

Protokollsutdrag

Protokollsutdrag från styrelsemöte 2016-09-22 i Inera AB.

§8 Ramverk för Journalen

Ett förslag till nytt ramverk för invånares direktåtkomst till sin journalinformation har utarbetats av Inera i samarbete med SKL. Underlag till ramverket har inhämtats genom två nationella konferenser och en workshop där samtliga landsting och regioner, ett stort antal patientorganisationer samt fyra yrkesförbund var inbjudna. Efter workshopen har deltagarna dessutom fått möjlighet att återkomma med synpunkter på mejl, och det har även programrådets medlemmar.

Inera och SKL har så långt möjligt försökt tillmötesgå de synpunkter som har framförts på ramverket. Dock med undantag för Sveriges Läkarförbund, som ifrågasätter den schablonmässiga menprövning som är grunden för funktionaliteten i e-tjänsten Journalen. Skulle den schablonmässiga menprövningen upphöra så faller hela möjligheten att göra journalerna tillgängliga via e-tjänster på det sätt som idag görs.

Beslutsunderlag; Ramverk för invånares åtkomst till journalen v 8, Bilaga 1 Juridiska frågeställningar, Bilaga 2 Så fungerar tjänsten Journalen

Styrelsen beslutar

- att** fastställa Ramverk för invånares åtkomst till journalen
- att** rekommendera landsting och regioner att fastställa ramverket
- att** föreslå hälso- och sjukvårdsdelegationen att rekommendera landsting och regioner att fastställa ramverket
- att** paragrafen förklaras omedelbart justerad

Utdragets riktighet bestyrkes

Helena Svedberg
Sekreterare i styrelsen

Ramverk för invånares åtkomst till journalen

Gemensamma principer, målbild och riktlinjer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster

Innehåll

1. Ramverk för enskilda direktåtkomst till journalinformation	3
1.1 Principer för information som görs tillgänglig	3
1.2 Principer för information som inte görs tillgänglig	3
1.3 Målbild	4
Bilagor	4

Nedanstående gemensamma principer och målbild ska fastställas på politisk ledningsnivå i landsting och regioner och ligga till grund för den fortsatta utvecklingen och implementeringen av enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation.

1. Ramverk för enskilds direktåtkomst till sin journalinformation

1.1 Principer för information som görs tillgänglig

Principerna avser genomgående landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård.

Med invånare avses genomgående personer från 16 år.

Med all digital journalinformation avses den information som stöds av Ineras tjänsteplattform, även bakåt i tiden.

De gemensamma principerna är:

- All digital journalinformation i landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård, som får lämnas ut till invånaren, ska göras tillgänglig genom direktåtkomst
- Informationen ska göras tillgänglig direkt när den är införd i patientjournalen
- Invånaren ska själv kunna välja vilken information hen vill se, och om närstående ska bjudas in att ta del av uppgifter och i vilken grad
- Vårdnadshavare ska ha tillgång till barns uppgifter till det att barnet fyller 13 år
- Beroende på barnets situation ska det i enskilda fall gå att förlänga eller förkorta vårdnadshavares tillgång till barnets information, samt tidigarelägga barnets egen tillgång till sin information

1.2 Principer för information som inte görs tillgänglig

I undantagsfall kan information döljas från den enskildes direktåtkomst.

Det är inte information från någon specifik organisation, vårdenhet eller yrkesgrupp som avses utan särskilda situationer där specifik information, med stöd av offentlighets- och sekretesslagen, kan undantas från den enskildes direktåtkomst. Det gäller:

1. Uppgifter om uppgiftslämnare (tredje person) i en journalanteckning.

2. Uppgifter om patienten själv, om det är av synnerlig vikt med hänsyn till ändamålet med pågående vård och behandling att uppgiften inte lämnas ut till patienten *

3. Uppgifter som kan vara till men för en person som befinner sig i våldsutsatthet.

4. Uppgifter som är föremål för förundersökningssekretess på begäran av polis eller åklagare.

* Denna bestämmelse ska tillämpas endast i undantagsfall och gäller endast patienter som är under pågående vård och behandling. En patient som är färdigbehandlad kan inte nekas tillgång till journaluppgifter om sig själv.

