



Granskning av journalföring

Rapport

Landstinget i Värmland

KPMG AB

2018-11-22

Antal sidor 23

Antal bilagor 2



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
1.1	Samlad bedömning	3
1.2	Rekommendationer	3
2	Inledning	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte och avgränsning	4
2.3	Revisionsfrågor	4
2.4	Metod	5
2.5	Ansvarig nämnd/styrelse	5
2.6	Projektorganisation	5
3	Informationssäkerhet	5
3.1	Övergripande säkerhetsstyrning, roller och ansvar	6
3.2	Behörighet, åtkomst och spårbarhet	8
3.3	Avvikelsehantering	9
4	Rutiner för journalföring	10
4.1	Kommentar	11
5	Journalgranskning	11
5.1	Allmänt om tidsgränser vid journalföring	12
5.2	Urval	13
5.3	Resultat av journalgranskning	14
5.4	Kommentarer till journalgranskningen	16
6	Svar på revisionsfrågor	17
	Bilaga 1	19
	Bilaga 2	22

1 Sammanfattning

Ett av syftena med denna granskning var att följa upp granskningen från 2011, Efterlevnad av Patientdatalagen, och det går att konstatera att de brister som då noterades i stort sett helt har hanterats. Vissa brister var redan åtgärdade till den uppföljning som gjordes 2014 men inte minst GDPR har lett till att de därefter kvarstående bristerna har åtgärdats. I viss mån kan en del av det som tidigare påtalats anses mindre relevant i dagens kontext, inte minst då utvecklingen inte alltid går att i detalj förutse. Några enstaka områden kan dock ändå anses kvarstå.

De åtgärder som genomförts handlar både om styrdokument, rutiner och riktlinjer samt roller och organisation. I bägge fallen får Landstinget i Värmland nu anses ha en tillfredsställande och ändamålsenlig struktur. Även om ett ledningssystem aldrig kan anses helt färdigt så är ändå tillräckligt mycket på plats för att anse att det föreligger möjligheter att utveckla detsamma. Rutiner och verktyg för att säkerställa patientintegriteten finns implementerade avseende både spärr och loggning.

Efter en del oklarheter under tidigare år gällande roller, mandat och grupperingar är vår bedömning att Landstinget i Värmland nu har landat i en tillfredsställande och ändamålsenlig lösning. Organisatoriskt ligger informationssäkerhetsansvaret i linjen och stödfunktioner till hjälp för hela organisationen finns etablerade. Dock noteras att kännedomen om, och engagemanget i, informationssäkerhetsfrågor i de delar av organisationen som inte har det i fokus till vardags, skulle kunna utvecklas.

Obligatoriska utbildningar, inte minst för att få behörighet att arbeta i journalsystemet, finns på plats. Granskningar av patientjournaler görs men framför allt i kvalitetsutvecklingssyfte (ex markörbaserad journalgranskning) samt i samband med händelseanalyser och vårdskador. Kvalitativa granskningar avseende journalgranskningarnas innehåll görs dock inte med regelbundenhet.

Det finns ett avvikelshanteringssystem som av vissa anses tungarbetat. Behörigheten till att ta del av avvikelser ligger framför allt i linjen och strategiska stödfunktioner förefaller inte ha naturlig access till det. Det går att ifrågasätta om detta är ändamålsenligt. Dessutom kan klassificeringen av avvikelser som rör information och kommunikation anses som något för grov. Man bör överväga möjligheten att kunna markera de fall där avvikelser rör informationssäkerhet.

Utförd granskning av 40 slumpvist utvalda journaler från innevarande år ger vid handen att lagstiftarens intentioner i gällande regelverk, med ett undantag är uppfyllda. Undantaget rör den indikation journalgranskningen ger vid handen om att det föreligger långa ledtider från det att patientbesök har skett, alternativt patienten har skrivits ut, till dess att journalanteckningen dels är inskriven och läsbar i journalen, och dels signerad. Här torde en djupare analys kring både orsaker och potentiella åtgärder vara av värde.

