

Riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Avsnitt 3

Dokumentation, sammanhållen journalföring och informationssäkerhet.

Innehållsförteckning

1. Dokumentation.....	4
1.1 Lagstöd.....	4
1.2 Organisation.....	4
1.3 Journalområden.....	4
1.4 Behörigheter	4
1.5 Behovsanalys.....	4
1.6 Riskanalys.....	5
1.7 HSA – Hälso- och sjukvårdens adressregister.....	6
1.8 SITHS – Säker IT i Hälso- och Sjukvård	6
1.9 Användbarhet av HSA och SITHS.....	6
1.10 Beställning och avslut av behörighet.....	6
2. Ansvar	7
2.1 Verksamhetschefens ansvar	7
2.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar.....	7
2.3 Arbetsledarens ansvar	7
2.3 Systemägare och HSA/SITHS-administratörens ansvar	7
2.4 Systemadministratörens ansvar	7
2.5 Användarens ansvar	8
3. Omvårdnadsjournalen.....	8
3.1 Övergripande	8
3.2 Varför föra journal?.....	8
3.3 För vilka ska journal föras?.....	9
3.4 Vem ska föra journal?.....	9
3.5 Omvårdnadsjournalens utformning.....	10
3.5.1 Innehåll.....	10
3.5.2 Dokument	10
3.5.3 Identitetskontroll.....	11
3.5.4 Skyddad identitet.....	11
3.5.5 Informationsskyldighet.....	12
3.5.6 Tystnadsplikt, sekretess och samtycke.....	12
3.5.7 Överkänslighet.....	13
3.5.8 Språket.....	13
3.5.9 Tidpunkt för vårdåtgärd/insats.....	13
3.5.10 Signering.....	13
3.5.11 Felaktig anteckning.....	13
3.6 Telefonförfrågan/rådgivning.....	14
3.7 Utfärdande av intyg.....	14
3.8 Utlämnande av kommunal omvårdnadsjournal.....	15
3.9 Handhavande av omvårdnadsjournal.....	16
3.9.1 Förvaring.....	16
3.9.2 Arkivering.....	16
3.9.3 Gallring.....	16
3.10 Säkerhet för elektronisk omvårdnadsjournal.....	18
3.10.1 Inloggning, skärmsläckare och signering.....	18
3.10.4 Kryptering.....	18

SOCIALFÖRVALTNINGEN**MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård**

rev. 2014-10-27

3.10.5 Lagring.....	18
3.10.6 Kopiering och utskrifter.....	19
3.10.7 Patientinformation.....	19
3.11 Driftsstörningar eller avbrott vid elektronisk journal.....	19
3.11.1 Support.....	19
3.11.2 Avbrott.....	19
4. Nationell patientöversikt – NPÖ.....	21
4.1 Syfte.....	21
4.2 Information till patient/närstående.....	21
4.3 Information till vårdpersonal.....	21
4.3.1 Manual för inloggning i NPÖ.....	21
4.4 Vårdrelation.....	21
4.5 Samtycke	21
4.5.1 När samtycke inhämtas.....	21
4.5.2 När samtycke inte kan inhämtas från den enskilde.....	22
4.5.3 Nödåtkomst.....	22
5. Loggning.....	23
5.2 Logguppföljning	23
5.3 Framtagande och granskning av loggar.....	23
5.4 Rutin för loggkontroll.....	24
5.5 Genomförande av logguppföljning.....	24
5.6 Resultat utan anmärkning.....	24
5.6 Resultat med avvikelse	25
6. Regelverk.....	25

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

1. Dokumentation**1.1 Lagstöd**

Patientdatalagen ([SFS 2008:355](#)) reglerar behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Patientdatalagen kompletteras med Patientdataförordningen ([SFS 2008:360](#)) och Socialstyrelsens föreskrift ([SOSFS 2008:14](#)) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

1.2 Organisation

Systemägare	Verksamhetscontroller Kenneth Lindhe
Verksamhetschef	Verksamhetsområdeschef Helena Ståhl
Systemadministratör	Enhetschef Andriette Näslund
”	Distrikstarbetsterapeut Yvonne Björnsson
”	Distriktsköterska Maria Ernstsson
Uppdatering från befolkningsregister	Med.ansv.sjuksköt. Johnny Kvarnhammar

1.3 Journalområden

Riktlinjerna för dokumentationen gäller för behandling av personuppgifter

- i omvårdnadsjournalen - Alfa Omsorg 2000
- i Mina planer – SVPL-IT och SIP-IT
- vid sammanhållen journalföring genom nationell patientöversikt - NPÖ

1.4 Behörigheter

Hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet ska

- begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård,
- prövas i varje enskilt fall och föregås av en behovs- och riskanalys,
- om en användare får nya arbetsuppgifter följas upp och förändras så att den stämmer överens med de nya arbetsuppgifterna,
- när befattningshavare slutar eller får andra arbetsuppgifter tas bort.

