå tidpunkten för konsultationen eller förhandling, de personer som deltagit i behand-

lingen av ärendet samt de avgöranden som fattats och hur de verkställts.

Om en konsultation sker så att patienten kan identifieras, ska i de situationer som avses i 1 mom. även den som konsulterats göra anteckningar om sitt konsultations svar i journalhandlingarna eller på annat sätt ha kvar uppgifter om svaret.

16 §

Anteckningar om akutvård och sjuktransport

I journalhandlingarna ska det göras behövliga anteckningar om akutvård som getts patienten samt om vård och observation i samband med sjuktransport. Om en läkare deltar i akutvården eller sjuktransporten personligen eller genom konsultation, ska detta framgå av journalhandlingarna.

17 §

Slututlåtande

Över varje vårdperiod på en avdelning eller institution ska avges ett slututlåtande. På motsvarande sätt ska ett slututlåtande upprättas för en sådan poliklinisk vårdperiod vid vars utgång vården upphör eller vårdansvaret överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke, om det inte finns särskilda skäl att avvika från detta.

Slututlåtandet ska utöver sammanfattningar av den vård som getts innehålla klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen av patienten och för den fortsatta vården. I slututlåtandet ska dessutom beskrivas eventuella avvikelser i patientens återhämtning efter en åtgärd och patientens tillstånd när servicehändelsen avslutas.

18 §

Anteckningar om informationen till patienten och ställningstaganden i fråga om vården

Om patienten i en situation som avses i 4 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och

rättigheter blir tvungen att vänta på vård, ska det i journalhandlingarna göras anteckningar om orsaken till dröjsmålet, om den tidpunkt som patienten meddelats att han eller hon får vård och om att de nämnda uppgifterna har meddelats patienten. I journalhandlingarna antecknas också om patienten har hänvisats till en annan vårdplats. Om den tidpunkt för vård som meddelats patienten ändras, ska det i journalhandlingarna föras in uppgifter om den nya tidpunkten och orsaken till ändringen samt uppgifter om att patienten har underrättats om ändringen.

I journalhandlingarna ska det göras anteckningar om upplysningar som enligt 5 § i lagen om patientens ställning och rättigheter getts patienten om omständigheter som hänför sig till vården. Om upplysningar inte har getts, ska orsaken till detta antecknas i journalhandlingarna.

Om patienten vägrar genomgå undersökning eller ta emot vård, ska en anteckning om vägran göras i journalhandlingarna och bekräftas på ett tillförlitligt sätt.

Om patienten med tanke på framtiden önskar uttrycka sin bestämda vilja i fråga om vården, ska en tydlig anteckning om detta göras i journalhandlingarna och bekräftas av patienten eller en separat handling som uttrycker patientens vilja fogas till journalhandlingarna. I journalhandlingarna ska dessutom göras anteckningar om att patienten getts tillräckliga upplysningar om följderna av att hans eller hennes vilja följs. Beträffande anteckningar som gäller ändring eller återkallande av patientens viljeyttring i fråga om vården tillämpas det som i 20 § bestäms om rättelse av fel i journalhandlingar.

Om det för vården av patienten erhållits uppgifter med stöd av 13 § 3 mom. 3 punkten i lagen om patientens ställning och rättigheter, ska patienten underrättas om att uppgifterna lämnats ut, om patientens medvetslöshet eller någon annan därmed jämförbar orsak som avses i nämnda bestämmelse upphör. Av meddelandet ska framgå vilka uppgifter som lämnats ut samt grunden till och tidpunkten för utlämnandet. Uppgift om att patienten underrättats ska antecknas i journalhandlingarna.

19 §

*Anteckningar om deltagande i vård i
specialsituationer*

Om vården av en minderårig patient i en situation som avses i 7 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter sker i samförstånd med patienten, ska anteckningar om detta göras i journalhandlingarna. Av anteckningarna ska även framgå om den minderåriga patienten tillåter att uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd eller om vården ges till vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare eller om patienten med stöd av 9 § 2 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter har förbjuditt att uppgifter ges.

Om en myndig patient i en situation som avses i 6 § 2 och 3 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter vårdas i samförstånd med sin lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående, ska en anteckning om detta göras i journalhandlingarna.

20 §

Rättelse av anteckningar i journalhandlingar

I fråga om rättelse av uppgifter i journalhandlingar tillämpas 29 § i personuppgiftslagen (523/1999).

Rättelse av anteckningar i journalhandlingarna ska göras så att den ursprungliga och den rättade anteckningen kan läsas senare. Namnet på den som har gjort en rättelse, dennes tjänstställning samt datum för rättelsen och grunden för rättelsen ska antecknas i journalhandlingarna.