1.1 Samlad bedömning

Landstingsstyrelsen får anses ha säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över journalföringen vad avser rutiner, riktlinjer och organisation.

De åtgärder som föreslogs i samband med granskningen Efterlevnad av Patientdatalagen från 2011, har i stort sett helt genomförts.

Journalföringen i Landstinget i Värmland får även i stort sett anses ske i enlighet med gällande föreskrifter och regelverk. Det föreligger dock en tydlig indikation att ledtiderna avseende föra in respektive signera journalanteckningar, i förhållande till uppsatta tidsgränser, till för stor andel är för långa.

1.2 Rekommendationer

Landstingsstyrelsen rekommenderas att:

- tillse att giltigheten för dokumentet *Riktlinje för vårddokumentation* förnyas, då denna har löpt ut
- tillse att det i avvikelshanteringssystemet möjliggörs en närmare specificering om avvikelser inom området kommunikation/information är system- eller bemötanderelaterade för att bättre kunna följa upp orsaker och vidta rätt åtgärder
- tillse att orsakerna närmare utreds, respektive lösningar tas fram, till de långa ledtider som föreligger från patientkontakt till aktuell journalanteckning dels har förts in och dels har signerats
- tillse att det utöver de granskningar som utförs i kvalitets- och patientsäkerhetssyfte även genomförs regelbundna journalgranskningar kring hur väl journalernas innehåll lever upp till kraven i gällande författningar

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Informationsteknologi är idag en central och viktig del för i stort sett alla stödfunktioner i samhället. Så även för hälso- och sjukvården där elektronisk journalföring kanske är en av de tydligaste tillämpningarna inom området. I flera avseenden har systemen kommit att bli verksamhetskritiska men beroendet av dem medför även risker av olika slag. Sekretess och hantering av integritetskänslig information är två typexempel på detta.

System för elektronisk journalföring började införas på bred front under 1990-talet men det var först den 1 juli 2008 som Patientdatalagen (PDL) infördes. Med den följde en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. Enligt lagrummet så skall informationshantering inom hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet, patientnytta och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt

2018-11-22

behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras samt hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

År 2008 utkom även Socialstyrelsen med föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). I föreskriften tydliggörs vårdgivarens, verksamhetschefens, hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares ansvar när det gäller informationshantering och journalföring.

Revisorerna i Landstinget i Värmland genomförde 2011 "Granskning, efterlevnad av Patientdatalagen (2008:355)" för att följa upp hur väl den nya lagstiftningen implementerats i verksamheten. Ett antal rekommendationer lämnades till landstingsstyrelsen rörande bl.a. journalföring och hantering av patientinformation. En uppföljning gjordes 2014 i "Granskning av informationssäkerhet – patientinformation" där en del av rekommendationerna konstaterades åtgärdade medan andra kvarstod.

2016 ersattes SOSFS 2008:14 av HSLF-FS 2016:40, föreskrifter om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

I maj 2018 började dataskyddsförordningen, GDPR, att gälla. Syftet med denna är att skapa en enhetlig och likvärdig nivå av skyddet för personuppgifter i hela EU.

2.2 Syfte och avgränsning

Det övergripande syftet med denna granskning är att bedöma om landstingsstyrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över journalföringen. I syftet ingår även att göra en uppföljning av granskningen från 2011 rörande efterlevnad av Patientdatalagen samt att genomföra en journalgranskning för att säkerställa att journalföringen sker i enlighet med gällande föreskrifter och regelverk. Journalgranskningen ska omfatta momenten diktera, föra in samt signera journalanteckningar.

Granskningsarbetet avgränsas till att gälla verksamhetsåret 2018 och journalgranskningen avgränsas till de fyra verksamheterna Akutkliniken Karlstad, Kirurgi Arvika och Karlstad, Medicin Karlstad samt Sjukhuset i Torsby inom område slutenvård samt till fyra landstingsdrivna vårdcentraler inom område öppenvård.