1.5 Behovsanalys

Omfattningen av behörighetstilldelning ska bedömas efter

- vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård,
- om såväl läs- och skrivbehörighet behövs,
- om olika personalkategorier är i behov av olika behörigheter,

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

1.6 Riskanalys

Riskbedömning – exempel					
Allvarlighetsgrad 1 - 4					
Katastrofal (4)	•	Omfattande spridning av sekretessbelagd information			
	•	Röjande av skyddad identitet			
Betydande (3)	•	Otillåten hämtning av sekretessbelagd information utan vårdrelation			
	•	Otillåten hämtning av sekretessbelagd information hos annan vårdgivare utan patientens samtycke.			
	•	Tidigare brustit i följsamhet till kommunala riktlinjer för dokumentation			
Måttlig (2)	•	Medarbetare med släktrrelation eller annan nära relation till patient			
	•	utökade omvårdnadsinsatser			
Mindre (1)	•	Av misstag öppnat felaktig journalhandling			
	•				
Riskbedömning					
Sannolikhet 1 - 4					
Mycket stor (4)	Inträffar	varje vecka			
Stor (3)	Inträffar	varje månad			
Liten (2)	Inträffar	1 gång per år			
Mycket liten (1)	Inträffar	mer sällan än 1 gång per år			
Riskmatris					
		Allvarlighetsgrad			
Sannolikhet		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Mycket stor (4)		16	12	8	4
Stor (3)		12	9	6	3
Liten (2)		8	6	4	2
Mycket liten (1)		4	3	2	1

Risikfaktor 1 – 2: ingen åtgärd

Risikfaktor 3 – 6: begränsad behörighet – diskussion med verksamhetschef

Risikfaktor 8 – 16: mycket begränsad behörighet – ingen behörighet

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

1.7 HSA – Hälso- och sjukvårdens adressregister

HSA är en elektronisk katalogtjänst som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare. Genom HSA förenklas och förbättras möjligheterna att söka och hitta information, både inom den egna kommunen/regionen samt över organisationsgränserna.

HSA är en viktig grundtjänst för att många andra nationella tjänster ska fungera. Till exempel används information från HSA och SITHS (säker identifikations-tjänst), för att bland annat säkerställa att rätt person får tillgång till rätt information.

1.8 SITHS – Säker IT i Hälso- och Sjukvård

SITHS är en del av den tekniska infrastrukturen som ingår i den nationella IT-strategin. Denna säkerhetslösning bygger på att anställda i vård och omsorg har ett personligt elektroniskt ID-kort med elektroniska legitimationer som möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information. En patient kommer ofta i kontakt med flera, av varandra oberoende, vårdgivare. Därför är det nödvändigt med säker informationshantering genom hela vårdkedjan, inte bara inom den egna regionen eller den egna kommunen. För att garantera en patients säkerhet är det ytterst viktigt att information om dennes vård inte hamnar i orätta händer.

1.9 Användbarhet av HSA och SITHS

Följande arbetsuppgifter kräver inloggning via HSA och användande av SITHS:

- Mina planer – SVPL-IT och SIP
- Tillgång till Pascal
- Beställning av tandvårdsintyg
- Nationella kvalitetsregister
- NPÖ nationell patientöversikt vid sammanhållen journalföring

1.10 Beställning och avslut av behörighet

1. För beställning av behörighet till Omsorg 2000 används *Behörighet för inloggning i Omsorg 2000* – bilaga 1.
2. Vid *Upphörande av behörighet till Omsorg 2000* används – bilaga 2.
3. Vid beställning av SITHS-kort används *Tilldelning av behörighet till system som kräver SITHS-inloggning* – bilaga 3.
4. Vid *Avslut av behörighet till system som kräver SITHS-inloggning* – bilaga 2.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

2. Ansvar**2.1 Verksamhetschefens ansvar**

- ha ett övergripande ansvar för dokumentationssystemen
- att behörigheterna till verksamhetssystemen är ändamåls-
enliga och förenliga med aktuella arbetsuppgifter
- att personalen är informerade om gällande lagstiftning
och bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- att regelbundna loggkontroller genomförs
- att personalen är informerad om att loggkontroller genomförs

2.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

- att det finns riktlinjer för journalföring i hälso- och
sjukvårdsdokumentationen, informationshantering och
loggkontroller.
- att uppdatera befolkningsregister som är kopplat till **Omsorg 2000**
sker 1 g/vecka.

2.3 Arbetsledarens ansvar

- att vara väl förtrogen med gällande riktlinjer,
- att hålla anställd personal informerad om regelverk och riktlinjer
- att vid beställning till systemadministratören tilldela användarna
rätt behörighet, det vill säga tillräckligt för att de ska kunna utföra
sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt men samtidigt inte mer
omfattande än vad som är nödvändigt,
- att behörighetstilldelningen föregås av en behovs- och riskanalys,
- att vid beställning till systemadministratören förändra behörighet,
- att vid beställning till systemadministratören avsluta behörigheten
när användaren slutar eller får andra arbetsuppgifter.
- att till SITHS-administratören återlämna SITHS-kortet när
användaren har avslutat sin anställning

2.3 Systemägare och HSA/SITHS-administratörens ansvar

- att enligt beställning lägga in användare i KOMKAT (HSA-
katalog)
- att beställa och lämna ut SITHS-kort

2.4 Systemadministratörens ansvar

- att efter beställning lägga in behörigheter i dokumentations-
systemet för legitimerad och ev. annan behörig personal,
- att efter beställning förändra eller avsluta behörighet.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

2.5 Användarens ansvar

- att ta del av och vara uppdaterad om rutiner och riktlinjer och att följa dessa
- att personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- att datorer, surfplattor och mobiltelefoner inte lämnas på ett sådant sätt så att obehöriga kan få åtkomst till dess innehåll
- att endast ta del av information angående vårdtagare som man deltar i vården med
- att förhindra att obehöriga kan komma åt sekretessbelagd information
- att efter avslutad anställning återlämna SITHS-kortet

3. Omvårdnadsjournalen

Omvårdnadsjournalen är en del av patientjournalen och innehåller allmän och specifik omvårdnad. Vid vård inom kommunens hälso- och sjukvård skall journal föras för varje patient. En journal får inte vara gemensam för flera patienter.