1.3 Målbild

Vid utgången av år 2020 har alla invånare tillgång till all information om sig själv som dokumenteras i landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård, och vårdnadshavare har tillgång till barns information till det att barnet fyller 13 år.

Bilagor

Bilaga 1 Juridiska frågeställningar

Bilaga 2 Så fungerar e-tjänsten Journalen

Ramverk för invånares åtkomst till journalen

Bilaga 1

Juridiska frågeställningar

Innehåll

Juridiska frågeställningar.....	1
1. Juridiska frågor och svar	3
1.1 Var finns bestämmelserna om patientens direktåtkomst till sin egen journal?	3
1.2 Är en vårdgivare skyldig att erbjuda direktåtkomst åt patientkollektivet?.....	3
1.3 Har ett ombud åt en patient, till exempel en anhörig, en rätt att få ta del av patientens journaluppgifter genom direktåtkomst?	3
1.4 Har patienten rätt att få ta del av alla vårdrelaterade uppgifter om sig själv?	4
1.5 Har en patient rätt att överklaga en vårdgivares beslut att inte lämna ut journaluppgifter?	4
1.6 Måste vårdgivare i varje enskilt fall pröva vilka uppgifter som inte får lämnas ut?	4
1.7 Får patienten även ta del av journalanteckningar som ännu inte har signerats av vårdgivaren?.....	5
1.8 Ska en anteckning eller en handling tillföras patientjournalen så snart som möjligt efter en vårdhändelse?.....	6
1.9 Är minnesanteckningar och mellanprodukter också allmänna handlingar?	6
1.10 Får en vårdgivare neka utlämnande av vårddokumentation till en patient med hänvisning till behovet av "rådrum"?	7
1.11 Råder ett barn över sin patientjournal först vid 18 års ålder?	7
1.12 Har vårdnadshavare rätt att ta del av barnets patientjournal genom direktåtkomst upp till 16 års ålder?	8

1. Juridiska frågor och svar

Nedan följer frågor och svar med avseende på olika rättsfrågor som aktualiseras med e-tjänsten Journalen. Syftet är att klarlägga gällande rätt och tillhanda stöd i landstingens beslutsprocess om principerna för en enhetlig tillämpning av Journalen.

1.1 Var finns bestämmelserna om patientens direktåtkomst till sin egen journal?

Bestämmelser om patientens direktåtkomst finns i 5 kap. 5 § patientdatalagen. Av den framgår att en vårdgivare får medge en ”enskild” direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 PDL. Här avses alltså direktåtkomst till olika slag av vårdokumentation. Regeringen motiverade bestämmelsen om direktåtkomst på följande sätt: ”Att ge patienter direktåtkomst till sina patientuppgifter bidrar till deras möjligheter att på ett bättre sätt aktivt delta i sin vård” (prop. 2007/08:126 s. 158). Enligt samma bestämmelse får den ”enskilde” också medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen PDL, det vill säga dokumentation om kontroll av hälso- och sjukvårdspersonalens elektroniska åtkomst till patientjournalen.

1.2 Är en vårdgivare skyldig att erbjuda direktåtkomst åt patientkollektivet?

Nej. Det är en möjlighet enligt lagen. Den möjligheten erbjuds genom Journalen. Alla landsting och regioner har dock, genom Handlingsplan 2013 – 2018, kommit överens om att erbjuda invånarna tillgång till sin journalinformation. Eftersom Journalen är en nationell e-tjänst för att främja patientmakt och individens medinflytande i den egna vården och behandlingen kan möjligheten lätt förvandlas till en orättvisa om inte alla vårdgivare sluter upp bakom tjänsten eller vid anslutning lämnar ut vårdokumentation på olika villkor. Utlämnande på olika villkor ger upphov till en ojämlig hälso- och sjukvård.

1.3 Har ett ombud åt en patient, till exempel en anhörig, en rätt att få ta del av patientens journaluppgifter genom direktåtkomst?

