

Rätt att ta del av patientuppgifter - Direktiv, Hälsa och sjukvård, Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte	1
2.	Ansvar och roller.....	1
3.	Regelverk för åtkomst till patientuppgifter.....	2
3.1.	Inre sekretess.....	2
3.2.	Inre spärr.....	2
3.3.	Yttre sekretess	3
3.4.	Yttre spärr.....	3
3.5.	Grundläggande regler.....	3
3.5.1.	Deltar i vården.....	4
3.5.2.	Inom en och samma vårdgivare	4
3.5.3.	Mellan olika vårdgivare/Sammanhållen journalföring	4
3.5.4.	Annat skäl för arbete inom hälso- och sjukvården.....	4
3.5.5.	Åtkomstloggar	5
4.	Dokumentinformation.....	5
5.	Kommunikation och implementering.....	5
6.	Referenser.....	5

1. Syfte

Detta dokument syftar till att närmare klargöra innebörden av patientdatalagens bestämmelser om hur den som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården i Region Gävleborg får ta del av patientuppgifter.

2. Ansvar och roller

Verksamhetschefen ansvarar för att tilldela behörigheter och beskriva de arbetsuppgifter medarbetarna har och därmed i vilka situationer medarbetarna har rätt att bereda sig åtkomst till patientuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar också för att lagstiftning, direktiv och rutiner är kända inom verksamheten

Behörighetstilldelning hanteras enligt separat rutin (se referenser).

Medarbetaren ansvarar för att känna till och iaktta gällande lagstiftning, direktiv och rutiner. Vid osäkerhet om reglerna ska alltid närmaste chef tillfrågas. Den som olovligen läser en patientjournal kan dömas för dataintrång enligt brottsbalken.

Obehörig läsning av elektronisk patientinformation hanteras enligt separat rutin (se referenser)

3. Regelverk för åtkomst till patientuppgifter

Utöver de bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården som följer av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) [OSL] och patientsäkerhetslagen (2010:659) [PSL] finns i patientdatalagen (2008:355) [PDL] uttryckliga bestämmelser för att förhindra en obefogad spridning av uppgifter om patienter som behandlas elektroniskt.

Det är aldrig tillåtet att söka uppgifter om sig själv, närstående eller någon annan person som man inte har en vårdrelation till eller om man inte ”av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården” (se definitioner under 3.5).

Rutin för journalutlämning ska följas vid behov av tillgång till egna eller anhörigs patientuppgifter..

Journalutlämning hanteras enligt separat rutin (se referenser).

3.1. Inre sekretess

För att kravet på inre sekretess ska kunna upprätthållas finns bestämmelser om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll. Med inre sekretess menas hela det område som har samma huvudman/vårdgivare. Hela den offentliga vården i regionen – såväl de sjukhus som drivs av regionen, alla mottagningar och regionens egna hälsocentraler tillhör samma inre sekretessområde oavsett journalsystem.

3.2. Inre spärr

En patient har möjlighet att förhindra digital åtkomst mellan vårdenheter inom samma vårdgivare genom att sätta en inre spärr. Om en patient sätter en inre spärr på vårdenhet så ska patientuppgifterna finnas digitalt åtkomliga inom vårdenheten men inte för andra vårdenheter inom vårdgivaren. Det ska dock framgå av journalsystemet att det finns spärrade uppgifter.

Om patienten har satt en spärr på andra vårdenheter får dessa uppgifter inte inhämtas utan samtycke från patienten eller att det föreligger ett nödläge. Detsamma gäller om patienten uttryckligen sagt att han/hon inte vill att uppgifter hos någon annan vårdenhet får inhämtas.

Spärrar hanteras enligt separat rutin (se referenser).

3.3. Yttre sekretess

Bestämmelserna om yttre sekretess avser förbud för en vårdgivare, att röja uppgifter, vare sig det sker muntligen, genom att allmän handling lämnas ut eller på annat sätt, till någon utanför vårdgivarens organisation. Detta innebär att uppgifter inte får lämnas ut om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskildes eller hans/hennes närstående lider men. Utlämnandet av uppgifter måste därför föregås av en menprövning.

3.4. Yttre spärr

En vårdgivare kan under vissa förutsättningar tillgängliggöra patientuppgifter via system för sammanhållen journalföring så att patientuppgifterna blir tillgängliga för andra vårdgivare. En patient kan dock välja att tacka nej till att delta i sammanhållen journalföring vilket innebär att en yttre spärr skapas. Patientuppgifterna blir då inte tillgängliga för andra vårdgivare såvida inte patienten samtycker till åtkomsten eller att det föreligger ett nödläge.