3.1 Övergripande

Av en journal skall alltid framgå **var** den är upprättad samt **vem** som svarar för viss anteckning i journalen. Dessutom skall framgå **när** anteckningen är gjord. Journalhandlingar ska hållas samlade och tillgängliga för behörig personal. Behörig personal är den hälso- och sjukvårdspersonal som är involverade i vården.

Journalssystemet för dokumentation enligt patientjournallagen ska vara lika oavsett boendeform. Utifrån det enhetliga systemet kan vissa justeringar göras efter kontakt med MAS. Den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen följer patienten/vårdtagaren mellan olika boendeformer i kommunen, oavsett om vården bedrivs inom särskilt boende, korttidsvård eller i det ordinära boendet/hemmet.

3.2 Varför föra journal?

En omvårdnadsjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Omvårdnadsjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa legala sammanhang och för forskningen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.3 För vilka ska journal föras?

Omfattning Journal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt 18 §, HSL 1982:763, särskilt boende, hemsjukvård i ordinärt boende och vid vistelse i dagverksamhet eller korttidsboende.

3.4 Vem ska föra journal?

Leg. personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist) och i förekommande fall personal som erhållit delegation att föra journal (beslut i samråd med MAS). Samtliga ställningstaganden ska dokumenteras.

Sjuksköterska Omvårdnaden är en uppgift för all personal runt patienten. I allmänhet åligger det en sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Sjuksköterskans journalföring av omvårdnaden är en förutsättning för kvalitetssäkring av vården.

**Arbetsterapeut/
sjukgymnast** Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar inom ramen för sin kompetens för specifika rehabiliterings åtgärder samt för bedömning av behov av hjälpmedel.

Vi rehabiliteringsbehov ska rehabiliteringsplanen vara väl dokumenterad med anamnes, status, bedömning, mål, planerade åtgärder och resultat vid uppföljningar. Epikris ska skrivas vid avslutad vårdinsats.

Vid förskrivning av hjälpmedel ska hela processen dokumenteras samt de instruktioner som givits till brukare eller i förekommande fall omsorgspersonal. Instruktionerna till omsorgspersonalen ska vara skriftliga.

**Omsorgs-
personal** Omsorgspersonalen har i normalfallet inte läs- eller skrivbehörighet i det elektroniska dokumentsystemet **Omsorg 2000**. Legitimerad personal överför nödvändig hälso- och sjukvårdsinformation via exempelvis ärendeblad, arbetsplan enligt IVP, rehabiliteringsplan, munvårdskort, nutritionsbedömning, Norton-bedömning, inkontinenslistor etc. Aktuell information samlas i pärm för social dokumentation under flik för *hälso- och sjukvård*.

När omsorgspersonalen ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, ska de ha den hälso- och sjukvårdsinformation som behövs för att kunna utföra sina uppgifter på ett tryggt och säkert sätt. Samtycke från vårdtagaren om informationsöverföring löser tveksamheter. Information till omvårdnadspersonalen om hälso- och sjukvårdsinsatser ska pga säkerhetskäl ske skriftligen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.5 Omvårdnadsjournalens utformning

3.5.1 Innehåll

Omvårdnadsjournalen skall utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Nedsättande eller kränkande omdömen får inte förekomma. Uppgifterna i journalen skall vila på ett korrekt underlag.

Journalen ska innehålla:

1. uppgift om patientens identitet
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstagande som gjorts
6. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
7. uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar
8. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
9. undersökningsresultat
10. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
11. uppgifter om vårdhygienisk smitta
12. epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
13. uppgifter om lämnade samtycken
14. uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
15. de uppgifter som behövs för spårbarhet avseende medicintekniska produkter som har förskrivits till, och utlämnats till eller tillförts en patient
16. utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
17. uppgifter om vårdplanering
18. uppgift om det finns spärrade uppgifter

3.5.2 Dokument

Omvårdnadsjournalen bör innehålla följande dokument:

- Omvårdnadsanamnes - patientens identitet, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, vem man kontaktar i 1:a hand samt en hälsohistoria.
- Omvårdnadsstatus – aktuellt ADL-status/FIM (sökord)
- IVP – Individuell vårdplan – bedömning/analys av vårdbehov, planerade åtgärder, vem som ordinerat och resultat/utvärdering.
- IVP – Uppföljning Arbetsplan – daganteckningar om hälsotillstånd, åtgärder och utvärdering (sökord).
- Övriga handlingar beroende på patientens behov eller tillstånd ex.:
 - Läkemedelslista/apodos/ordinationshandling
 - Tempkurva, lab.lista
 - Inkontinenslista
 - Sårvårdsjournal
 - Nutritionsbedömning, munhälsovårdsbedömning

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

- Rehabiliteringsjournal
- Norton-skala
- Hjälpmedelslista
- Epikriser

IVP har en central roll i dokumentationen. Hela vårdprocessen ska dokumenteras **PROBLEM – MÅL - ÅTGÄRD – planera uppföljning (datum för bevakning) - RESULTAT.** Då omsorgspersonalen involveras i åtgärdsprogrammet ska en **ARBETSPLAN** översändas.

3.5.3 Identitetskontroll

Den som upprättar en journalhandling skall alltid kontrollera den enskildes identitet. Av patienter som inte är kända ska legitimation begäras vid undersökning, behandling, provtagning och i övrigt då journalanteckning görs i samband med vårdkontakt samt vid påsättning av identitetsband.

Godkända legitimationshandlingar för svenska medborgare är:

- SIS-märkt identitetskort
- Identitetskort utfärdat av bank eller postverk
- Tjänste- eller identitetskort utfärdat av AB ID-kort
- Svenskt körkort
- Svenskt pass med vinröd pärm, s k EU-pass
- Nationellt pass enl ICAO-standard utfärdat av polisen
- Nationellt identitetskort enl ICAO-standard utfärdat av polisen

Godkända leg.handlingar för patienter ej folkbokförda i Sverige är:

- Pass från konventionsland liksom övriga länder
- LMA-kort utfärdat av Migrationsverket (LMA = lagen om mottagande av asylsökande)

Av dokumentationen ska framgå senast kända adress eller andra möjliga kontaktuppgifter.

