

Beskrivning av förändringar som verksamheter
måste ta hänsyn till i samband med införandet av



En gemensam journal

Version: 2.2

DokumentID: FB056-beskrivning

Datum slutfört: 2024-11-25

Original lagras elektroniskt. Användaren ansvarar för att gällande version används.

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Problemformulering	3
3	Beskrivning av förändringsbehovet	4
3.1	Patientdatalagen	4
3.2	Patientrelation.....	4
3.3	Samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i SDV.....	5
3.4	Aktiva val	6
3.5	Spärr	7
3.6	Patientnivådata	8
3.7	Nödöppning.....	8
4	Bilaga Exempel på nyttoeffekter	9

1 Sammanfattning

I samband med införandet av SDV införs en gemensam patientjournal vilket medför att vi får samlad bild av information om patienten. Patientdatalagen (2008:355)¹ möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare, men ställer också krav på att patientens integritet skall skyddas. Patienten kan begära att uppgifter inte ska visas för andra vårdenheter hos samma vårdgivare. Patienten kan också begära att uppgifterna inte får delas mellan vårdgivare. Det kallas för att spärra uppgifter i journalen.

Utgångspunkten för att kunna läsa och skriva i den gemensamma patientjournalen är att medarbetaren har en patientrelation med patienten, och att patienten medger samtycke vid informationstillgång från andra vårdgivare, och möjlighet finns för patienten till spärr av information kopplat till vårdenhet.

När vi i detta dokument nämner vårdgivare respektive vårdenhet, så är det utifrån givna definitioner. Begreppet vårdgivare definieras i Patientdatalagen (2008:355):

”Vårdgivare är en statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare)”.

Begreppet vårdenhet definieras inte i Patientdatalagen (2008:355), men förekommer i regler om till exempel spärrar inom en vårdgivare² och elektronisk åtkomst³. Det är vårdgivaren själv som fastställer vad en vårdenhet är utifrån förutsättningar i verksamheten. En vårdenhet kan vara en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, till exempel en vårdcentral, sjukhus, klinik eller vårdavdelning. Region Skåne har definierat vårdenhet i RD-beslut⁴:

”En vårdenhet likställs med den organisatoriska enhet som bär informationen om medicinsk specialitet. Denna enhet ska motsvaras av en, och endast en, medicinsk specialitet”.

2 Problemformulering

Inom hälso- och sjukvården i Skåne används idag flera system för att föra patientjournal. Detta medför att medarbetare inte kan läsa information om patient direkt i systemen mellan primärvården och den specialiserade vården. Inom respektive system finns sammanhållen journal för patienten, men inte mellan systemen.

Med SDV kommer primärvården och den specialiserade vården att läsa i en gemensam patientjournal. Denna sammanhållna patientjournal där verksamheter delar information om patient ställer höga krav på systemet och medarbetarna för att säkerställa patientens integritet i enlighet med Patientdatalagen (2008:355). Medarbetarna gör aktiva val som styr vilken information som visas.

Patientdatalagen möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare, men ställer också krav på att patientens integritet skall skyddas. Som i dagens system, krävs även i SDV

¹ [Patientdatalag \(2008:355\) Svensk författningssamling 2008:2008:355 t.o.m. SFS 2022:915 - Riksdagen](#)

² [Spärra patientuppgifter inom en vårdgivare \(inre spärr\). För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen](#)

³ [Elektronisk åtkomst. För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen](#)

⁴ [Organisatoriska begrepp inom vården tydliggöra inkl Beslut.pdf \(skane.se\)](#)

att patienten samtycker till sammanhållen journalföring. Patienten har fortsatt möjlighet att spärra journalanteckningar.

3 Beskrivning av förändringsbehovet

En gemensam journal innebär att all dokumenterad information om patient finns samlad på ett ställe, i ett system, oberoende till om patient har vårdats inom primärvården eller den specialiserade vården och oavsett om vårdenheten drivs i egen regi eller som ackrediterad privat vårdgivare.

De lagrum som vårdgivare ansvarar för att efterleva möjliggör gemensam journal, närmare bestämt Patientdatalagen, men ställer också krav på systemet som används för dokumentation, då patientens integritet fortsatt skall säkras och i viss utsträckning stärkas ytterligare.

För medarbetaren kommer förändringarna att vara olika beroende på om man idag är PMO-användare eller Melior-användare.

