

Regel för åtkomst till patientuppgifter och loggkontroll inom Region Jämtland Härjedalen

Beslutad 2020-01-29, av: Hälso- och sjukvårdsdirektör

Sammanfattning

Rätt att ta del av dokumenterade uppgifter i patientjournal bedöms alltid med hänsyn till arbetstagarens behov av uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för de anställdas behörighetstilldelning. Behörigheter ska vara väl avvägda och motsvara de behov medarbetaren har för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det finns risker såväl om behörigheten är för vid som att den är för smal. Behörigheter ska omprövas av verksamhetschefen med regelbundenhet.

Om arbetstagaren saknar behörighet är det olagligt att skaffa sig tillgång till uppgifterna. Arbetstagaren är ansvarig för användningen av sin behörighet. Även om den anställda har behörighet till uppgifter så kanske han/hon inte har *befogenhet* att ta del av dem. dvs. han/hon kanske inte får ta del av uppgifterna eftersom det är i strid med den inre sekretessen. Den anställda bör alltid självmant pröva sin rätt att i varje enskilt fall ta del av patientuppgifter inom ramen för sin behörighet:

- Deltar jag som anställd i vården av patienten och har jag som anställd behov av att ta del av uppgifterna för vården av patienten?
- Behöver jag som anställd inom hälso- och sjukvården av annat skäl uppgifterna för mitt arbete inom hälso- och sjukvården?
- Har jag legala befogenheter enligt någon av de sex punkterna i 2 kap. 4 § Patientdatalagen för att få läsa i journalerna?

Vid frågor kontaktas verksamhetschef eller Regionjurist.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	1
1 BAKGRUND.....	3
2 ÅTKOMST TILL PATIENTUPPGIFTER –BEHÖRIGHETSHANTERING	3
3 FORMULERINGEN ”DELTAR I VÅRDEN AV PATIENTEN”.....	3
4 KRITERIER FÖR KVALITETSUPPFÖLJNING GENOM ÅTKOMST TILL JOURNALSYSTEMET:	5
5 FORSKNING OCH UTBILDNING.....	6
6 LOGGKONTROLL	7
6.1 Bakgrund.....	7
6.2 Syfte med loggkontroll	7
7 ANSVAR	7
7.1 Informationsplikt.....	7
8 KONTROLL.....	8
8.1 Systematisk kontroll av åtkomst.....	8
8.2 Riktad kontroll	8
8.3 Dokumentation av utförd kontroll	10
8.4 Uppföljning av loggkontroll.....	10
9 HANTERING AV MISSTANKE OM DATAINTRÅNG.....	10
10 REFERENSER	10
BILAGA.....	11

1 Bakgrund

Enligt 4 kap. 1 § Patientdatalagen (288:355), PDL, får den som arbetar hos en vårdgivare ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon *deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården*. I 4 kap. 1 § regleras således den s.k. inre sekretessen, dvs. Vilka uppgifter en anställd hos en vårdgivare får ta del av inom ramen för just den vårdgivarens verksamhet. Möjligheten att ta del av uppgifterna sker genom behörighetstilldelning efter prövning och beslut av verksamhetschefen.

Syftet med detta dokument är att närmare klargöra innebörden av regleringen av den inre sekretessen i 4 kap. 1 § PDL för att tydliggöra vad som är tillåten och otillåten åtkomst till patientuppgifter i journalsystem.

Regeln innehåller även konkreta frågor och svar kring olika situationer.

Bestämmelser om journalföring och vad som är tillåten och otillåten åtkomst till journalsystem finns bland annat i

- Patientdatalagen (PDL, 2008:355)
- Socialstyrelsens författningssamling (HSLF-FS, 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården
- Offentlighet- och sekretesslagen (OSL, 2009:400)

2 Åtkomst till patientuppgifter – behörighetshandling

Det är verksamhetschefen som ansvarar för att behörigheter till vårdinformation tilldelas i enlighet med gällande lagstiftning och regelverk. Verksamhetschefen, eller den som denne delegerar ansvaret till, beslutar om tilldelning av behörighet till varje medarbetare inom den egna enheten/området samt till de som arbetar på uppdrag av verksamhetschefen. Behörighetshandling berörs inte närmare i denna regel. Hänvisning görs till regionens Regel för behörighetshandling IT-system, dok.id 14622. Där framgår processen för tilldelning och uppföljning av behörigheter för regionens medarbetare.