3.5.4 Skyddad identitet

Normalt sett är personuppgifter i folkbokföringsregistret offentliga men under vissa omständigheter kan en patient ha skyddad identitet, speciellt när det föreligger en hotbild mot personen.

Nivåer

Tre nivåer av skydd förekommer:

1. *Sekretessmarkering* – adressuppgifterna ”mörkas” och bara några enstaka personer på Skatteverket har tillgång till dem.
2. *Kvarskrivning* – personen flyttar, men är fortfarande skriven i sin tidigare församling.
3. *Fingerade personuppgifter* – personen får en helt ny identitet. Den verkliga identiteten finns bara hos Rikspolisstyrelsen (30-tal i landet).

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

Rutin

Vid sekretessmarkering:

- patienten ska styrka att skydd föreligger
- upprätta journal i **Omsorg 2000** - patientens namn och personnummer kan läggas upp
- ingen personlig adress eller telefonuppgifter får läggas upp
- patienten informeras om enhetens telefonnummer så att han/hon själv kan ta kontakt vid behov av vårdkontakt. *OBS! Upplys om att det är den skyddades eget ansvar att ta kontakt vid behov av ny vårdkontakt.*
- brevkontakt med patienten ska ske via Skatteverket, Sekretessgruppen, 205 52 Malmö – informationen till patienten läggs i kuvert och förslutes, kuvertet märks utanpå med personens namn och personnummer
- om adressuppgifter redan finns i journalsystemet/Omsorg 2000 ska journalen ”larmas”. Under knappen ”V” skrivs in att adressen inte får användas.

Vid kvarskrivning:

- patienten ska styrka kvarskrivning
- för dessa patienter ska endast pappersjournal upprättas
- i fältet för personnummer registreras istället dagens datum och firsiffrigt löpnummer.
- i fältet för namn registreras OID = oidentifierad person
- i fältet för adress registreras SEKRETESSKYDD
- patienten informeras om enhetens telefonnummer så att han/hon själv kan ta kontakt vid behov av vårdkontakt. *OBS! Upplys om att det är den skyddades eget ansvar att ta kontakt vid behov av ny vårdkontakt.*

Vid minsta osäkerhet ta kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska!**3.5.5 Informationsskyldighet**

Legitimerad personal som lägger upp ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att detta sker.

3.5.6 Tystnadsplikt, sekretess och samtycke.**Tystnadsplikt**

All personal har tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, t.ex. sjukdom eller behandling skyddas av sekretess och får som regel bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om patienten lämnat sitt samtycke.

”Den inre sekretessen”

Personal som inte deltar i vården kring patienten få inte utan samtycke läsa någon patients journal även om tillgänglighet och möjlighet finns. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

Sekretess och samtycke Sjuksköterskan eller annan legitimerad personal skall informera patienten om sekretessskyddet och fråga om samtycke för att få lämna upplysningar till anhöriga eller annan vårdgivare. Patienten meddelar på så sätt, att uppgifter om hur han eller hon mår, får lämnas ut och till vem som informationen kan lämnas. **Svaret skall dokumenteras (under "vårdtagarinfo")** i omvårdnadsjournalen.

3.5.7 Överkänslighet

Överkänslighet som kan leda till allvarliga eller livshotande tillstånd skall markeras i journalen med ordet **"VARNING"** antingen för hand med rödpenna, med röd stämpel, med röd etikett eller på annat iögonfallande sätt. I datajournalen skall dokumentationen ske i "inforutan". Varningen skall på ett tydligt sätt beskriva vad som intoleransen/ överkänsligheten avser, samt vem som skrivit in "varningen". Samtliga ovanstående dokument skall på förkommen anledning markeras.

Vid överflyttning till annan vårdgivare internt eller externt skall omvårdnadsepikris tydligt markeras med "VARNING". Omvårdnadsepikrisen skall i dessa fall alltid kompletteras med muntlig överrapportering av "varningen".

3.5.8 Språket

Dokumentationen skall vara skriven på svenska språket och vara tydligt utformad. Svårförståeliga facktermer och förkortningar skall om möjligt undvikas. Svenska sjukdomsbeteckningar kan kompletteras med latinska termer om tydligheten kräver det. Undvik fikonspråk ex. "jag har tappat patienten", "patienten flyter fritt".

3.5.9 Tidpunkt för vårdåtgärd/insats

Tidpunkt för vårdkontakt/åtgärd/insats ska tydligt framgå av journalen.

3.5.10 Signering

Varje anteckning i journalen skall innehålla uppgift om vem som svarar för anteckningen. Detta kan ske genom signum. En uppgift i en journalhandling är införd när den är signerad. Signering bör ske i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen.

Signeringslista

Det skall i alla verksamheter där man för journal finnas en lista över personalens signaturer kopplat till namn och befattning. I annat fall skall signering ske med namn och befattning i klartext.

3.5.11 Felaktig anteckning

En felaktig anteckning som är signerad får inte ändras eller göras oläslig. Skall en felaktig uppgift rättas så måste såväl den felaktiga uppgiften som rättelsen återfinnas i journalen. Ex. drag ett streck över den felaktiga anteckningen och skriv *felaktig anteckning*, därefter skrivs den rättade texten. Av rättelsen ska också framgå när den är gjord och av vem – signeras.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.6 Telefonförfrågan/rådgivning

Samtal som gäller vård och behandling eller uppgift som kan anses få betydelse framöver ska alltid dokumenteras. Dokumentationen skall ske i direkt anslutning till telefonkontakten/rådgivningen och så snart som möjligt tillföras omvårdnadsjournalen. Rådgivningen skall utvärderas.