Utgångsläget för att få tillgång till och att dokumentera i gemensam journal i SDV är att det finns en etablerad patientrelation mellan medarbetaren och patienten. Nationell spärrtjänst kommer att användas då patient önskar spärra sin information. Spärrad information inom vårdgivaren kan nödöppnas vid behov, exempelvis vid akuta situationer.

3.1 Patientdatalagen

Patientdatalagens (2008:355) syfte är att:

- Informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.
- Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras.
- Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Patientdatalagen möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare, men ställer också krav på att patientens integritet skall skyddas.

Skånes digitala vårdssystem (SDV) är utformat för att möjligheten att dela patientinformation men även säkra patientens integritet.

Tänk på:

- Patientdatalagen (2008:355) möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare men ställer också krav på att patientens integritet skall skyddas.

3.2 Patientrelation

I samband med att man skall läsa eller föra patientjournal, behöver användaren ange i vilket syfte/ändamål man behöver tillgång till patientjournalen. Denna hantering är ny och går under benämningen *patientrelation*.

Varje roll i systemet (ex för sjuksköterska i primärvård) har en eller flera patientrelationer att välja på. Varje patientrelation har en förutbestämd giltighetsperiod och kan vara exempelvis 1 dygn, 30 dagar eller tills vidare (så kallade ”fasta patientrelationer”). Detta innebär att användaren då inte behöver välja en patientrelation igen inom denna tidsperiod. Exempel på tidsbegränsade relationer som finns att välja på är: Behandling/Vårddokumentation öppenvård, Konsultation/remisshantering.

Fasta patientrelationer har inte någon sluttid utan finns kvar tills man manuellt avslutar dem. Dessa rekommenderas användas exempelvis för medarbetare som är fast vårdkontakt åt patienten. Om medarbetare som varit fast vårdkontakt slutar vid enheten, eller fast vårdkontakt byts ut, behöver enheten ha rutiner för att administratör ska rensa bort inaktuella fasta relationer (i de fall medarbetaren själv inte gjort det).

Tänk på:

- För att få tillgång till informationen i en vårdhändelse eller i en patientlista måste man ange en patientrelation som beskriver för vilket ändamål man behöver tillgång till informationen.

3.3 Samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i SDV

Att ta del av andra vårdgivares dokumentation via sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är redan idag möjligt inom våra olika journalsystem inom primärvården (PMO) och den specialiserade vården (Melior). Med SDV kommer all journalinformation vara samlad i ett enda system och vi får en gemensam patientjournal.

I de fall när journalinformation är dokumenterad hos en annan vårdgivare, kräver gemensam journal att patienten samtycker till att personalen får ta del av journalinformationen. I detta avseende blir det ingen större skillnad mot hur detta hanteras i dagens vårdsystem.

Samtycke registreras genom den nationella samtyckestjänsten som är ansluten till SDV. Eftersom samtyckestjänsten är en nationell tjänst innebär detta att de samtycken som registreras i andra system anslutna till samtyckestjänsten, till exempel NPÖ, hämtas in och förs över till SDV vilket är nytt.

Alla andra vårdgivare

☐ Samtycke till sammanhållen journalföring krävs för att visa andra vårdgivare

Tillgång till uppgifter	Antal besök	Senaste besök	Vårdenhet
▼ Vårdgivare: Capho Geriatrik AB (1)			
☐ Samtycke krävs	1	2021-10-19	VE Intermedicin Simrishamn

* Åtkomst giltig till och med

2023-05-10

(AAAA-MM-DD)

Åtkomst återkallas efter detta datum.

Samtycke lämnat av

☒ Patient ☐ Vårdenhetskare

Samtycke krävs för att visa vårdenheter med språkade uppgifter inom din vårdgivare eller vårdenheter där det krävs samtycke till sammanhållen journalföring.

När samtycket registreras i SDV gäller samtycket den som registrerar samtycket men även per automatik all personal som är anställda inom samma vårdenhet, samma medicinska specialitet. Varje individ i personalgruppen behöver alltså inte registrera ett sådant samtycke. Patienten behöver inte heller tillfrågas fler gånger inom samma giltighetsperiod.

I verksamheter som ofta behöver ta del av bred journalinformation redan innan ett nybesök, är det lämpligt att utarbeta rutiner för att inhämta ett sådant samtycke från patienten redan innan besöket.