Det är en självklar rättighet för till exempel anhöriga till en patient att få aktivt delta i patientens vård om patienten så önskar (se fråga 1.1). Journalen är ett stöd både för patienter och anhöriga i dessa delar. Av 2 kap. 3 § patientdatalagen framgår vidare att behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt lagen ändå får behandlas av en vårdgivare, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Enligt självbestämmandeprincipen som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen ska ett sådant samtycke respekteras av vårdgivaren.

Kammarrätten i Stockholm har prövat den s.k. ombudsfunktionen i Journalen (dom 2016-06-10, mål nr 5402-15). Domstolen anser att funktionen är laglig. Enligt domstolen ger den enskildes samtycke enligt 2 kap. 3 § PDL lagligt stöd åt vårdgivare att ge direktåtkomst till ombud under samma förutsättningar som till den enskilde själv. Domen har överklagats.

1.4 Har patienten rätt att få ta del av alla vårdrelaterade uppgifter om sig själv?

Ja. Utgångspunkten enligt gällande rätt är att patienten har rätt att få ta del av all vårddokumentation om sig själv. Undantaget är sådana uppgifter för vilka sekretess gäller i förhållande till honom eller henne enligt 25 kap. 6 och 7 §§ offentlighets- och sekretesslagen. Det rör sig dels om uppgifter om patientens hälsotillstånd där det är av synnerlig vikt med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen att dessa inte lämnas ut till patienten, dels uppgifter om uppgiftslämnare i en anmälan till vårdgivaren om patientens hälsotillstånd. Undantag kan också råda för uppgifter som omfattas av s.k. förundersökningssekretess enligt 18 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Sådan sekretess råder för uppgifter i ett brottmål, oavsett hos vilken myndighet uppgifterna finns. Förundersökningssekretessen kan innebära en inskränkning i patientens rätt att få ta del av hela sin journal hos offentliga vårdgivare.

Utrymmet för att neka patienten att få ta del av sin eller sina journaler är alltså ytterst begränsat. Man bör också betänka att risken för men eller skada enligt vissa av sekretessbestämmelserna minskar ju äldre patientuppgifterna är, och att sekretessbestämmelserna sällan aktualiseras för historiska patientuppgifter hos vårdgivaren.

Om vårdgivaren endast medger den enskilde en begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter, ska vårdgivaren enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) informera honom eller henne om att det saknas information.

1.5 Har en patient rätt att överklaga en vårdgivares beslut att inte lämna ut journaluppgifter?

Ja, enligt gällande rätt har patienten rätt att få ta del av all vårddokumentation om sig själv, om det inte råder sekretess för uppgifterna (se fråga 1.4). Ett beslut av en offentlig vårdgivare (landsting, kommun eller staten) om att neka en patient att utfå journalhandlingar på papper eller att neka denne att få läsa handlingarna på stället kan alltid överklagas. En privat vårdgivare som nekar en patient att utfå efterfrågade journalhandlingar ska överlämna frågan för prövning till Inspektionen för vård och omsorg.

Som redovisas i fråga 1.2 är en vårdgivare inte skyldig att erbjuda patienter *direktåtkomst* till journaluppgifter. Det är en möjlighet enligt patientdatalagen. Ett beslut av vårdgivare att inte erbjuda patienter direktåtkomst till journaluppgifter som förvaras hos vårdgivaren kan alltså inte överklagas. Därmed kan ett beslut av vårdgivare om att lämna ut ett selektivt urval av journaluppgifter genom direktåtkomst inte heller överklagas.

1.6 Måste vårdgivare i varje enskilt fall pröva vilka uppgifter som inte får lämnas ut?

Nej. Uppgifter som är tillgängliga genom direktåtkomst anses utlämnade (röjda). Som regel ska en myndighet göra en konkret och individuell prövning av ett utlämnande, uppgift för uppgift. Ibland kan emellertid en sådan procedur vara praktiskt ogenomförbar. Myndigheten, till exempel en nämnd i ett landsting som ansvarar för hälso- och sjukvård, kan helt enkelt inte bilda sig en rimlig uppfattning om den särskilda skaderisk som kan vara förbunden med varje

enskild uppgift som kontinuerligt tillförs patientens journal och är tillgänglig för patienten genom direktåtkomst..