Om kontaktorsak är annan än vård och behandling avgör den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen om dokumentation skall göras.

3.7 Utfärdande av intyg

- Vem?** Den som är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patient utfärda intyg om vården. Intyget överlämnas till patienten efter att denne har styrkt sin identitet.
- Intyg** Intyget skall utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter ([SOSFS 2005:29](#)) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.
- Annan än patient** Skall intyget översändas till annan än patienten själv skall skriftligt medgivande från patient erhållas.
- Ej medgivande** Kan det pga sjukdom eller handikapp inte erhållas något medgivande från patienten om utfärdande av intyg skall följande bedömning göras:
- Den som begär intyget skall ange för vilket ändamål intyget ska användas, eftersom detta har betydelse för bedömningen av utlämnandet.
 - Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt Offentlighets- och sekretesslagen ([2009:400](#)) 25 kap. 1 § *Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan den enskilde eller någon närstående till denne lider men.*
 - Vid tveksamhet kontakta medicinskt ansvarig sjuksköterska.
- Dokumentation** I omvårdnadsjournalen dokumenteras vem som begärt och erhållit intyget. Kopia på intyget biläggs journalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.8 Utlämnande av kommunal omvårdnadsjournal

Originaljournal Originaljournal får aldrig utlämnas till patient, annan företrädare eller annan vårdgivare. Inom kommunens hälso- och sjukvård kan omvårdnadsjournalen följa patienten.

Patienten själv Patienten har rätt att ta del av sin journal (undantag se Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap, 6§) efter prövning av ansvarig sjuksköterska. Vid tveksamhet kan medicinskt ansvarig sjuksköterska kontaktas. Patienten skall erbjudas hjälp vid genomgången.

Om man lämnar ut kopia på omvårdnadsjournalen, ska det antecknas i originaljournalen att kopia är utlämnad av och till vem. Identiteten ska styrkas.

Till annan Om annan än patienten själv begär journalkopia ska det finnas ett medgivande från patienten själv. Om inte medgivande kan erhållas på pga sjukdom eller handikapp skall utlämnande ske först efter prövning enligt nedan:

- Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 25 kap. 1 § *Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan den enskilde eller någon närstående till denne lider men.*
- Vid tveksamhet kontakta medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Om man lämnar ut kopia på omvårdnadsjournalen, ska det antecknas i originaljournalen att kopia är utlämnad av och till vem samt att utlämnandet skett efter prövning av Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap. 8§. Före utlämnandet ska mottagarens identitet styrkas.

Ej utlämnande Ifall ansvarig sjuksköterska gör bedömning att utlämnande av kopia på omvårdnadsjournal ej kan ske, ska följande iakttagas:

- den som begär handlingen ska erhålla skriftligt svar t.ex. ”att utlämnande av kopia på omvårdnadsjournal kan inte ske pga av enligt Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 8 §.”
- svaret skall också innehålla besvärshänvisning till Kammarrätten i Göteborg.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.9 Handhavande av omvårdnadsjournal**3.9.1 Förvaring**

Journaler skall hanteras och förvaras så att obehöriga ej får tillgång till dessa. Pappersjournal skall förvaras i låsbart och brandskyddat närarkiv. Vid tillfällig förvaring på t.ex. sköterskeexpedition skall journalerna förvaras under uppsikt eller under lås. *Journaler får inte förvaras i patientens hem.*

”Kontaktpärm” Arbetsblad kan förvaras efter medgivande hemma hos patienten. Pärmerna eller mappen bör då förvaras på ett sådant sätt att inte obehöriga kan läsa den utan patientens medgivande.

Kontaktpärmen eller ”Hemma hos mappen” kan innehålla ex.:

- Patientens identitet
- Kontaktpersoner
- Kopia på vårdplan
- Kopia på läkemedelskort/ordinationshandling – förvaras tillsammans med läkemedlen.
- Signeringslista – förvaras tillsammans med läkemedlen – ska återföras till journalen

3.9.2 Arkivering

Arkivering Avlidna vårdtagares pappersjournaler kan efter 6 månader arkiveras i kommunens centrala arkiv. Övriga vårdtagares journaler arkiveras i närarkiv 3 år, efter senaste anteckning därefter placeras journalen i kommunens centrala arkiv.

Vid arkivering av pappersjournal ska gem, plastfickor etc. plockas bort. Journalen ordnas i kronologisk ordning och placeras i **vit (A3-format)** pappersmapp. Upptill vä. hörn på mappens framsida skrivs Lagrum (HSL), patientens personnummer och datum när patienten är avliden samt ☩.

3.9.3 Gallring

Gallring Patientjournaler/omvårdnadsjournaler, oavsett vilka personalgrupper som skriver i dem, bör bevaras. De bör finnas kvar under patientens livstid och därefter (för framtiden) till forskningens förfogande.

Gallringsråd Nya gallringsråd är hämtade från Sverige Kommuner och Landsting: [Gallringsråd nr 6](#) – Bevara eller gallra? (Råd om landstingens, regionernas och kommunernas patientjournaler och övrig medicinsk dokumentation.)