2.3 Revisionsfrågor

- Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner, systemstöd och organisatoriska förutsättningar för journalföring?
- Finns det ändamålsenliga rutiner och ett stöd i journalsystemet som säkerställer patientsäkerheten och patientintegriteten vid journalföring?
- Har revisorernas synpunkter från granskningen 2011 beaktats?
- Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

2018-11-22

2.4 Metod

En metod bestående av ett flertal delar har ingått i denna granskning. Den övergripande metoden har tidigare återgivits i KPMGs anbud till revisorerna. Den specifika metod som använts i denna rapport beskrivs i bilaga 2.

2.5 Ansvarig nämnd/styrelse

Granskningen avser landstingsstyrelsen.

2.6 Projektorganisation

Granskningen har utförts av Staffan Gullsby och Andreas Endrédi. Rapporten har kvalitetsgranskats av Kristian Damlin, seniorkonsult. Samtliga som har intervjuats i rapporten har getts möjlighet att faktakontrollera innehållet.

3 Informationssäkerhet

Informationsteknologi har med tiden blivit en allt viktigare stödfunktion till hälso- och sjukvården. Den har minskat det manuella administrativa arbetet med enskilda uppgifter samtidigt som allt fler delområden kommit att omfattas av tekniken. Tillsammans har detta lett till att IT-relaterade arbetsuppgifter är en realitet för i stort sett all personal i hälso- och sjukvården. Tekniken har även medgett större möjligheter att registrera, jämföra och följa upp medicinska processer och är numer en viktig aspekt av patientsäkerhetsarbetet. Att återgå till en manuell hantering i dessa avseenden är inte realistiskt. IT-relaterade processer ökar möjligheterna till en snabb, säker och resurseffektiv vård.

Samtidigt har tekniken fört med sig nya risker och utmaningar. Både journal- och persondata är enklare att distribuera till obehöriga samtidigt som tillgången till uppgifterna är kritisk för behörig personal. Detta har lett till att frågor kring informationssäkerhet har blivit allt viktigare vilket även avspeglar sig i utvecklingen på lagstiftningens område.

Landstingets revisorer utförde 2011 en granskning av efterlevnaden av patientdatalagen. Den samlade bedömningen av granskningen var att landstingsstyrelsen inte säkerställde att landstinget efterlevde gällande lagstiftningen på grund av brister i styrning, uppföljning och intern kontroll. Endast i ett fåtal delar ansågs Landstinget i Värmland efterleva Patientdatalagen och den då gällande föreskriften 2008:14.

Vid den uppföljande granskningen 2014 kring informationssäkerhet - patientinformation noterades att landstingsstyrelsen, bland annat genom framtagande av informationssäkerhetspolicy, riktlinjer för informationssäkerhet samt andra styrande dokument, hade förbättrat förutsättningarna för informationssäkerhetsarbetet och därmed också för efterlevnad av gällande regelverk. Dock bedömdes ett antal brister kvarstå och därmed att det förelåg ett behov av ett fortsatt arbete.

3.1 Övergripande säkerhetsstyrning, roller och ansvar

3.1.1 Styrande dokument

I granskningen 2011 efterfrågades en av landstingsfullmäktige fastställd informationssäkerhetspolicy och en sådan finns i Landstinget i Värmland sedan 2012 (LK/121686). Enligt denna ansvarar landstingsstyrelsen

- för att landstingets informationssäkerhetspolicy och riktlinjer för informationssäkerheten utarbetas och hålls aktuella
- för samordningen av informationssäkerhetsarbetet i landstinget och ska därför årligen fastställa en handlingsplan för informationssäkerhetsarbetet
- för att det utses en person som ansvarar för landstingets informationssäkerhetsarbete

Ansvaret för informationssäkerheten är kopplat till det delegerade verksamhetsansvaret i linjeorganisationen vilket betyder att varje verksamhetschef är ansvarig för informationssäkerheten inom sin verksamhet.

Varje anställd i sin tur ansvarar för att säkerhetsregler följs samt att störningar och fel i informationssystem, utrustning och informationsinnehåll rapporteras enligt fastställda rutiner.