I sådana situationer får i stället en myndighet göra en schabloniserad menprövning, i analogi med vad som i förarbetena till sekretesslagen förordas vid så kallat massuttag (prop. 1979/80:2 Del A s. 80 f.). De kunskaper som myndigheten har om mottagaren eller mottagarna, hur dessa kommer att hantera uppgifterna och vilken risk för ytterligare spridning som finns, kan då – tillsammans med en bedömning av den skaderisk som typiskt sett är förbunden med uppgifter av aktuellt slag – i de allra flesta fall ge fullt tillräckligt underlag för bedömningen av om sekretessbestämmelsens skaderekvisit är uppfyllt och sekretess därmed gäller eller inte gäller gentemot mottagaren i fråga.

Den schabloniserade menprövningen eller skadeprövning kan vidare läggas till grund för ett menprövningsbeslut som fattas centralt av myndigheten. Skadeprövningen kan i sin tur bygga på en gemensam analys eller bedömning genomförd av en eller flera vårdgivare. I Journalen benämns denna bedömning ”ramverk”. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) ska den vårdgivare som medger en enskild direktåtkomst till sina patientuppgifter ansvara för att det finns ett ”system för bedömning” av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst. ”Ramverket” för Journalen är en viktig komponent i ett sådant ”system” som Socialstyrelsen efterlyser för bedömning av upprepade, automatiserade utlämnanden till samma mottagare, i detta fall patientens direktåtkomst i Journalen.

1.7 Får patienten även ta del av journalanteckningar som ännu inte har signerats av vårdgivaren?

Ja. Frågan är avgjord av Högsta förvaltningsdomstolen (HDF 2013 ref. 33). Hos en offentlig vårdgivare är journalanteckningar alltid allmänna handlingar. Det innebär att sådana anteckningar anses upprättade och utgör allmänna handlingar innan ”bläcket har hunnit torka”. Det saknar betydelse enligt domstolen om de är signerade eller inte. Enligt domstolens mening kan det i en journalhandling av det nu aktuella slaget inte förekomma anteckningar som endast är att betrakta som utkast eller arbetsversioner i den mening som avses i 2 kap. 9 § andra stycket tryckfrihetsförordningen. När anteckningen är tillförd journalen är den alltså allmän handling och ska lämnas ut till den som efterfrågar handlingen (om inte sekretess utgör hinder för utlämnande). Signeringen av en journalanteckning får inte enligt domstolen tillmätas någon betydelse för bedömningen av när anteckningen ska anses utgöra en del av den allmänna handlingen i tryckfrihetsförordningens mening.

När det gäller handlingar (intyg, röntgenbilder) så kan de bli allmänna handlingar vid olika tidpunkter beroende på vilken regel i tryckfrihetsförordningen som blir tillämplig, till exempel om den är upprättad av vårdgivaren själv eller inkommen till vårdgivaren. Generellt är alla inkomna handlingar till en offentlig vårdgivare allmänna handlingar och ska lämnas ut till patienten. Motsvarande gäller för upprättade handlingar; när de har justerats eller på annat sätt färdigställts är de allmänna handlingar, till exempel digitala röntgenbilder. Om handlingarna är relevanta för patientens vård och behandling eller administration i samband härmed ska de lämnas ut genom Journalen. Beträffande handlingar som inte ryms inom denna kategori, till exempel den särskilda journal som enligt lagen om genetisk integritet ska upprättas av en

vårdgivare över identiteten på en tredjepartsdonator, får patienten vända sig till vårdgivaren och begära utlämnande på annat sätt.

Privata vårdgivare omfattas inte av tryckfrihetsförordningens bestämmelser. I propositionen till den äldre patientjournalagen anför departementschefen i korthet att för de fall ”sådana frågor skulle bli aktuella inom den enskilda hälso- och sjukvården torde tryckfrihetsförordningens bestämmelser tjäna till vägledning” (prop. 1984/85:189 s. 38). Utgångspunkten är således att anteckningar och handlingar hos privata vårdgivare ska blir tillgängliga för patienten i lika stor utsträckning som hos en offentlig vårdgivare för att främja en jämlik hälso- och sjukvård.