SOCIALFÖRVALTNINGEN
MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

Patient-/omvårdnadsjournaler -allt som tillförs journalen som t.ex. anteckningar, brev, planer, listor, svar etc.	Bevaras	Avlidna i närarkiv 6 mån. Övriga i närarkiv 3 år efter senaste anteckning.
Bilder/fotografier	Bevaras	Ingår i patientjournal
Dosrecept/läkemedelslistor	Bevaras	Ingår i patientjournal
Läkemedelsjournal	Bevaras	Ingår i patientjournal
Förbrukningsjournal, narkotika – individuell	Bevaras	Ingår i patientjournal
Kvalitetsgranskning Apotek	Bevaras	Registreras och diarieförs
Instruktioner för läkemedelshantering	Bevaras	Registreras och diarieförs
Synonymlista/utbyteslista	3 år efter inakt.	
Nyckelförteckning till läkemedelsförråd	3 år efter inakt.	
Förbrukningsjournal, narkotika – förrådsadministration	10 år	
Beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser	3 år	Original förvaras hos den som delegerar.
Enskilda avvikelserapporter	3 år	Original förvaras i aktuell verksamhet.
Årlig sammanställning av avvikelserapporter	Bevaras	
Anmälningar enligt bestämmelser om Lex Maria	Bevaras	Registreras och diarieförs.
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), beslut som rör den egna vårdgivaren.	Bevaras	Registreras och diarieförs.
Patientskaderegleringen (PSR), beslut som rör den egna vårdgivaren.	Bevaras	Registreras och diarieförs.
Korrespondens i förtroendefrågor mellan vårdgivare och förtroendenämnd och/eller mellan vårdgivare och patient.	Bevaras	Registreras och diarieförs.
Register över medicintekniska produkter.	Bevaras	Inventarielistor
Kvalitetskontroller av medicintekniska produkter	3 år efter att produkten avyttrats	Kontroll utförs av särskild medicinteknisk personal.
Granskningsloggar	10 år	
Signaturförtydligandelistor	Bevaras	
Tidböcker/planeringsböcker	3 år	
Samordnad vårdplanering SVPL – Formulär 1 - Inskrivningsmeddelande, Formulär 2:1-2 Kallelse till SVPL Formulär 4:1-2 Utskrivningsmeddelande	3 år	Är ej att betrakta som journalhandling och kan därför förvaras i pärm hos mottagare av fax.
Samordnad vårdplanering SVPL – Formulär 3:1-2 Samordnad vårdplan, Rehabiliteringsplan Behandlingsmeddelande	Bevaras	Är att betrakta som journalhandling och förvaras därför i omvårdnadsjournalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

3.10 Säkerhet för elektronisk omvårdnadsjournal

Kontroll Det elektroniska dokumentationssystemet **Omsorg 2000** har ett inbyggt behörighetskontrollsystem BKS.

3.10.1 Inloggning, skärmläckare och signering

Inloggning Efter erhållen behörighet får användaren ett *user name* och ett *password*. Detta initiala password/lösenord ska vid första användandet bytas till ett eget valt lösenord som endast är känt av användaren. Password/lösenord för inloggning i dokumentationssystemet **Omsorg 2000** ska bestå av minst 6 tecken, varav minst 2 tecken ska vara siffror. Används i huvudsak siffror ska minst 2 tecken vara bokstäver.

Var rädd om ditt lösenord! Användaren har ansvar vad som skrivs under vederbörandes inloggning. Om du misstänker att ditt lösenord är känt av annan användare ska du omedelbart byta till nytt lösenord.

”Glömt lösenord” Användare som glömt user name eller password för **Omsorg 2000**, skärmläckare eller signering kontaktar systemadm. för erhållande av nytt.

Skärmläckare När användare lämnar datorn för kortare period ska skärmläckare aktivt kopplas in genom tryck på **Ctrl** och **F9**. Användaren ska även koppla in automatisk skärmläckare som aktiveras efter **5 min** inaktivitet. Tänk på att en skärmläckare låser datorn för andra användare som måste komma in på samma dator. Bättre då att gå ur **Omsorg 2000** helt genom **Alt + F4**.

Vid inaktivering av skärmläckaren ska minst 4 tecken användas.

Signering Vid signering ska minst 4 tecken användas. I övrigt se **3.5.6. Signering**. Kvarstående osignerade journalhandlingar är ett hot mot patientsäkerheten och får inte förekomma. En osignerad handling kan signeras av annan om det under inga omständigheter är möjligt med signering av den som fört in anteckningen. Någon annan tar då på sig ansvaret och bekräftar anteckningens riktighet samt signerar i eget namn. Att signera en anteckning åt någon annan med dennes identitet och lösenord är absolut inte tillåtet.

3.10.4 Kryptering

Kommunikation Kommunikation via **Omsorg 2000** krypteras enligt Windowsstandard med 128-bitars kryptering.

3.10.5 Lagring

All information som hanteras i **Omsorg 2000** lagras i fristående server hos Alfa K&L.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

- Hårddisk** Ingen informationen inom **Omsorg 2000** får lagras/sparas ner på arbetsstationens lokala hårddisk.
- Destruktion** Trots att ingen medvetet har sparat något på hårddisken finns ändå hanterad information/dokumentation inom Omsorg 2000 lagrad på hårddisken. För att denna information inte ska komma i orätta händer skall vid byte eller kassering av arbetsstation/dator hårddisken förstöras. För att säkra upp detta används ”Destruktionsintyg” – bilaga 5.

3.10.6 Kopiering och utskrifter

- Kopiering** Det är inte tillåtet att lägga över hel eller del av patientjournal på diskett, CD, USB-minne eller annat lagringsverktyg..
- Utskrifter** Vid utskrifter av journalhandling ska alltid skälet anges till varför utskrift görs. Tänk på att alla utskrifter loggas.