Om uppgifter som är onödiga med tanke på vården av en patient avlägsnas ur journalhandlingarna, ska det i handlingarna göras en anteckning om detta samt om vem som avlägsnat uppgifterna och när det skett.

21 §

Anteckningar om utlämnande av uppgifter

I fråga om utlämnande av uppgifter ur journalhandlingar på det sätt som avses i 13 § 2 och 3 mom. i lagen om patientens ställning

och rättigheter ska det i journalhandlingarna göras anteckningar om vilka uppgifter som lämnats ut samt när och till vem uppgifterna har lämnats ut, vem som har lämnat ut uppgifterna samt huruvida utlämnandet har baserat sig på ett skriftligt, muntligt eller annars av sammanhanget framgående samtycke av patienten eller på lag. I journalhandlingarna görs också en anteckning om patientens viljeyttring genom vilken patienten har förbjuditt att uppgifter lämnas ut.

På anteckningar om utlämnande av elektroniska journalhandlingar tillämpas dock 5 § och 14 § 1 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården.

Förvaring av journalhandlingar

22 §

Ansvar för förvaring

För förvaringen av journalhandlingar och annat material som gäller vården ansvarar den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården inom vars verksamhet handlingarna och materialet har uppkommit, om inte något annat följer av lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Om en journalhandling är av sådan art att det skulle orsaka olägenhet för hälso- eller sjukvården av patienten om anteckningarna gjordes separat vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, kan dock journalhandlingen, när ansvaret för vården av patienten överförs på en annan verksamhetsenhet, med samtycke av patienten eller dennes lagliga företrädare överföras i original till nämnda verksamhetsenhet. Vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård ska det dock finnas uppgifter om vart originalhandlingarna har överförts.

23 §

*Förvaringstider för journalhandlingar och
annat material som gäller vården och
förstöring av dem*

Journalhandlingar samt sådana prov och modeller av organ som uppkommer vid un-

dersökning och vård och som innehåller biologiskt material ska förvaras åtminstone den tid som anges i bilagan till denna förordning. Bestämmelser om förvaringen av journalhandlingar, prov och modeller efter att förvaringstiden löpt ut finns i 12 § 2 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter.

När den förvaringstid som anges i bilagan till denna förordning har löpt ut eller när de journalhandlingar, prov och modeller av organ som därefter har förvarats inte längre är nödvändiga för att ordna eller genomföra patientens vård, ska den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som ansvarar för ordnandet av vård se till att journalhandlingarna och det övriga material som avses ovan förstörs omedelbart på ett sådant sätt att utomstående inte får kännedom om dem.

Folkpensionsanstalten ska för egen del se till att de handlingar som lagrats i arkiveringstjänsten förstörs tekniskt efter att den förvaringstid som verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person som självständigt utövar sitt yrke fastställt för journalhandlingarna löpt ut. Folkpensionsanstalten ska innan handlingarna förstörs informera de ovannämnda instanserna om saken.

24 §

Förvaring av logguppgifter

De i 5 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården avsedda logguppgifter som hänför sig till användningen och utlämnandet av elektroniska patientuppgifter ska förvaras så att de behåller sin integritet och oförvanskade form i minst 12 år efter att de uppstått.

Folkpensionsanstalten ska för egen del se till att de logguppgifter som lagrats i arkiveringstjänsten förstörs tekniskt efter att den förvaringstid som verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke fastställt för dem löpt ut. Folkpensionsanstalten ska innan handlingarna förstörs informera de ovannämnda instanserna om saken.

25 §

Upprättande av en förbindelse för åtkomst till uppgifter

Om patientuppgifter i den riksomfattande arkiveringstjänsten lämnas ut till en patient via en elektronisk förbindelse för åtkomst till uppgifter, ska patienten identifieras på ett tillförlitligt sätt. När en tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster informerar en patient i enlighet med 17 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården, ska patienten samtidigt informeras om möjligheten att använda en elektronisk förbindelse för åtkomst till uppgifter och om det identifieringsförfarande som krävs för användningen av tjänsten.

Ikraftträdande

26 §

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Denna förordning träder i kraft den 1 augusti 2009.

Genom denna förordning upphävs social- och hälsovårdsministeriets förordning av den 19 januari 2001 om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001).