1.8 Ska en anteckning eller en handling tillföras patientjournalen så snart som möjligt efter en vårdhändelse?

Ja. Enligt 3 kap. 9 § patientdatalagen ska uppgifter föras in i patientjournalen ”så snart som möjligt”. Med uttrycket ”föras in” avses både anteckningar i en journalhandling och infogande av journalhandlingar som upprättas inom verksamheten eller som inkommit utifrån. Vad som närmare menas tidsmässigt med ”så snart som möjligt” framgår inte av några förarbeten. Det lämnas öppet av lagstiftaren. I ett uppmärksammat tillsynsärenden förklarade Socialstyrelsen att medicinska händelser ska finnas inskrivna i patientjournaler inom två dygn efter händelsen (Socialstyrelsens beslut 2008-11-24, dnr. 44-9129/08).

På sin webbplats förklarar Socialstyrelsen emellertid att det torde vara omständigheterna i det enskilda fallet som får avgöra hur snabbt uppgifterna ska föras in i journalen. I akuta vårdfall där behandlingen är personalintensiv kan uppgifterna behöva föras löpande och kontinuerligt parallellt med behandlingen, medan i andra fall, till exempel vid en rutinhälsokontroll på en vårdcentral kan viss fördröjning godtas att föra in uppgifterna i patientjournalen. Det är behovet av uppgiften och patientsäkerheten som är avgörande.

1.9 Är minnesanteckningar och mellanprodukter också allmänna handlingar?

Nej. Minnesanteckningar och mellanprodukter är inte allmänna handlingar. Med minnesanteckning förstås promemoria och annan anteckning eller upptagning som har kommit till endast för ärendes föredragning eller beredning, dock inte till den del den har tillfört ärendet sakuppgift eller arkiveras. Minnesanteckningar som tillför ett vårdärende en sakuppgift är alltid en allmän handling. Justitieombudsmannen har i ett fall, JO 1968 s. 497, diskuterat i vad mån anteckningar av en tjänsteman kunde utgöra minnesanteckningar. JO uttalade då att anteckningarna innehöll sådant sakmaterial som tjänar som underlag för själva avgörandet i ärendet hos myndigheten, och att de då under inga omständigheter kunde betraktas som anteckningar till ledning för minnet eller eljest för arbetet som verkställt allenast för ett ärendes föredragning eller beredande till avgörande. Det finns alltså inte utrymme för minnesanteckningar i form av till exempel ”hypoteser” eftersom det torde utgöra en relevant sakuppgift.

Socialstyrelsen har sin handbok till föreskrifterna (SOSFS 2008:14) anfört att tillfälliga minnesanteckningar som används som underlag för uppgifter som ska föras in i patientjournalen kan räknas som arbetsmaterial, som kan förstöras när uppgifterna förts in i journalen.

Uppgifterna ska föras in i journalen så snart det är möjligt (se fråga 1.8). Om minnesanteckningarna förs i ordnad form och sparas längre tid anser Socialstyrelsen att de är att likställa med journalhandlingar.

En vårdgivare kan också skapa mellanprodukter i form av till exempel utkast. En mellanprodukt är en handling som innehåller uppgifter som i och för sig tillför ärendet något nytt i sak, men dessa uppgifter sedan överförs till en handling som upprättas. Som exempel på mellanprodukter kan nämnas digitala diktat. De är ett osjälvständigt mellanled till en färdig ”produkt”, det vill säga en journalanteckning. Diktaten får gallras. Om de inte gallras utan i stället ”arkiveras” blir de också allmänna handlingar hos en vårdmyndighet.

1.10 Får en vårdgivare neka utlämnande av vårddokumentation till en patient med hänvisning till behovet av ”rådrum”?

Nej. Med ”rådrum” avses en situation när en läkare behöver få rådrum att bedöma en fråga, till exempel ett provsvar om cancer, för att diskutera svaret med kollegor eller med patienten (Socialstyrelsen, Informationssäkerhet - Vägledning för hantering av information inom vård och omsorg, s. 35 och 61). Ett provsvar är dock normalt att betrakta som en allmän handling hos en offentlig vårdgivare, oavsett om det är mottaget från en annan vårdgivare eller har färdigställts av vårdgivaren själv, och ska lämnas ut på begäran av patienten snarast (se fråga 1.7). Det är inte heller en minnesanteckning eller en mellanprodukt (se fråga 1.8). ”Rådrum” strider således mot tryckfrihetsförordningens bestämmelser.