3 Formuleringen "deltar i vården av patienten"

Formuleringen innebär att arbetstagare inom hälso- och sjukvården har rätt att ta del av uppgifter i en patientjournal om arbetstagaren för det första deltar i vården av patienten¹ och för det andra har behov av att ta del av uppgifterna för vården av patienten.

¹ Begreppet "delta i vården av patienten" definieras i 2 kap. 4 § PDL punkterna 1-2 enligt följande:

Den som deltar i vården av patienten eller utför administrativa arbetsuppgifter i anledning av den individriktade vården, har en patientrelation/vårdrelation² i lagens mening. Den individrelaterade administrationen kan t.ex. vara att utfärda intyg och utlåtanden, hantera remisser och provsvar, utföra tidsbokning, systemadministration eller patientrelaterad ekonomiadministration.

En patientrelation/vårdrelation uppstår vid t.ex.

- Ett vårdtillfälle/besök
- Inkommen remiss
- Kontroll av provsvar
- Telefonrådgivning
- Utfärdande av recept

Vården pågår fram tills en intagen sjukhuspatient skrivs ut eller är färdigbehandlad. Journal får också läsas om det finns inplanerade återbesök, efterkontroller eller liknande, eller så länge som vårdens uppföljningsansvar gäller, t.ex. återbesök, receptförnyelse etc. Så länge en vårdrelation pågår och medarbetaren deltar i vården av patienten får uppföljning av given vård ske i syftet att säkerställa vården av patienten.

Mer om Uppföljning se referens, "Regel för hantering av patientuppgifter för kvalitetssäkring inom vård och behandling", dok.id. 51244

Den som tilldelats behörighet och har ett legalt stöd, d.v.s. befogenhet, får öppna och läsa journaluppgifter från olika vårdenheter inom en och samma vårdgivare³ utan patientens samtycke under förutsättning av att patienten inte spärrat eller begär spärr av uppgifterna. En spärr kan hävas med stöd av patientens samtycke, eller vid nöd, d.v.s. om samtycke inte kan inhämtas och informationen kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver.

Vid remittering till annan vårdgivare ska samtycke inhämtas på förhand till annan vårdgivares direktåtkomst, vilket bör framgå av remissen.

Att vänta med att signera journaler och provsvar för att på så sätt kunna hävda behov av att läsa journalen är otillåtet eftersom osignerade dokument kan vara ett allvarligt hot mot patientsäkerheten.⁴

Elektronisk direktåtkomst till annan vårdgivares uppgifter

Region Jämtland Härjedalen har elektronisk direktåtkomst till andra vårdgivares journaluppgifter, så kallad sammanhållen journalföring. Vidare är Regionen ansluten till NPÖ (Nationell patientöversikt, som innebär möjlighet att läsa andra vårdgivares journaluppgifter, förutsatt att behörighet och befogenhet finns. Vid direktåtkomst till andra vårdgivares uppgifter begränsas de legala befogenheterna till individrelaterad vård och

¹)att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter, 2) administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall...."

² Begreppet patientrelation beskrivs i prop. 2007/08/126 s.252.

³ Landsting, kommuner el. privata vårdgivare, t.ex. privata vårdcentraler inom hälsoval är vårdgivare enligt 1 kap. 1 § PDL.

⁴ 3 kap. 9§ PDL -signering och vidimering ska ske i så nära anslutning till vårdtillfället som möjligt.

behandling samt administration i samband därmed (se fotnot 1). Dessutom krävs alltid vuxna patienters samtycke.

För att ta del av andra vårdgivares journaluppgifter fordras alltså samtliga nedanstående villkor är uppfyllda.

- En aktuell patientrelation
- Att uppgifterna kan antas ha betydelse för vården eller administrationen av vården, eller sker i syftet att utfärda ett intyg om lämnad vård
- Att patienten lämnar ett uttryckligt, informerat, specifikt och frivilligt samtycke.