För patienter under 18 år, krävs inget samtycke innan barnet nått en sådan ålder och mognad att det själv kan samtycka till åtkomsten, vilket personalen bedömer vid det aktuella tillfället. Samtycke krävs när barnet bedöms ha ålder och mognad för att kunna samtycka.

Tänk på:

- Ett registrerat samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gäller oavsett vilket system det är registrerat i så länge systemet är anslutet till den nationella samtyckestjänsten och behöver inte dubbelregistreras.
- Samtycket för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gäller för den som registrerar samtycket, men även för övrig personal inom samma vårdenhets. Varje individ i personalgruppen inom vårdenheten, behöver alltså inte registrera ett sådant samtycke.
- I verksamheter som ofta behöver ta del av bred journalinformation redan innan ett nybesök, är det lämpligt att utarbeta effektiva rutiner för att inhämta ett sådant samtycke från patienten redan innan besöket.

3.4 Aktiva val

SDV ger, som beskrivet ovan, möjlighet att ta del av journaluppgifter från alla vårdgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Samtidigt är det viktigt att medarbetaren inte ser mer information än man har behov av i situationen, både av integritetsskäl och för att kunna överblicka informationen. SDV innehåller arbetsflödesvyer som är anpassade efter roll, specialitet och typ av vårdssituation. I arbetsflödesvyn kommer medarbetaren som utgångsläge visas information relevant för denna situation från öppnade vårdenheter inom den egna vårdgivaren. Exempelvis kommer anteckningstyper och laboratorieresultat relevanta inom endokrinologi visas medarbetaren vid ett läkarbesök inom endokrinologisk öppenvård.

Om samtycke till sammanhållen vård- och omsorgs dokumentation registrerats, visas samma relevanta typer av information även från andra öppnade vårdgivare.

För att se ytterligare information utöver det som bedömts relevant i standardfallet i den fördesignade arbetsflödena, kan medarbetaren via aktiva val i filter, menyer och vyer, få åtkomst till andra typer av anteckningar, resultat mm.

Tänk på:

- Arbetsflödesvyer ger medarbetaren en samlad tillgång till information som är relevant i situationen. Ytterligare information går att nå via aktiva val i SDV.

3.5 Spärr

I dagens vårdsystem sker registreringen av spärr manuellt, på begäran av patienten. I exempelvis Melior behöver man sätta spärr på varje vårdtillfälle vilket är ett stort arbete och det finns risk att man missar att sätta spärr då nya vårdtillfällen skapas. I slutenvård sätts spärren först efter utskrivning av patienten.

När SDV införs kommer vi att vara anslutna till den nationella spärrtjänsten. Detta innebär en förenklad hantering eftersom administreringen av spärr sker centralt och automatiskt hämtas in till systemet. Spärrarna blir direkt aktiva på vårdhändelser både bakåt i tiden men gäller även framtida nya vårdhändelser vid den vårdenhet som spärren gäller. Eftersom det inte sker något manuell spärrhantering innebär det även att slutenvårdstillfällen blir spärrade direkt. Detta är alltså en skillnad emot i dag.

Patientens begäran om att få spärra sin journal, beställs som i dag via ex 1177 och administreras av Journalservice. Spärr sätts på vårdenhetsnivå.

Spärr inom vårdgivaren kan, precis som i dagens system, tillfälligt hävas av medarbetaren när man behöver ta del av den spärrade informationen för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Detta kräver patientens samtycke och registreras i SDV. Denna hävning gäller då endast den som registrerat samtycket.

Din vårdgivare - Region Skåne (9)

Visa spärrade vårdenheter

☐	Tillgång till uppgifter	Antal besök	Senaste besök	Vårdenhet
☐	Visas nu	1	2023-05-05	VE obstetrisk vård Sus
☐	Samtycke krävs	1	2023-04-14	Spärrad av patient
☐	Visas nu	1	2021-06-04	VE Vårdcentralen Norra Faladen Lund
☐	Visas nu	1	2021-12-15	VE akutsjukvård Ystad

Medarbetare som är behöriga till den vårdenhet som spärr satts på, och är inloggade med sin rollprofil som bär detta medarbetaruppdrag, berörs inte av spärren utan kan utan samtycke/spärrhävning öppna vårdhändelser vid denna vårdenhet för att läsa eller dokumentera.

