

 ULRICEHAMNS KOMMUN	Dokumentnamn:	
	Rutin för kontroll av åtkomst till patientuppgifter	
	Berörd verksamhet:	
	SektorVälfärd	
Upprättad av:	Godkänd av:	Giltigt från:
MAS, systemförvaltare	MAS	2016-05-01

Rutin för kontroll av åtkomst till patientuppgifter inom hälso- och sjukvården

Bakgrund och syfte

Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvården styrs av Socialstyrelsens föreskrifter.

SOSFS 2008:355 och SOSFS 2008:14. Dessa föreskrifter tydliggör ansvar för informationshantering och journalföring för vårdgivare, verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal och andra befattningshavare.

Behörighet till patientjournal inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem är knutet till befogenheter, ansvar och mandat. Patientens integritet måste enligt lag beaktas.

Styrning av behörigheter utgår ifrån vad som är nödvändig information för vårdpersonal och andra befattningshavare för att kunna ge en god och säker vård och omsorg.

Varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter som är kopplat till yrkeskategori och enhet. Rättigheterna tilldelas utifrån beställning som görs av närmsta chef vid anställning.

Utförda åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och sparas i dokumentationen för att säkra vårdkvalitet och patientsäkerhet. Vårdgivaren ska också kunna utöva tillsyn och framställa statistik om hälso- och sjukvård. Varje beslut om tilldelning föregås av en behovs- och riskanalys.

För att vårdgivaren ska kunna säkerställa att åtkomst till journaler sker på ett för patienten säkert sätt, skall kontinuerligt insamlande av information om de operationer som utförs i systemet granskas, så kallad loggranskning. Vårdgivaren har ansvar att säkerställa genomförandet av den löpande granskningen av loggar. Detta sker varje kvartal.

Kontroll av åtkomst till patientuppgifter

Vid inloggning i dokumentationssystemet framkommer användarens och patientens identitet, tidpunkt, område samt åtgärder som har vidtagits. Dessa punkter ska granskas vid kontrollen.

Systematiska och återkommande stickprovskontroller ska genomföras enligt förutbestämd intervall.

Analys av loggar och dokumentation/arkivering av loggar ska ske. Loggarna ska sparas minst 10 år.

Patienten skall, efter begäran hos vårdgivaren få information om vem och vilken vårdenhet som haft åtkomst till patientinformation, tidpunkt samt om åtkomsten varit befogad eller inte.

Genomförande

Systemförvaltare väljer slumpmässigt utvald person på enheten som ska granskas, läggs in i mapp på G:ÄO/ledning/logggranskning. Privat utförare erhåller uppgiften via e-post.

Granskning sker en gång per kvartal. För sjuksköterskegruppen genomförs granskning en gång per år.

Återkoppling skall ske till den granskade oavsett resultat av granskningen från avdelningschef och enhetschef.

Resultat från granskning läggs in i mappen logggranskning
G:\VO\Äldreomsorg\Ledningsgrupp\Loggranskning.

Privat utförare meddelar kommunens MAS om avvikelse upptäcks.

Ansvar

Löpande granskning genomförs på följande sätt:

Systemförvaltare:

tar fram loggutdrag på namngiven person och lägger dessa på
G:/Äldreomsorg/Ledningsgrupp/Loggranskning eller sänder till privat utförare via e-post.

Enhetschef:

granskar sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller omvårdnads-personal.

Avdelningschef:

granskar enhetschef.

MAS:

Överträdelse av otillåten åtkomst av patientuppgifter skall alltid rapporteras till MAS.
rapporterar överträdelse.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård:

åtgärdar överträdelse

Beslut om polisanmälan tas av vårdgivaren.

Dokumentnamn	Förvaringsplats	Ansvar	Arkiveringstid/gallring
Rutin för kontroll av åtkomst till patientuppgifter	Styrdokument Hälso- och sjukvård	MAS	