Barn ska i takt med stigande mognad och insikt tillfrågas om samtycke och kan då också begära spärr av sina uppgifter. Vårdnadshavares samtycke krävs inte för att godkänna direktåtkomst till andra vårdgivares uppgifter. De kan varken neka till direktåtkomst eller spärra barns uppgifter. Barnets egen rätt till sekretess och inflytande sammanhänger således inte med 18-årsdagen utan kräver en individuell mognadsbedömning. Oaktat mognad, är dock alltid 18-åringar att betrakta som vuxna.

Formuleringen ”av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården”

Formuleringen innebär att arbetstagare inom hälso- och sjukvården kan få tillgång till uppgift i patientjournal hos den egna vårdgivaren, av annat skäl än deltagande i vården av patienten. Annat skäl kan t.ex. vara att arbetstagaren i sitt arbete har uppgiften att kontrollera vårdens kvalitet, utvärdera vården eller dokumentera vården (medicinsk sekreterare), för att ge IT-support (systemadministratörer) eller för att hantera fakturering (sekreterare, ekonomer).⁵

Kvalitetssäkring är av vårdgivaren bestämda processer med av vårdgivaren utsedd ansvarig HR, dvs. inte åtgärder som enskild anställd vill vidta för att försäkra sig om att en insats håller hög kvalitet. Vårdgivaren ska ha en skriftlig rutin för kvalitetssäkring och en uppdragsbeskrivning ska finnas till den/de ansvariga.

4 Kriterier för kvalitetsuppföljning genom åtkomst till journalsystemet:

Syftet med kvalitetsuppföljningen ska vara tydligt uttalat och dokumenterat samt förankrat hos verksamhetschefen eller hos annan av verksamhetschefen utsedd inom verksamheten. Det ska röra sig om ett tillräckligt stort antal patienter för att kunna hävda att det är relevant för utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet

Kvalitetsuppföljningen som sådan ska följa den systematik som gäller hos aktuell klinik.

⁵ De ”andra skälen” uttrycks i 2 kap. 4 § PDL punkterna 3-6 enligt följande;

”....

- 3) att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
- 4) att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
- 5) administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller
- 6) att framställa statistik om hälso- och sjukvården.”

Resultatet ska spridas lokalt inom kliniken för att bidra till utveckling av verksamhetens kvalitet.

Regelmässigt återkommande undervisningsmoment inom en verksamhet kan i detta sammanhang jämföras med kvalitetsuppföljning. Även vid denna kvalitetsuppföljning ska förutsättningarna ovan vara uppfyllda.

Inom Region Jämtland Härjedalen bedrivs kvalitetssäkringsarbete fortlöpande och systematiskt. Dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring bör omfatta delmomenten handlingsplan, målbeskrivning, värdering av verksamheten, dokumentation, åtgärder, uppföljning, utvärdering och vid behov, återföring till verksamheten. Av rutiner och arbetsbeskrivningar ska framgå vilka grupper eller funktioner som arbetar med kvalitetssäkring.

Uppföljning se referens Regel för hantering av patientuppgifter för kvalitetssäkring inom vård och behandling, dok.id. 51244

5 Forskning och utbildning

Vid behov av identifierbara patientuppgifter för utbildning och forskning utan samband med kliniskt arbete krävs beslut om utlämnande i enlighet med verksamhetens rutiner, eller uttryckligt samtycke från patienten. En tidsgräns, enligt överenskommelse med patienten, ska sättas. Patienterna kan endast samtycka till att anställda forskare får elektronisk åtkomst till patientuppgifter som finns hos den egna vårdgivaren. Utlämnande kan bara omfatta uppgifter som finns hos den egna vårdgivaren.

Icke anställda forskare och anställda forskare som inte inhämtat patienternas samtycke till elektronisk åtkomst, måste begära utlämnande. Så kallad prescreening, eller utsökning ska ske på verksamhetens uppdrag av anställd i regionen och får inte vara samma person som begärt utlämnande. Beslut om utlämnande eller inhämtat patientsamtycke till elektronisk åtkomst för anställd ska finnas dokumenterat i respektive patientjournal.