Bestämmelserna om hantering av elektroniska journalhandlingar i förordningens 2 § 2 och 3 mom., 4 § 2 och 3 mom., 7 § 3 och 4 mom., 8 § 4 mom., 10 § 3 mom., 21 § 2 mom., 23 § 3 mom. samt 24 och 25 § tillämpas dock först från och med den 1 april 2011, om inte handlingarna hanteras med hjälp av de riksomfattande informationssystemtjänster som avses i 14 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården.

De förvaringstider som anges i bilagan till denna förordning tillämpas på journalhandlingar som har upprättats eller erhållits den 1 maj 1999 eller senare. Om förvaringstiden för en handling räknas från patientens död, tillämpas förvaringstiderna dock på handlingar som gäller personer som har dött den 1 maj 1999 eller senare.

På journalhandlingar som har upprättats eller erhållits före den 1 maj 1999 eller, om förvaringstiden för handlingen räknas från patientens död, som gäller personer som har dött före den 1 maj 1999, tillämpas i fråga om journalhandlingar som upprättats inom den kommunala och privata sektorns samt

inom fängvårdsväsendets hälso- och sjukvård de förvaringstider som anges i riksarkivets beslut av den 14 april 1989 om utgallring av kommunala handlingar. Dessutom tillämpas det som riksarkivet och arkivverket har bestämt särskilt om varaktig förvaring av handlingar.

Helsingfors den 30 mars 2009

Omsorgsminister *Paula Risikko*

Regeringsråd Päivi Salo

Bilaga

<i>Journalhandlingar som förvaras varaktigt</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
1) Handlingar som uppkommit vid undersökningar och vård inom enheter för genetisk medicin		Förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 16.2.2009.	
2) Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad		Förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 16.2.2009.	Avser patientjournalmaterial som uppkommit den nämnda dagen och tillhörande handlingar, med undantag av: - material från undersökning och beräkning samt blanketter för insamling av uppgifter (nedan punkt 9), - fältbilder och kartotek inom strålbehandling samt cytostatikakort (punkt 12), - nedan punkt 13 avsedda avbildningsundersökningsresultat, fotografier, diabilder, videobandningar, ljudupptagningar och motsvarande upptagningar, - kopior av journalhandlingar som förts hos andra verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård och som inte är elektroniska journalhandlingar (punkt 14), - anteckningar på tidsbeställnings- och vårdreserveringsböcker eller utskrivning, poliklinik-,

<i>Journalhandlingar som förvaras varaktigt</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
			<p>avdelningsvård-, och åtgärdsdagböcker o.dyl. (punkt 20),</p> <p>- returnerade remisser, separata remisshandlingar för patienter som inte infunnit sig (beträffande vilka vårdansvar inte uppkommit), (punkt 21)</p> <p>Om journalhandlingar är arkiverade i form av papper på något annat sätt än enligt födelsedatum kan ett urval av cirka 5 % samplas för varaktig förvaring i enlighet med arkivverkets beslut av den 19.2.2003 (KA 46/43/03).</p>
3) Journalhandlingar som upprättats eller erhållits före 1.5.1999/journalhandlingar som gäller personer som dött före 1.5.1999 inom kommunal, privat och fångvårdsväsendets hälso- och sjukvård		Förvaringstiderna bestäms enligt riksarkivets beslut av den 14.4.1989 om utgallring av kommunala handlingar och sådana särskilda beslut som riksarkivet/arkivverket eventuellt har meddelat.	Tidpunkten beror på lagen om ändring av patientskadelagen (879/1998), genom vilken bl.a. bestämmelserna om tiden för framställan av ersättningskrav i fråga om skador som inträffat efter lagens ikraftträdande (1.5.1999) har ändrats.
4) Handlingar inom hälso- och sjukvården vid försvarsmakten		Om varaktig förvaring av handlingar inom hälso- och sjukvården vid försvarsmakten bestäms arkivverket särskilt.	

<i>Journalhandlingar som förvaras varaktigt</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
			Om de i punkt 1-3 ovan avsedda handlingar som ska förvaras varaktigt inte bevaras i den riksomfattande arkiverings-tjänsten ska verksamhetsenheter för hälso- och sjukvården och självständiga yrkesutövare bevara dem antingen i form av papper eller mikrofilm eller med tillstånd av arkivverket i någon annan form.

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
5) Handlingar som innehåller patientens basuppgifter och centrala uppgifter om vården	- personuppgifter - kritisk information och annan riskinformation - medicineringsuppgifter	12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse. Uppgifter om barn som dött innan de fyllt ett år förvaras i 120 år efter barnets födelse.	Alla versioner av handlingen förvaras.
6) Handlingar som uttrycker patientens vilja	- donationskort - patientens viljeyttring i fråga om vården - donationstestamente för medicinsk undervisning	12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.	Alla versioner av handlingen förvaras.