I Journalen innebär ”rådrummet” att vissa sjukvårdshuvudmän inte låter patienter del av journalinformation genom Journalen förrän efter en viss tidsrymd (normalt 14 dagar). Enligt patientdatalagen är det frivilligt för en vårdgivare att medge patienter direktåtkomst till sin egen vårddokumentation (se fråga 1.2). Det innebär att det egentligen står fritt för en vårdgivare att fördröja eller skjuta på patienters direktåtkomst till sin egen vårddokumentation. Av föreliggande ramverk framgår dock att utgångspunkten är att patienten ska få direktåtkomst till all sin egen vårddokumentation så fort den är antecknad, inkommen eller färdigställd.

Beträffande privata vårdgivare, se fråga 1.7 sista stycket.

1.11 Råder ett barn över sin patientjournal först vid 18 års ålder?

Nej. Regeringen har uttalat följande i frågan (prop. 2007/08:126 s. 153): ”Beträffande bedömning av mognadsgrad bör barn och tonåringar hanteras på motsvarande sätt som i den övriga verksamheten inom hälso- och sjukvården. I takt med den underåriges stigande ålder och mognad ska allt större hänsyn tas till barnets önskemål och vilja vad till exempel gäller om uppgifter om honom eller henne ska få göras tillgängliga för andra vårdgivare eller inte och vad gäller samtycke vid ospärrade uppgifter, jfr 6 kap. 11 § föräldrabalken.” Av den nämnda bestämmelsen i föräldrabalken framgår bland annat att vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

Datainspektionen har som tumregel sagt att vid ungefär 15 års ålder kan barn råda över frågor om sekretess och samtycke till personuppgiftsbehandling. Enligt den europeiska persondataskyddsförordningen, art. 8.1, ska tillhandahållare av e-tjänster som riktar sig mot bland annat barn inhämta vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen av barnets

personuppgifter i en sådan tjänst om barnet är under 16 år eller den lägre åldersgräns som medlemsstaten bestämmer, dock inte lägre än 13 år. 16 år är således en lämplig lägsta åldersgräns för att låta barn ta del av Journalen. (Förordningen träder i kraft 25 maj 2018.) Inget hindrar dock att åldersgränsen i enskilda fall sänks av ansvarig verksamhetschef efter samråd med barnet och vårdnadshavare.

1.12 Har vårdnadshavare rätt att ta del av barnets patientjournal genom direktåtkomst upp till 16 års ålder?

Nej. I Journalen är grundprincipen att vårdnadshavare har åtkomst till barns journal upp till det att barnet fyller 13 år. Ansvarig vårdgivare har dock i enskilda fall efter samråd med barnet och vårdnadshavare möjlighet att höja åldersgränsen och erbjuda vårdnadshavare åtkomst även efter det att barn fyllt 13 år.

Ramverk för invånares åtkomst till journalen

Bilaga 2

Så fungerar tjänsten Journalen

Innehåll

Så fungerar tjänsten Journalen	1
1. Så fungerar tjänsten Journalen	3
1.1 Säker inloggning krävs	3
1.2 Försegling	3
1.3 Information och hjälp	3
1.4 Åldersgräns	4
1.5 Vårdnadshavares tillgång till barns information	4
1.6 Informationsmängder	4
1.7 Osignerad information	5
1.8 Journalspärningar	5
1.9 Åtkomstlogg	5
1.10 Dela ut journalen till ett ombud	6
1.11 Uppdatera kontaktuppgifter	6
1.12 Formulär	6
1.13 Patientens egen notering	6

1. Så fungerar tjänsten Journalen

Detta är en beskrivning av planerad funktionalitet vid ingången av år 2017.