Etikprövningsnämndens godkännande är en förutsättning för utlämnande – men innebär inte med automatik att utlämnande ska ske. Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen (GDPR) och måste göra en självständig prövning och dokumentera beslutet vid begäran om utlämnande.⁶ Vid beslut om massutlämning ska beslutet diarieföras och hänvisning till diarienumret ske i respektive patientjournal.

Utbildningsverksamhet ingår inte i PDLs tillämpningsområde, utan är en egen verksamhet. När studenter deltar i den faktiska vården och patienten samtyckt till att bli behandlad och undersökt av studerande, gäller dock PDL. En student får läsa i journalen för den patient som studenten har direkt personlig kontakt med i en undervisningssituation, inom ramen för aktuellt besök respektive inskrivning på aktuell enhet.

För att en student ska få följa en patient i eget studie- eller uppföljningssyfte, krävs att studenten tillfrågar aktuell patient om samtycke till att läsa i journalen (gäller endast inom vårdgivaren) efter avslutad vårdrelation. Patienterna ska lämna ett uttryckligt samtycke för att

⁶ Prövning ska ske enligt 25 kap. 1§ OSL såvitt avser icke anställda forskare och enligt 25 kap. 11§5 p OSL såvitt avser anställda forskare.

detta ska få ske och samtycket ska antecknas i journalen. Utan samtycke från patienten får studenten inte söka information i journalsystemet i eget studie- eller uppföljningssyfte. Om uppföljning upplevs relevant för egen kompetensutveckling och det inte har varit möjligt att tillfråga patienten om samtycke till en sådan uppföljning, ska student kontakta aktuell patientansvarig läkare som avgör vilken information som denne kan lämna ut.

Studenten ska ha en egen inloggning till journalsystemen för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna. Studenterna har därmed ett personligt ansvar att beakta den inre sekretessen och följa tillämplig lagstiftning och övriga författningar på området.

6 Loggkontroll

6.1 Bakgrund

Patientdatalagen ställer krav på spårbarhet och kontroll av vem (vårdenhet och datum för åtkomst) som tar del av patientuppgifter. Loggkontroller innebär att åtkomsten till informationen i vårdssystem granskas.

Medarbetare hos en vårdgivare får endast ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om medarbetaren deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifter för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 3 ovan).

Patienten har rätt att ta del av information om vilken vårdenhet och datum för när åtkomst skett till dennes journaluppgifter.

Alla medarbetare med tillgång till patientuppgifter kan bli föremål för granskning genom stickprovskontroller samt vid misstanke om obehörig åtkomst.

6.2 Syfte med loggkontroll

Att regelbundet säkerställa kontroll av åtkomst till patientuppgifter genom systematiska stickprovskontroller samt kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst.

7 Ansvar

Hälso- och sjukvårdsdirektör ansvarar för att regler för behörighetstilldelning och loggkontroll finns. Verksamhetschefen ansvarar för att regelverket för loggkontroll är känt och följs. Verksamhetschefen är även ansvarig för att det utförs loggkontroller regelbundet. Varje medarbetare ansvarar för att följa regelverket. Verksamhetschefen delegerar ansvaret till de inom egna verksamheten som praktiskt ska utföra loggkontroller och som rapporterar resultat till närmaste chef.

7.1 Informationsplikt

Verksamhetschef/motsvarande ska informera sin personal att:

- det endast är tillåtet att ta del av de patientuppgifter som är nödvändiga för att utföra arbetsuppgiften
- loggkontroll görs av personalens åtkomst till patientuppgifter
- ta del av patientuppgifter i strid med gällande regelverk innebär att man gör sig skyldig till dataintrång

Informationen är viktig i preventivt syfte.

8 Kontroll

8.1 Systematisk kontroll av åtkomst

För att kontrollera att all åtkomst till patientuppgifter sker enligt gällande bestämmelser, ska därför systematiska kontroller av personalen på enhetsnivå regelbundet genomföras. Loggning görs i en specifik applikation. För att kunna leva upp till kravet om loggning på enhetsnivå finns närmre instruktioner i "Handbok för loggkontroll" (dok nr. 47688).