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
7) Sammanfattningar	<p>Sammanfattningar (slutlig bedömning/halvtidsbedömning) som olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården gjort under servicehändelsen om hur styrnings- och vårdbehovet har definierats, förverkligats, bedömts och avslutats, t.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sammanfattningar av patientjournaler inom specialområden - anteckningar som gjorts om sammanfattningen av vården under rubriken sammanfattning - anteckningar inom rådgivnings-, skol- och vuxenhälsovården/sammanfattningar enligt åldersgrupp - anteckningar inom mun- och tandvården - anteckningar i anslutning till uppföljning av hörsel, syn, tillväxt och vaccinationer - sammanfattningar av vård eller rehabilitering som getts av specialpersonal (om 	<p>12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.</p> <p>Uppgifter om barn som dött innan de fyllt ett år förvaras i 120 år efter barnets födelse.</p>	<p>Sammanfattningarna/referaten innehåller viktiga uppgifter om patientens hälso- och sjukdomshistoria.</p>

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
	inte anteckningarna ingår i anteckningarna om specialområdet) - sammanfattningar av operationer och andra åtgärder(om inte anteckningarna ingår i anteckningarna om specialområdet)		
8) Anteckningar som gäller planering, genomförande, uppföljning och bedömning av vården samt handlingar som upprättats utgående från dem		12 år efter patientens död eller, om dödstidpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse. Journalanteckningar från vårdarbete i pappersform: 12 år efter avslutad vård, förutsatt att sammanfattningen har gjorts.	Anteckningar i anslutning till den direkta uppföljningen av vården (handlingar som upprättats utgående från dem), t.ex fysiologiska lägesbedömningar, dagliga uppföljningsuppgifter, anteckningar om uppföljning av diabetes och blodtryck, dagliga anteckningar inom barnrådgivning och skolhälsovård, förlossningsberättelser, anestesi-berättelser m.m.
9) Material från undersökning och beräkning, blanketter för insamling av uppgifter	Testningsmaterial inom talterapi, psykologiska testningshandlingar, måltidsplaner och beräkningar inom närings-terapi, individuella handlingar som gäller upprätthållandet av de anställdas allmänna arbetsförmåga, t.ex. blanketterna	12 år efter upprättandet av handlingen.	Annat än sammanfattningar och anteckningar i vårdjournaler, vilket är motiverat att förvara. Olika slags mätare av funktionsförmågan (bl.a. RAVA, RAI), audit, recept för fysisk aktivitet, Lene, Snögubbe-testet och andra liknande undersökningar och utredningar.

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
	för arbetsförmågeindex, uppgifterna i arbetsstressformulären och i profilen för fysisk kondition och liknande blanketter för insamling av uppgifter		Pappersblanketter för insamling av uppgifter, t.ex. de som gäller funktionsförmåga eller vårdtyngd och de blanketter med uppgifter som patienterna själva fyller i, kan förstöras genast när uppgifterna har införts i det elektroniska patientdatasystemet och ändamålet med dem har nåtts.
10) Remiss-, epikris- och konsultationsdokument		12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.	
11) Handlingar som uppkommit vid lagstadgad massundersökning och screening	T.ex. - papascreening och svar - mammografi-screening och svar - fosterscreening och svar	Förvaras som andra journalhandlingar av motsvarande typ.	
12) Fältbilder och kartotek inom strålbehandling cytostatikakort		12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.	
13) Undersökningsresultat och tekniska upptagningar i anslutning till diagnostik och utlåtanden som gäller dem	Röntgenbilder (med undantag av odontologiska röntgenbilder), isotop- och ultraljudsbilder o.dyl.	12 år efter undersökningen; om patienten är minderårig, 20 år efter undersökningen.	Upptagningar som är tekniskt misslyckade förstörs omedelbart.