Om en patient valt att sätta en yttre spärr kring en vårdgivare så ska inte patientuppgifter tillhörande denne vårdgivare delges någon annan vårdgivare genom sammanhållen journalföring. För att ta del av spärrade uppgifter hos annan vårdgivare krävs att den vårdgivare som satt spärren ger möjlighet till åtkomst. Yttre spärr kan alltså inte forceras. Yttre spärr förhindrar dock enbart elektronisk åtkomst via sammanhållen journalföring och patientuppgifterna kan fortfarande begäras ut från respektive vårdgivare såsom allmän handling. På sedvanligt sätt ska då utlämnandet prövas utifrån offentlighets- och sekretesslagen.

Spärrar hanteras enligt separat rutin (se referenser)

3.5. Grundläggande regler

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för medarbetarnas behörighetstilldelning. Det innebär att verksamhetschefen är ansvarig för att varje medarbetares behov av och tillgång till patientuppgifter noga ska prövas och kontrolleras. Medarbetaren är ansvarig för användningen av sin behörighet. Även om denne har behörighet till uppgifter så kanske han/hon inte har befogenhet/rätt att ta del av dem.

Rätt att ta del av patientuppgifter bedöms alltid med hänsyn till medarbetarens behov av uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete och uppdrag.

Den som ska ta del av patientuppgifter ska alltid först fråga:

1. Deltar jag i vården av patienten eller behöver jag av annan anledning ta del av uppgifterna för vården av patienten?
2. Behöver jag av annat skäl uppgifterna för mitt arbete inom hälso- och sjukvården?

Är svaret nej på båda ovanstående frågor får patientuppgifterna inte inhämtas.

3.5.1. Deltar i vården

Formuleringen ”deltar i vården av patienten” innebär att medarbetare inom hälso- och sjukvården har rätt att ta del av patientuppgifter om medarbetaren deltar i vården av patienten och har behov av att ta del av uppgifterna för vården av patienten.

När deltagande i vården börjar och slutar kan vara svårt att exakt avgöra. Vården börjar normalt med att patienten kontaktar sjukvården, t.ex. genom telefonsamtal, e-post, brev eller besök. Vården får anses pågå så länge som vårdens uppföljningsansvar gäller, t.ex. återbesök, receptförnyelse etc.

3.5.2. Inom en och samma vårdgivare

Om patientuppgifterna inom samma vårdgivare behövs för behandlingen av patienten får dessa uppgifter inhämtas.

Om uppgifterna inte behövs för behandlingen av patienten får uppgifterna inte inhämtas. Ett antagande får då göras om uppgifterna behövs eller inte. Detta kan dock inte helt avgöras förrän uppgifterna har inhämtats.

3.5.3. Mellan olika vårdgivare/Sammanhållen journalföring

För att ta del av uppgifter hos en annan vårdgivare via system för sammanhållen journalföring krävs patientens samtycke eller att det föreligger ett nödläge.

Sammanhållen journalföring hanteras enligt separat direktiv (se referenser)

3.5.4. Annat skäl för arbete inom hälso- och sjukvården

Förutom för själva vården av patienten får patientuppgifter även inhämtas för t.ex. administration, kvalitetssäkring, statistikframtagning mm, för den som har i uppdrag att arbeta med dessa uppgifter. Men det kan också röra sig om ett särskilt

uppdrag av specifik eller tillfällig karaktär. I båda dessa fall krävs tilldelning av behörighet från verksamhetschef/motsvarande som ska dokumenteras.

Som ett stöd till den dokumentationen finns blankettmallen: Rätt att ta del av patientuppgifter vid särskilt uppdrag, blankett (se referenser).

3.5.4.1. Exempel Kvalitetsuppföljning

Om en enskild medarbetare efter avslutad vårdrelation behöver ta del av patientuppgifter för att följa upp resultatet för de patienter som han/hon har behandlat är detta tillåtet och ses som en del av verksamhetens kvalitetsarbete. Det får aldrig handla om nyfikenhet utan ska grunda sig på behovet att utvärdera om rätt åtgärder vidtogs eller om rätt diagnos ställdes. T ex en läkare behöver ta del av röntgenbilder m.m. från återbesöket för att kvalitetssäkra sin insats vid operationen och detta oavsett om det är en annan läkare som träffar patienten vid återbesöket.

3.5.5. Åtkomstloggar

Varje åtkomst av elektroniska uppgifter loggas. Det innebär att det finns möjlighet till uppföljning av vad varje medarbetare skaffat sig åtkomst till.

Åtkomstloggar hanteras enligt separat rutin (se referenser).

4. Dokumentinformation

Detta dokument är framtaget av IT-avdelningen och granskat av Jurist, Chefläkare, Informationssäkerhetsfunktion m fl.

5. Kommunikation och implementering

Dokumentet ska implementeras i linjens vanliga kanaler.

6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Behörighetstilldelning till system som hanterar patientuppgifter - Rutin	Platina
Obehörig läsning av elektronisk patientinformation	Platina
Journalutlämning	Platina
Patientbegärd spärr - Rutin	Platina
Sammanhållen journal - Direktiv	Platina
Rätt att ta del av patientuppgifter – Blankett för särskilt uppdrag	Platina
Loggkontroll, rutin	Platina