- Kontrollerna ska omfatta minst en tiondel av Personalen på enheten per år
- Varje kontroll ska omfatta 24 timmar.
- Kontrollerna ska ske minst fyra gånger per år.

Olika omständigheter som uppmärksammas särskilt vid kontrollerna är:

- Journalläsning som innefattar att patientens spärr av journaldel bryts
- Om man läst sin egen journal
- Om vårdrelation finns/saknas

8.2 Riktad kontroll

Riktad kontroll ska göras både utifrån personalens och patients identitet när det finns en misstanke om obehörig åtkomst t. ex :

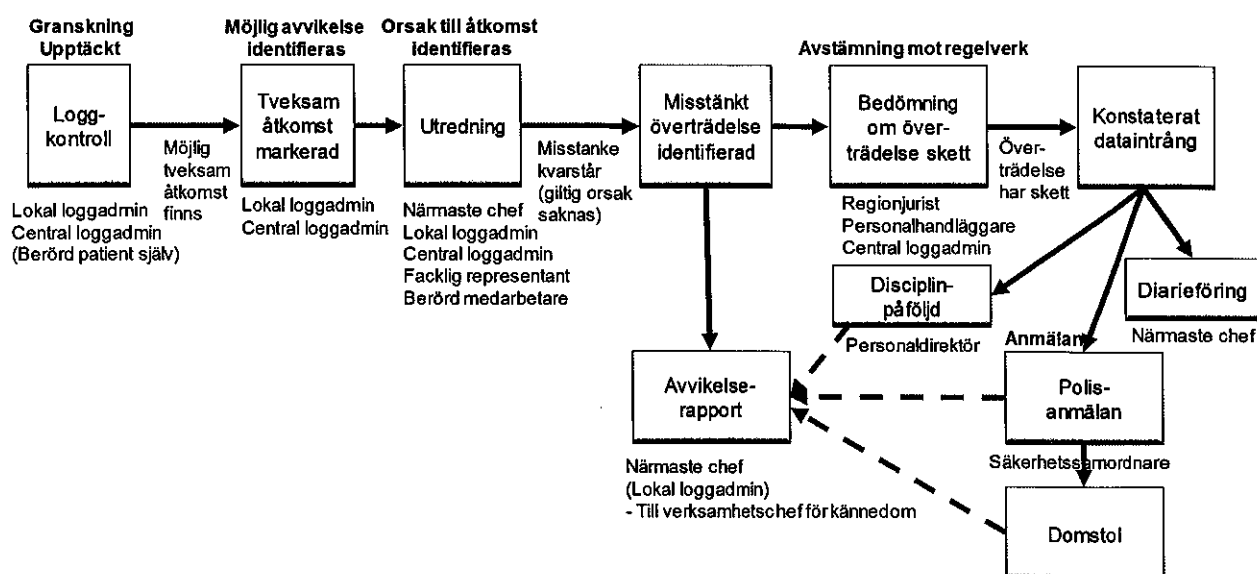
- särskild händelse, (exempelvis vid en större trafikolycka)
- Namn/släktskap som kan indikera privat samhörighet till patient (åtkomst som indikerar privat samhörighet istället för patientrelation)
- Patient som är lokalt känd på vårdenhet eller inom vårdgivaren såsom anställd/före detta anställd (åtkomst som indikerar nyfikenhet istället för patientrelation)
- Lex Maria-anmälningar (åtkomst som indikerar nyfikenhet istället för patientrelation)
- patienter av medialt intresse (åtkomst som indikerar nyfikenhet istället för patientrelation)
- Patient med diagnos som kan väcka särskilt intresse, exempelvis "känslig" diagnos (åtkomst som indikerar nyfikenhet istället för patientrelation)

- patient har skyddade personuppgifter
- vid patients begäran om loggutdrag

Kontroll vid särskild händelse eller misstanke om obehörig åtkomst

Om man vid kontroll uppmärksammar tveksam åtkomst tas kontakt med den anställdes närmaste chef. Närmaste chef, den anställde, ev. facklig representant samt HR utreder händelsen. Den interna utredningen överlämnas sedan till verksamhetschef för kännedom.