3.10.7 Patientinformation

Alla patienter som har en elektronisk omvårdnadsjournal ska ha sin ”vårdtagarinformation” och aktuell läkemedelslista utskriven och placerad i pappersjournal. Ansvaret för detta åvilar den som lägger in ny vårdtagare och den som gör förändringar i ”vårdtagareinformation”.

3.11 Driftsstörningar eller avbrott vid elektronisk journal.

Se bilaga 6

Eftersom **Omsorg 2000** är ett web-baserat system kan man dela upp eventuella driftsstörningar i två delar:

- Störningar i kommunens intranät och/eller internetuppkoppling.
- Störningar i verksamhetssystemet hos Alfa K&L.

3.11.1 Support

- Kommunen** Osby kommuns IT-support finns tillgängligt vardagar kl.08.30-15.00
- Alfakl** Alfa K&L’s support avdelning är tillgänglig vardagar kl.08.00-16.00.
- Övrig tid** Kontakta kollega eller systemadministratör för stöd och hjälp.

3.11.2 Avbrott

- Du kommer inte in i** Om du inte kommer in i kommunens intranät eller inte har någon internetuppkoppling kan du få support via kommunens IT-avdelning.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

kommunens eller tfn 500 (internt)**intranät** Först bör du kontrollera följande:

1. Är alla aktuella sladdar kopplade till datorn?
2. Finns det elektrisk ström till kontoret?
3. Har dina kolleger på arbetsplatsen samma problem?
4. Stäng av och starta om datorn.

Du kommer inte in i Om du kommer in i kommunens intranät men inte kan kopplas upp till **Omsorg 2000** kan du få support vardagar kl.8.00-16.00 hos Alfa K&L**Omsorg 2000** men vänd dig i första hand till någon av systemadministratörerna.Alternativt support@alfakl.se fax nr 040 – 232 655- se bilaga 7.

Först bör du kontrollera följande:

1. Stäng av och starta om datorn.
1. Har dina kolleger på arbetsplatsen eller i kommunen samma problem?
2. Kontakta någon av kommunens systemadministratörer.

Vid avbrott på annan tid Om du under annan tid än vardagar kl.08.00-16.00 inte kommer in i det elektroniska journalsystemet får du göra följande:

1. Stäng av och starta om datorn.
2. Sök hjälp hos andra kollegor som är i tjänst. Kan någon annan komma in systemet och därmed hjälpa dig med akut vårdtagarinformation.
3. Kontakta någon av systemadministratörerna. **OBS! Ej nattetid.**
4. Om du ändå inte kommer in i systemet:
 - Använd vid behov aktuell vårdtagarinfo och läkemedelslista som finns i pappersjournal.
 - Behandla vårdtagaren endast utifrån kända fakta.
 - Dokumentera i pappersjournal till dess att systemet åter är tillgängligt.
5. Skriv avvikelserapport.
6. Meddela arbetsledning och kontakta aktuell supportenhet **snarast** nästkommande vardag.
7. När systemet åter är i bruk ska dokumentationen snarast föras över till den elektroniska omvårdnadsjournalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

4. Nationell patientöversikt – NPÖ

Nationell patientöversikt - NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

4.1 Syfte

Syftet är att få en samlad information av patientens vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. Genom NPÖ kan legitimerad vårdpersonalen vid behov, och om det har betydelse för den enskildes vård, ta del av vårdtagarens vårdhistoria. På så sätt kan vårdpersonalen få ett bättre beslutsunderlag för diagnos och behandling när någon behöver vård i den kommunala hälso- och sjukvården.

4.2 Information till patient/närstående

Patient och i förekommande fall närstående ska ges information om vad sammanhållen journalföring och nationell patientöversikt innebär. Informationen ska vara såväl muntlig som skriftlig. Som skriftlig information ska *Information till patient/närstående/kommunens hemsida* användas – bilaga 8.

4.3 Information till vårdpersonal

Information till vårdpersonal – bilaga 9.

4.3.1 Manual för inloggning i NPÖ

Manual för inloggning i NPÖ – bilaga 10.

4.4 Vårdrelation

En förutsättning för direktåtkomst till NPÖ är att det finns en vårdrelation. Det innebär en professionell relation till en patient grundad på uppdrag att ansvara för aktiviteter föranledda av patientens vård.

4.5 Samtycke

Innan direktåtkomst till ospärrad vårddokumentation i sammanhållen journalföring får användas, måste samtycke inhämtas från patienten.

4.5.1 När samtycke inhämtas

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut eller sjukgymnast frågar om samtycke vid varje ny vårdrelation. En individuell bedömning görs om patienten kan ta emot information och om samtycke kan efterfrågas. Informera enligt *bilaga 8*. Samtycket dokumenteras under samtycke i Omsorg 2000 journalsystem. Samtycket registreras under <samtycke-sammanhållen journalföring NPÖ>. Samtycket registreras även i ”anmärkning” för att alla snabbt ska få en överblick där samtycket inhämtats. I anmärkning ska även stå, till vilket datum samtycket gäller.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

4.5.2 När samtycke inte kan inhämtas från den enskilde

Om patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning för samtycke ska legitimerad personal i samråd med patientens legala företrädare, *närstående* eller på annat sätt försöka ta reda på patientens ställningstagande i frågan. Dokumentera under samtycke i Alfa omsorgs journalsystem hur samtycket är inhämtat.

4.5.3 Nödåtkomst

Om samtycke inte kan inhämtas, får direktåtkomst i sammanhållen journalföring endast ske om en nödsituation föreligger (nödåtkomst) och **att vårdokumentationen kan antas ha betydelse för patientens liv och hälsa**. Exempel på när nödåtkomst ska användas, är när patienten inte har en legal ställföreträdare eller närstående som kan vägleda i inhämtande av patientens samtycke. Patientens samtycke kan inte inhämtas på grund av exempelvis medvetslöshet. Nödåtkomst gäller endast för en nödsituation och skall dokumenteras under samtycke i Omsorg 2000 journalsystem samt en journalanteckning om varför informationen var viktig att göra i den uppkomna situationen.