I policyn anges att årliga handlingsplaner ska upprättas men den uppföljande granskningen 2014 noterade att så inte hade skett. Alltjämt saknas handlingsplaner men det uppges nu vara på gång. Inte minst som en konsekvens av det stora arbete som lagts ner inför GDPR.

För att styrning och ledning inom säkerhetsområdet skulle bli tydligare och effektivare har det även genomförts ett arbete med att se över, alternativt ta fram, befintliga dokument. En konsekvens av detta var att en säkerhetsstrategi togs fram och denna antogs under våren 2018 (LK/173256). Strategin är överordnad de riktlinjer som finns inom olika säkerhetsområden.

Informationssäkerhetspolicyns andemening är i stor utsträckning inkorporerad i säkerhetsstrategin. I något fall beskrivs säkerhetsstrategin som en vidareutveckling av informationssäkerhetspolicyn men bägge dokumenten är snarare att se som komplementära. Bägge är giltiga och presenteras på landstingets hemsida.

Av intervjuer framkommer dock att kännedomen om de styrande dokumenten och dess innehåll varierar.

En informationssäkerhetsrapport avlämnas årligen till landstingsstyrelsen vilket uppges vara den enda stående punkten på agendan där informationssäkerhetsfrågor hanteras. I övrigt styrs förekomsten av ämnesområdet helt av karaktären på inkommande ärenden.

3.1.2 Informationssäkerhetsansvarig

Det har i tidigare granskningar konstateras att de organisatoriska förutsättningarna för informationssäkerhetsarbetet de senaste åren inte har varit bra. Rollen som informationssäkerhetsansvarig har varit oklar och tidvis vakant. Både pensionsavgång och sjukskrivning har inneburit bristande kontinuitet och mindre fokus på frågeställningarna. En utredning avseende framtida utformning och organisering av rollen har pågått samtidigt som GDPR anges ha varit en nyckel för att få till den organisering av arbetet man har idag.

Rollen som informationssäkerhetsansvarig är idag tydligt delegerad till linjen och ligger på respektive verksamhetschef. Detta är också den ursprungliga tanken, beskriven i informationssäkerhetspolicyn. Detta innebär att den övergripande rollen benämnd Informationssäkerhetsansvarig nu istället benämns Informationssäkerhetssamordnare och är tydliggjord som expertstöd åt organisationen i informationssäkerhetsfrågor. I nuläget finns två informationssäkerhetssamordnare, en för hälso- och sjukvård och en för övriga verksamheter.

3.1.3 Strategiska grupperingar

Strategisk Grupp för Informationssäkerhet (SGI) etablerades 2007 med uppgift att främja, stödja, samordna och följa upp landstingets informationssäkerhetsarbete på en övergripande nivå. Det har i tidigare granskningar noterats oklarheter kring grupperingens roll och mandat och den har tidvis varit vilande. Samtidigt har man avvaktat resultatet av utredningsarbetet avseende framtida utformning och organisering för ny informationssäkerhetsansvarig.

Under 2018 har ett Informationssäkerhetsråd etablerats. Detta får nu sägas ha tagit över SGI's roll.

Informationssäkerhetsrådet utgör ett verksamhets- och sakkunnigstöd inom informationssäkerhetsområdet och ska bistå informationssäkerhetsansvarig i dennes uppdrag. Rådet består av de bägge informationssäkerhetssamordnarna, IT-säkerhetsansvarig, en jurist och en representant för säkerhet och beredskap. Rådet kan adjungera in tillfälliga representanter från olika intressenter i särskilda frågor.

Klinisk Beslutsgrupp Vårdsystem (KBV) tillkom som en konsekvens av insikten att det fanns brister i samordning vad gällde användning och utveckling av vårdsystemen. Möjligheten till lokal anpassning ledde till att det kunde finnas ett stort antal, sinsemellan icke-kompatibla, varianter av samma sak vilket i sin tur kunde utgöra potentiella patientsäkerhetsrisker. Att övergripande beslut också var delegerade uppåt i organisationen uppfattades vara negativt då kännedomen om de praktiska konsekvenserna av besluten inte alltid var tillräcklig.