I Melior tillämpas inte spärr konsekvent i alla delar av journalen. Ett exempel är laboratorieresultat som i Melior inte döljs även om de kommer från spärrade vårdenheter. I SDV kommer laboratorieresultat från spärrade vårdenheter inte synas, om man inte häver spärren.

⚠ Tänk på:

- När det gäller spärrbegäran blir patientens samtliga vårdkontakter inom vårdenheten spärrade alltså även pågående slutenvård.
- Fler informationsmängder blir spärrade i SDV. Ett sådant exempel är laboratoriesvar.

3.6 Patientnivådata

För att säkerställa en god och säker vård kommer vissa informationstyper vara tillgängliga utan att ett samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation registrerats. Dessa informationstyper kan inte heller spärras. Sådan information lagras nämligen på en mer övergripande patientnivå och berörs därför inte av en spärr på en vårdhändelse. Det handlar t ex om överkänsligheter, läkemedelslista och kroniska diagnoser.

Även viss praktisk information i patientadministrativa modulen Revenue Cycle lagras på övergripande patientnivå, exempelvis tolkbehov, listning i primärvården och kontaktuppgifter till personer i patientens nätverk som vården ofta behöver samverka med (närstående, företrädare mm).

Tänk på:

- Uppgifter som lagras på patientnivå är exempelvis uppgifter om överkänslighet, läkemedelslista, kroniska diagnoser, tolkbehov, listning och kontaktuppgifter.
- Sådan patientnivådata berörs inte av spärr och delas över vårdgivargränserna oavsett om samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation registrerats.

3.7 Nödöppning

Vid valet att nödöppna journalen, blir all ospärrad information hos alla vårdgivare samt spärrad information inom vårdgivaren tillgänglig.

Nödåtkomst till patientuppgifter ×

Information om nödåtkomst

* Obligatoriska fält är markerade med en asterisk (*).

Åtkomst giltig till och med
2023-01-24, 17:20
Nödåtkomst återkallas efter detta datum.

*** Orsak till åtkomst**

Allvarlig risk, samtycke kan ej inhämtas ▼

Ange orsak till nödåtkomst. Användning av nödåtkomst granskas avseende missbruk.

Spärrad information hos annan vårdgivare öppnas inte. För att få tillgång till denna information behöver kontakt tas med den vårdgivare som äger informationen.

Åtkomst till information via nödöppning gäller endast den person som begärt nödöppning och gäller under en 24 timmars period. Nödöppning av journalen loggas.

Tänk på:

- Vid nödöppning öppnas all ospärrad information hos alla vårdgivare, samt spärrad information hos egen vårdgivare. Spärrad information hos annan vårdgivare öppnas ej.
- Nödöppning av journalen loggas.

4 Bilaga Exempel på nyttoeffekter

4.1 Inledning

Den omställningen som Region Skåne genomgår för att kunna nå önskade effektmål möjliggörs med systemet SDV och de principer SDV bygger på. Avsikten med att exemplifiera nyttoeffekter är att de ska kunna användas som diskussionsunderlag och stöd i arbetet med att identifierade nyttor och effektmål i och med SDV.

Exempel på nyttoeffekter har identifierats som konsekvens av respektive princip som den gemensamma IT-miljön Skånes digitala vårdssystem (SDV) grundar sig på. Nyttoeffekterna har klassificerats inom följande områden:

- Kvalitet
- Tidsaspekt personal
- Tidsaspekt patient
- Arbetsmiljö
- Kostnader

4.2 Lista av exempel på identifierade nyttoeffekter

4.2.1 Standardisering

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STANDARDISERING	1	Med SDV införs en gemensam patientjournal vilket medför att vi får samlad bild av information om patienten och möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare,	Kvalitet	Använd kompetensen rätt
STANDARDISERING	1	SDV möjliggör en bättre följsamhet av PDL.	Kvalitet	

4.2.2 Strukturerad dokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	Med SDV införs en gemensam patientjournal vilket medför att vi får samlad bild av information om patienten och möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare,	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt

4.2.3 Realtidsdokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
REALTIDS DOKUMENTATION	1	Med SDV införs en gemensam patientjournal vilket medför att vi får samlad bild av information om patienten och möjliggör att vi delar information om patient mellan vårdgivare,	Tidsaspekt Patient	Använd kompetensen rätt