1.1 Säker inloggning krävs

För att logga in i Journalen som invånare krävs att man har en e-legitimation. Inloggning görs via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Till Journalens administrationsgränssnitt krävs inloggning med SITHS-kort.

Kravet på säker inloggning kommer ifrån SOS 2008:14 kap 2 där det i 13 § står: ”Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att en enskilds direktåtkomst till sina patientuppgifter och till dokumentation om åtkomst endast tillåts efter det att den enskilde har identifierats genom stark autentisering.”

1.2 Försegling

En användare kan försegla Journalen med en knapptryckning. Då går det inte att komma åt innehållet längre. Har användaren delat journalinformationen med ett ombud (se ovan) eller själv är ombud åt någon annan, så försvinner den möjligheten i samband med förseglingen.

Försegling kan även göras från Journalens administrationsgränssnitt, för de fall användaren inte har tillgång till Journalen eller inte vill logga in.

Försegling bör göras omgående om användaren ber om det.

Om användaren önskar få sin försegling upplåst görs det från Journalens administrationsgränssnitt. Det ska finnas en rutin hos varje huvudman för att säkerställa att det är den enskildes egen önskan och att inget hot föreligger.

Möjligheten till försegling av Journalen är i första hand tänkt som ett stöd för den som exempelvis lever med våld i en nära relation, och har anledning att misstänka att den våldsbenägne partnern ska tilltvinga sig tillgång till journalinformation.

Det är även möjligt för ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal, som bedömt det nödvändigt att försegling ska göras, att via Journalens administrationsgränssnitt försegla information från en viss enhet under en viss tid. Slutdatum måste alltid anges.

När Journalen är förseglad framgår inte detta i tjänsten utan där finns bara en upplysning om att ingen information finns att visa.

1.3 Information och hjälp

När användaren loggar in i Journalen måste hen godkänna en villkorstext, som också beskriver vart man kan vända sig med frågor. I första hand bör hänvisningen ske till landstingens och regionernas gemensamma webbplats 1177.se. I andra hand bör personlig kontakt med vårdgivaren erbjudas.

I tjänsten finns också uppgifter om vilken journalinformation som går att se hos de olika vårdgivarna. Detta visas under Sverigekartan och i menyalternativet ”Vad visas i Journalen”. Landsting och regioner publicerar informationen löpande och ska hålla den aktuell.

Dessa krav kommer från SOS 2008:14 kapitel 2 där det står i 15 § ”Om vårdgivaren endast medger den enskilde en begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter, ska vårdgivaren informera honom eller henne om detta. Vårdgivaren ska även informera den enskilde om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen”.

1.4 Åldersgräns

Man måste ha fyllt 16 år för att kunna logga in i Journalen från 1177 Vårdguiden.

Undantag från denna regel kan i enskilda fall beviljas av verksamhetschef, och gäller då för den verksamhet som verksamhetschefen ansvarar för.

1.5 Vårdnadshavares tillgång till barns information

Är man vårdnadshavare för ett barn har man automatiskt tillgång till barnets journal. Vilka barns journaler man har tillgång till visas på Journalens startsida. Den automatiska tillgången försvinner när barnet fyller 13 år.

Det kan finnas behov av att utöka vårdnadshavarens tillgång till barnets journal efter att barnet har fyllt 13 år. Det ska bedömas och beviljas av verksamhetschef, och gäller då för den verksamhet som verksamhetschefen ansvarar för.

Det kan också i undantagsfall finnas fall när sjukvårdshuvudmannen bedömer att vårdnadshavare inte ska ha tillgång till barnens journal. Det kan exempelvis vara när tvångsåtgärder övervägs. Det går då att helt stänga av vårdnadshavarens tillgång till barnets journal.

Vårdgivaren måste tillhandahålla en jourorganisation för att snabbt handlägga dessa ärenden.