Om misstanken kvarstår och medarbetaren kan ha gjort sig skyldig till dataintrång lämnas ärendet vidare till regionjurist och säkerhetssamordnare. Dessa bedömer om en polisanmälan ska ske för misstänkt dataintrång.



* Utkast 2019-05-08 *

En misstanke ska alltid hanteras av den journalförande enheten där intrång misstänks ha skett. I de fall en avgränsning inte kan göras, ska verksamheten kontakta den centrala loggadministrationen som tar fram ett loggutdrag som skickas ut till berörda enheter för vidare granskning.

Observera att det även ska göras en avvikelserapportering om misstanke om dataintrång kvarstår och ärendet tas vidare till regionjurist och säkerhetssamordnare.

Om man vid sådan kontroll uppmärksammar tveksam åtkomst av användare ska det följas upp av den anställdes chef/motsvarande med stöd av HR .

Se "Rutin när medarbetare kan misstänkas för brott RS/725/2019.

Kontroll av nödöppning/forcering av spärr

All nödöppning/forcering ska kontrolleras i loggen minst 1 gång/vecka. Eventuellt måste kontakt tas med den användare som forcerat om orsaken till forceringen inte är tillräckligt tydlig.

Misstanke om dataintrång

Misstanke om dataintrång kan uppkomma i samband med begäran om loggutdrag från patient, alternativt i samband med slumpmässiga eller riktade logganalyser.

Vid misstanke ska närmaste chef och HR tillsammans med den anställde som misstänks för dataintrång gå igenom loggrapporten och diskutera otydligheter. Om användaren är anställd vid annan vårdenhet kontaktas dennes chef för kompletterande handläggning.

Vid en fördjupad loggkontroll kan kontakt tas med central loggadministratör som bistår i kontrollen och utredningen.

8.3 Dokumentation av utförd kontroll

All loggranskning ska dokumenteras. Dokumentationen används sedan för att göra uppföljning. Visar loggkontrollen inget anmärkningsvärt ska även det noteras.

- Dokumentationen ska arkiveras/sparas i god ordning i 3 år på enheten
- Dokumentationen ska kunna uppvisas vid en central uppföljning (internrevision/internkontroll)

8.4 Uppföljning av loggkontroll

Uppföljning av verksamheternas loggranskning utförs vid internkontrollen enligt regionens internkontrollplan. Utöver detta görs en intern granskning av hur loggkontrollen efterlevs av regionens internrevisorer i enlighet med regionens internrevisionsplan.

9 Hantering av misstanke om dataintrång

Vid en misstanke om dataintrång ska närmaste chef/motsvarande omgående starta en utredning. Regionens HRavdelning ska alltid kontaktas när utredning påbörjas. När berörd medarbetare kallas till samtal ska han/hon erbjudas att ta med sin fackliga representant. Allt som rör ärendet ska noggrant dokumenteras i platina.

Om misstanke om dataintrång kvarstår ska utredningen överlämnas till verksamhetschef, regionjurist och säkerhetssamordnare för bedömning om polisanmälan ska göras. Påföljder utöver polisanmälan som kan vidtas är arbetsrättsliga åtgärder, till exempel varning eller avsked beroende på brottets allvarlighetsgrad.

Se Rutin när medarbetaren kan misstänkas för brott, RS/725/2019

10 Referenser

Styrande dokument:

- Patientdatalagen, SFS 2008:355
- Socialstyrelsens författningssamling för journalföring och behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2016:40
- Rutin när medarbetaren kan misstänkas för brott, RS/725/2019
- Handbok för loggkontroll, dokument nr. 47688
- Regel för hantering av patientuppgifter för kvalitetssäkring inom vård och behandling, dok.id. 51244

Bilaga

Aktuella frågor och svar

1. Vilket ansvar har verksamhetschefen?

Svar:

Verksamhetschefen bestämmer vilka uppdrag och arbetsuppgifter varje arbetstagare ska ha. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns ändamålsenliga och aktuella behörigheter/teknisk åtkomst till journaler som motsvarar vad arbetstagaren behöver för sitt arbete och att loggkontroller genomförs systematiskt och regelbundet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns fastställda arbetsprocesser, arbets- och uppdragsbeskrivningar, rutiner/riktlinjer inom verksamheten. Vidare ansvarar verksamhetschefen för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

2. När deltar en anställd i vården av patienten?

Svar:

En anställd deltar i vården vid **t.ex.**

- ett vårdtillfälle/besök
- inkommen remiss
- kontroll av provsvar
- telefonrådgivning
- utfärdande av recept
- rådgivning/förfrågan via e-tjänster

En anställd deltar i vården när patienten tar kontakt med företrädare för vården alternativt när patienten remitterats till en enhet muntligen eller skriftligen.

Deltagande i vården kan, förutom direkt vårdarbete t.ex. på mottagning eller vårdavdelning, även bl.a. innebära inplanerade återbesök, efterkontroller, receptförnyelse samt konsultationer.

En anställd deltar **t.ex.** inte längre i vården när

- patienten skrivs ut,
- annan vårdgivare tar över vården, eller
- annan vårdenhet inom vårdgivaren tar över vården och eventuell kommunikation eller konsultation i samband med överlämningen är slutförd, och
- samtliga anteckningar som rör vårdtillfället är införda i journalen (journalanteckningar ska föras in så snart som möjligt)

Eftergranskning av vårdförlopp i syfte att ur ett patientsäkerhetsperspektiv säkerställa att relevant information har överförts till efterföljande verksamhet inom vårdgivaren och att pågående behandling är i konsekvens med den tidigare behandlingen, får anses ingå i

deltagandet i vården. Denna eftergranskning ska ske i så nära anslutning till vårdtillfället som möjligt och utgå ifrån de av verksamhetschefens fastställda rutiner.

3. Har hälso- och sjukvårdspersonal rätt att följa upp patientärenden när de inte längre deltar i vården av patienten?

Svar:

Det är inte tillåtet att på eget initiativ ta del av patientuppgifter i journalen när man inte längre deltar i vården av patienten. Hälso- och sjukvårdsHR kan således inte på eget bevåg gå tillbaka till journalen i syfte att kvalitetssäkra sitt arbete då den anställde inte längre deltar i vården av patienten. Enligt interna styrdokument är tumregeln upp till 4 veckor efter senaste vårdkontakt.

Vårdgivaren ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i vården. Inom ramen för detta uppdrag kan verksamhetschefen besluta om uppföljning och utvärdering av verksamheten och utse HR för detta. Uppföljning av patientärenden utan vårdsyfte när ett deltagande i vården inte förekommer förutsätter således att uppdrag från verksamhetschefen finns, innebärande uppföljning av patientärenden som ett led i kvalitetssäkringsarbetet, eller med patientens samtycke.

4. Vilka kriterier ska vara uppfyllda vid kvalitetsutveckling/kvalitetsuppföljning?

Svar:

Kvalitetssäkring är av vårdgivaren bestämda processer med av vårdgivaren utsedd ansvarig personal, dvs. inte åtgärder som enskild anställd vill vidta för att försäkra sig om att en insats håller hög kvalitet. Verksamhetschefen ska ha en skriftlig rutin för kvalitetssäkring och en uppdragsbeskrivning ska finnas till den/de ansvariga.

Kriterier för kvalitetsutveckling/kvalitetsuppföljning genom åtkomst till journalsystemet:

- Syftet med kvalitetsuppföljningen ska vara tydligt uttalat och dokumenterat samt förankrat hos verksamhetschefen eller hos annan av verksamhetschefen utsedd inom verksamheten. Det ska röra sig om ett tillräckligt stort antal patienter för att kunna hävda att det är relevant för utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.
- Kvalitetsuppföljningen som sådan ska följa den systematik som gäller hos aktuell klinik. Resultatet ska spridas lokalt inom kliniken för att uppnå utveckling av verksamhetens kvalitet.