4.5.4 Tidsbegränsat samtycke

Samtycket är tidsbegränsat och kan gälla högst ett år, därefter ska samtycket omprövas.

4.5.5 Avbrutet samtycke

Patienten kan välja att när som helst avbryta sitt samtycke till sammanhållen journalföring. Om patienten avbryter samtycket, skall det dokumenteras under samtycke i Omsorg 2000 journalsystem. Då får personalen inte längre gå in och titta i den sammanhållna journalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

5. Loggning

I patientdatalagen framgår att en vårdgivare är skyldig att se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras. Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter så kallade logguppföljningar.

Den som obehörigt bereder sig tillgång till patientuppgifter i ett vårdinformationssystem kan dömas till dataintrång vilket kan leda till böter eller fängelse i högst två år enligt [brottsbalkens 4 kap 9c §](#).

Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att:

- Det av dokumentationen av åtkomsten (loggarna) framgår vilka åtgärder som vidtagits med patientuppgifterna,
- Det av loggarna framgår vid vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt åtgärderna vidtagits,
- Användarens och patientens identitet framgår av loggarna.
- Systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna görs,
- Genomförda kontroller av loggarna dokumenteras och
- Loggarna sparas i minst tio år.

5.2 Logguppföljning

Följande verksamhetssystem är föremål för logguppföljning:

- Alfa Omsorg 2000 – dokumentationssystem för insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Nationell Patientöversikt (NPÖ)
- Samordnad vårdplanering (SVPL-IT)

5.3 Framtagande och granskning av loggar

- Verksamhetschefen har huvudansvaret för logguppföljningen
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar fram loggutdrag enligt rutin.
- Arbetsledare gör kontroll av loggfiler på den egna personalen.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

5.4 Rutin för loggkontroll

Granskning av loggfiler kan ske på olika sätt:

1. **Vid systematiskt stickprovskontroll**
 - a) Stickprovskontroll sker 1 gång per månad under 24 tim-period.
 - b) 10% av den legitimerade personalen kontrolleras per gång.
 - c) All personal kontrolleras minst 1 gång per år.

2. **Kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation**

Kontroll kan exempelvis ske på begäran av patient, eller om personal har anledning tro att annan personal sökt bland journaluppgifter de inte har anledning att ta del av.

Det kan även finnas skäl att granska loggen för en viss vårdtagare om det rör sig om en offentlig person eller att det finns en vårdtagare som är involverad i en händelse som kan bli massmedialt uppmärksammas.

3. **Efter patientens begäran om loggutdrag**

Loggutdrag ska tas fram när en vårdtagare begär att få veta vem som har läst dennes journaluppgifter. Vid begäran om utdrag av logguppgifter underlättar det mycket om vårdtagaren kan avgränsa begäran så mycket som möjligt gällande tid och rum.

5.5 Genomförande av logguppföljning

När urvalet bestämts tas logglista fram från Alfa Omsorg 2000 och Inera Säkerhetstjänster gällande NPÖ. Följande punkter ska kontrolleras:

- Sekretess – att endast behöriga användare kommer åt journalinformationen.
- Finns en vårdrelation.
- Finns samtycke för tillgång till vårdtagarinformation.

5.6 Resultat utan anmärkning

Genomförda granskningar och dess resultat ska alltid dokumenteras på *Granskningsprotokoll* - bilaga 4. Granskningsresultat noteras på logglistan med datum och namnunderskrift.

Logguppföljningen presenteras för verksamhetschefen.

Logglistan sparas i 10 år.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-10-27

5.6 Resultat med avvikelser

Granskningsresultat med misstanke om felaktigheter ska dokumenteras på logglistan och översändas till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Masen analyserar avvikelserna och tar kontakt med den användare det gäller. Bedöms det efter utredning inte finnas någon misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation kan ärendet dokumenteras och avslutas.

Visar analysen att det varit ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning så tar medicinskt ansvarig sjuksköterska ställning för Lex Maria-anmälan. Verksamhetschefen tar ställning till om arbetsrättsliga åtgärder ska övervägas. Stöd för detta regleras i Allmänna bestämmelser (AB01) och kan t ex innebära avstängning med eventuellt avsked, varning med disciplinpåföljd eller enskilda samtal. Som disciplinpåföljd kan vara behörighetsbegränsningar och riktade loggkontroller under viss tid.

Om överträdelsen bedöms så allvarlig att den kan strida mot svensk lagstiftning, ska ärendet polisanmälas av verksamhetschefen.

Vid ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning ska detta dokumenteras i en rapport och verksamhetschefen ska kontrollera att verksamhetens rutiner – instruktioner, information samt förekommande utbildning är tydliga och kända hos alla medarbetare.

Nämnden ska alltid underrättas vid misstanke om avvikelser.

6. Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjerna :

[SFS 1982:763](#) Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag

[SFS 2010:659](#) Patientsäkerhetslag.

[SOSFS 1997:10](#) Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

[SFS 1986:203](#) Förordning om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården. Upphävd 2008

[SOSFS 2005:29](#) Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.

[SOSFS 2008:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

[SFS 2009:400](#) Svensk författningssamling. Offentlighets- och sekretesslag.

[SFS 1990:782](#) Svensk författningssamling. Arkivlagen.

[SFS 1998:204](#) Svensk författningssamling Personuppgiftslag.

[SFS 2008:355](#) Patientdatalag