1.6 Informationsmängder

Journalen stödjer ett antal så kallade informationsmängder, det vill säga olika kategorier av journalinformation, och samtliga ska visas för patienten. Information bakåt i tiden ska också vara tillgänglig. Målsättningen är att all journalinformation som är digitalt tillgänglig ska visas. Informationsmängderna i Journalen under 2016 är:

- Anteckningar
- Vårdkontakter
- Diagnoser
- Läkemedel
- Provsvar Klinisk kemi/Mikrobiologi
- Vaccinationer
- Konsultationsremiss
- Remisstatus

- Mödravård
- Förlossningsdata
- BVC tillväxtkurva
- Röntgen
- Loggar
- Journalspär
- Uppmärksamhetssignal
- EKG
- Frikort
- Formulär

1.7 Osignerad information

I Journalen kan användaren själv välja att ta del av uppgifter som är osignerade/ovidimerade och som är nyare än 14 dagar.

Uppgifter som är nyare än 14 dagar, eller som ansvarig vårdpersonal inte har hunnit signera/vidimera presenteras med markeringen Nytt/Osignerat eller Nytt/Ovidimerat

Om användaren klickar på en rad som markerats med Nytt/Osignerat eller Nytt/Ovidimerat så öppnas informationen och det finns en tydlig markering om att det är information som inte är kontrollerad av ansvarig vårdpersonal och som kan komma att ändras, eller att informationen är nyare än 14 dagar.

Via administrationsgränssnittet finns möjlighet att dölja enstaka journalavsnitt för enskilda patienter. Detta ska tillämpas i undantagsfall, enligt information i avsnittet ovan *Principer för information som inte görs tillgänglig*.

1.8 Journalspär

I Journalen visas de spärrar som finns i journalsystemen, och vilken information som ryms i respektive spärr. Av informationen framgår om det är en spärr som är satt för att begränsa hälso- och sjukvårdspersonalens tillgång till uppgifterna inom en vårdgivare eller om det är en spärr som patienten satt för att hen inte vill delta i en sammanhållen journalföring.

1.9 Åtkomstlogg

Åtkomstloggen visar datum, namn, roll och vårdgivare för dem som har öppnat journalen i vårdsystemen. Loggen visar både vårdpersonal, eventuella ombud som öppnat journalen samt användarens egen användning.

Primärt är denna funktion avsedd för att patienten skall kunna upptäcka obehöriga åtkomster från personer som har en koppling till patienten.

I anslutning till åtkomstloggen ska finnas en angiven kontakt dit patienten kan vända sig med frågor om loggen. Här är också lämpligt att informera om att vårdpersonal kan vara behörig och ha ett behov av att gå in i journalen, även om patienten inte haft direktkontakt med personen i

fråga. Anledningen kan exempelvis vara förfrågningar från andra vårdgivare, uppföljningar, fakturering eller andra patientadministrativa åtgärder.

1.10 Dela ut journalen till ett ombud

I Journalen finns en funktion som kallas Dela journal. Det är en ombudsfunktion som låter en användare bjuda in exempelvis en närstående att ta del av hela eller delar av journalinformationen under en viss period. Den person som utses som ombud måste aktivt acceptera delningen, för att journalinformationen ska bli tillgänglig. Delningen kan avslutas när som helst, både av den som journalinformationen gäller och av ombudet.

Om en person som har delat sin journal avlider ligger delningen kvar tills ombudet själv väljer att avsluta delningen.

1.11 Uppdatera kontaktuppgifter

Användaren kan via Journalen uppdatera kontaktuppgifter till sig själv och sina närstående, på ett sätt så att uppgifterna lagras i vårdgivarens journalsystem.

1.12 Formulär

Användaren kan via Journalen ta emot och skicka in formulär till vårdgivaren.

1.13 Patientens egen notering

En användare kan välja att göra en notering via Journalen, som sparas utanför patientjournalen i ett så kallat personligt hälsokonto, men med en länk till journalanteckningen. Patienten förfogar helt över sin egen notering och väljer om noteringen ska göras tillgänglig för personal i hälso- och sjukvården eller inte. Avsikten är exempelvis att en patient ska kunna göra egna minnesanteckningar eller framföra en avvikande mening. Patienten får information om att hälso- och sjukvårdspersonal bara kan ta del av noteringen i det fall patienten själv väljer att skicka noteringen till vården samt om personalen väljer att läsa noteringen. Funktionen är utvecklad så att varje sjukvårdshuvudman självständigt kan välja att tillämpa den eller inte.