Regelmässigt återkommande undervisningsmoment inom en verksamhet kan i detta sammanhang jämföras med kvalitetsuppföljning. Även vid denna kvalitetsuppföljning ska förutsättningarna ovan vara uppfyllda.

5. Får hälso- och sjukvårdspersonal under utbildning ta del av patientjournaler i utbildningssyfte?

Svar:

Nej, inte för eget behov av utbildning om inte samtycke från patienten finns. Samtycket kan inhämtas vid patientens första vårdtillfälle och utformas så att det gäller under hela vårdtiden. Samtycke ska alltid antecknas i journalen.

För utbildningsändamål ska alltid avidentifierade uppgifter användas.

Om den anställda deltar i vården av patienten eller om hälso- och sjukvårdspersonal har fått ett formellt avgränsat uppdrag från verksamhetschefen att i kvalitetssäkringssyfte t.ex. undersöka vissa diagnoser är det tillåtet.

6. Får patientuppgifter användas som exempel på utbildningskonferenser inom hälso- och sjukvården?**Svar:**

För att kunna använda patientuppgifter i utbildningssammanhang krävs patientens samtycke eller att patientuppgifterna avidentifieras.

7. Kan hälso- och sjukvårdspersonal ta del av sin egen journal eller läsa närståendes journal?**Svar:**

Hälso- och sjukvårdspersonal kan ta del av sin egen journal men efter menprövning av behandlande läkare/annan ansvarig för vården. Man får således inte på eget initiativ ta del av sina journaluppgifter genom att t ex. logga in i journalsystemet med sin egen behörighet och ta del av sina egna uppgifter. Behandlande läkare/annan ansvarig för vården lämnar ut journaluppgifterna efter menprövning.

Man får som privatperson läsa sin journal via nätet, via 1177 vårdguiden, där man loggar in med Bank-ID.

Bakgrund:

Journalen är en allmän handling och ett utlämnande ska föregås av en sekretessprövning. Se 25 kap. 1 och 6 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Att vilja bereda sig åtkomst till sin egen journal är följaktligen per definition en begäran om allmän handling och den sekretessprövning som enligt lag ska göras kan inte genomföras av samma person som har begärt handlingen. Sekretess kan i vissa fall gälla i förhållande till patienten själv.

Hälso- och sjukvårdspersonal har inte rätt att läsa närståendes journal om de inte har en vårdrelation och om vårdrelation finns med annan personal/anställd.

8. Får alla som deltar i en rond ta del av patientuppgifter?**Svar:**

Ja, om man arbetar i ett team (förväntas bidra på något vis i den vård som ska ges) och är med vid rondens så får man anses delta i vården. Detta gäller även personal under utbildning. Även morgonmöten på kliniker kan liknas vid en rond. Muntlig information på ronder/morgonmöten ska begränsas till nödvändig information och om möjligt avidentifieras.

9. Om en patient söker för en viss åkomma har hälso- och sjukvårdspersonal rätt att ta del av andra klinikers journalanteckningar utan att fråga patienten?

Svar:

Ja, om uppgifterna behövs för behandlingen av patienten och klinikerna/vårdenheter tillhör samma vårdgivare (Region Jämtland Härjedalen). Spärrade uppgifter på andra kliniker/vårdenheter får man inte ta del av.

10. Får hälso- och sjukvårdspersonal ta del av patientjournal för att uppdatera sig inför ett nattjournsarbete?

Svar:

Ja, hälso- och sjukvårdspersonal förväntas inhämta den information som berör de patienter man har ansvar för. Ordinerade kontroller, provtagningar m.m. rapporteras endast via journalsystemet.

11. En bekant kommer till läkaren som patient och ber om hjälp med ett recept. Får läkaren ta del av journalen?

Svar:

Ja, läkaren deltar då i vården av patienten och får ta del av de uppgifter som läkaren behöver för att kunna skriva ut receptet.

12. Får en medicinsk sekreterare ta fram patientuppgifter t.ex. ett läkarutlåtande på uppdrag av behandlande läkare?

Svar:

Ja, eftersom den medicinska sekreteraren då av *annat skäl* behöver uppgifterna för att kunna fullgöra sitt arbete.