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
	Fotografier, diabil-der, videobandning- ar o.dyl., ljudupp- tagningar inom talte- rapi, andra ljudupp- tagningar för upp- följning av patienten	Sådana som bedöms vara behövlige för vården 12 år efter undersökningen.	Material som är tekniskt misslyckat förstörs omedelbart.
	Odontologiska rönt- genbilder	Bilder med hjälp av vilka patienten kan identifieras entydigt eller som är viktiga för vården eller för rättsmedicinska änd- amål: 12 år efter patientens död eller, om dödstidpunkten är okänd, 120 år ef- ter patientens födel- se. Andra odontologis- ka röntgenbilder: 12 år efter undersök- ningen.	
	Laboratorieresultat, resultatkurvor (t.ex. EEG, EKG, KTG o.dyl.), utlåtanden om laboratorieresul- tat och biosignaler, röntgenutlåtanden, patologutlåtanden	Sådana som lagras i elektronisk form: 12 år efter patien- tens död eller, om dödstidpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse. Sådana som lagras i pappersform: det första, och av de se- nare resultaten av diagnostiska under- sökningar 12 år efter patientens död eller,	Förvaringstiderna är därmed de samma för laboratorieresultaten och utlåtandena om dem. Endast de slutliga un- dersökningsresultaten förvaras, inte preliminä- ra resultat och inte resul- tat från processernas skeden. Rådata som samlas i la- boratoriets analysappa- rater kan förvaras med tanke på kvalitetssä- k-

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
		om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse. Övriga i pappersform: 12 år efter undersökningen.	ringen i apparaterna under apparaternas livslängd.
14) Kopior av journalhandlingar som förts hos andra verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård och som inte är elektroniska journalhandlingar	Kopior som erhållits i form av papper eller film (till exempel material som uppkommit innan elektroniska patientdatasystem var i bruk)	12 år efter avslutad vård.	Uppgifter som behövs i vården av patienten samt uppgift om deras källa ska antecknas i den egna patientjournalen hos den som fått kopian.
15) Korrespondens i pappersform gällande vården av en patient		12 år efter dateringen av brevet eller meddelandet.	Här avses inte korrespondens i ärenden gällande klagomål, anmärkningar, patientskador e.dyl.
16) Läkarutlåtanden och läkarintyg (också intyg som fordras enligt företagshälsovårdslagstiftningen)	B-utlåtande Andra läkarutlåtanden och intyg än B-utlåtande Läkarintyg i fråga om hälsokontroller för arbetsplacering, första undersökningar och periodiska kontroller	12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse. 12 år efter givandet av utlåtandet/intyget. 12 år efter givandet av utlåtandet/intyget.	

<i>Journalhandlingar som förvaras en viss tid</i>			
Kategori av handlingar	Exempel på handlingar och deras datainnehåll	Förvaringstid	Anmärkningar
17) Obduktionsprotokoll och obduktionsutlåtanden i samband med medicinsk undersökning av dödsorsaken		12 år efter upprättandet av handlingen.	
18) Den kopia av dödsattesten som fogas till patientjournalen		12 år efter upprättandet av handlingen.	
19) Beslut som gäller inledande/givande av vård	Beslut om intagning till psykiatrisk vård oberoende av egen vilja samt om fortsättande eller avslutande av vården	12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.	Avser skriftliga beslut som fattas med stöd av bestämmelser.
20) Tidsbeställnings- och vårdreserveringsböcker, utskrivning, poliklinik-, avdelningsvårds- och åtgärdsdagböcker o.dyl.	Innehåller uppgifter om tidsbeställning och resursreservering	12 år efter det senaste besöket.	Dagböckerna sänds inte till den riksomfattande arkiveringstjänsten.
21) Returnerade remisser, separata remisshandlingar för patienter som inte infunnit sig (beträffande vilka vårdansvar inte uppkommit)		12 år efter att remissen anlände.	
22) Sökuppgifter och register till journalhandlingar	Sökuppgifterna har fogats till elektroniska journalhandlingar Registren används för att söka manuella patientjournalmappar i arkivet	Förvaras som de handlingar till vilka de hör.	

<i>Prov som innehåller biologiskt material och modeller av organ</i>			
Material som uppkommer under vård	Typ av prov/modell	Förvaringstid	Anmärkningar
23) Prov som innehåller biologiskt material	Vävnadsblock	12 år efter patientens död eller, om dödstillpunkten är okänd, 120 år efter patientens födelse.	Om proverna är så representativa att de är av betydelse för den vetenskapliga forskningen, kan de utöver den ovan nämnda förvaringstiden bevaras en sådan längre tid som den för hälso- och sjukvården ansvariga chefen vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård beslutar (förutom att de utöver den ovan nämnda förvaringstiden kan bevaras en sådan längre tid som förutsätts för ordnande och genomförande av patientens vård).
	Block som tagits från obduktionsprov	20 år	
	Histologiska glas	20 år	
	Cytologiska provglas inom patologi och hematologi samt glas som tagits från obduktionsprov	12 år	
	Andra cytologiska provglas (i regel glas som uppstår vid laboratorier för klinisk kemi)	Förstörs när användningsändamålet har nåtts.	
24) Gipsavtryck av tänder		Kan ges till patienten eller förstöras efter avslutad vård.	