KBV fungerar således som Hälso- och sjukvårdsledningens operativa beslutsfattande del för att omvandla övergripande beslut till detaljoperativ funktion rörande vårdsystem. KBV har även mandat att fatta beslut om förändringar i vårdsystemen för bättre anpassning till verksamheternas behov och uppges fungera väl. KBV sammanträder ½

2018-11-22

dag per månad och består av, i nuläget, strax under 30 personer som utsetts av linjechefer.

Ansvar för uppföljning och efterlevnad av policy och riktlinjer ligger idag på landstingsstyrelsen men i och med den förestående regionbildningen kommer ansvaret efter årsskiftet 2018/2019 att ligga på Hälso- och sjukvårdsnämnden.

3.1.4 Kommentarer

Övergripande styrdokument, såväl som rutiner och riktlinjer med syfte att upprätthålla en god informationssäkerhet samt en ändamålsenlig journalföring finns.

Även tidigare oklarheter, när det gäller roll och mandat vad gäller informationssäkerhetsansvarig, har lösts. Ansvaret ligger tydligt i linjen och en stödfunktion som informationssäkerhetssamordnare har inrättats.

Den strategiska grupperingen Informationssäkerhetsrådet, vilken ersatt SIG, respektive KBV är bägge funktionella och aktiva.

Sammanfattningsvis har alltså de brister som noterades i tidigare granskningar i stor utsträckning åtgärdats.

3.2 Behörighet, åtkomst och spårbarhet

Landstinget i Värmland har de senaste åren genomfört en rad olika åtgärder i syfte att efterleva regelverket kring behörighet. Lösningar som lämnades till Datainspektionen efter deras granskning 2013 bedömdes som tillfredsställande. Dock kvarstod vid 2014 års granskning ett antal punkter:

- Tydliggör vem som ansvarar för arbetet med inventering av system avseende spärr samt vem som beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas.
- Ta fram riktlinje för behovs- och riskanalys vid tilldelning av rättigheter som följer roll och medarbetaruppdrag.
- Se över rutiner för backuphantering för journalsystemet COSMIC.
- Ta fram anvisningar för logguppföljning för de system där detta saknas.
- Fortsätt det arbete som enligt uppgift pågår med att dels kartlägga eventuellt systemstöd för logguppföljning och dels se över förändrad organisation för logguppföljning.

Samtliga dessa punkter uppges nu av respondenter vara hanterade. Ändamålsenliga rutiner och riktlinjer för att säkerställa patientintegriteten finns implementerade avseende både spärr och loggning.

Vad avser loggning används ett avancerat logguppföljningsverktyg för att med hjälp av olika kriterier kunna fånga obehörigt läsande, och inte enbart i form av sådant som fångas på förekommen anledning eller genom slumpmässigt uttag. Verktyget uppges

2018-11-22

fungera väl och man har fångat slagningar som gjorts av misstag eller obetänksamhet såväl som allvarigare intrång. Något som i de senare fallen har lett till att medarbetare fått lämna sina anställningar.

Ett lokalt system för reservnummer, Runar, används för de patienter som saknar svenskt personnummer eller i de fall där patientidentitet ännu inte kunnat fastställas.

Frågeställningen kring patientintegritet tydliggör dock svårigheten att förena de divergerande intentioner som finns avseende denna och patientsäkerhet. En god följsamhet till regelverket kring patientintegritet innebär exempelvis att en god patientsäkerhet inte alltid kan upprätthållas. Patientens möjlighet, och rätt, att spärra viktig information, exempelvis kring överkänslighet, innebär att patienten kan utsättas för risk i samband med vård. Omvänt innebär informationsdelning i patientsäkerhetssyfte en risk att patientens integritet inte anses ha varit värnad.

Uppfattningarna bland respondenterna vad som prioriteras går isär. Någon menar att patientintegriteten är det som prioriteras, helt i enlighet med lagstiftarens intentioner. Någon annan att patientsäkerheten alltid går först.

3.2.1 Kommentarer

Målkonflikten mellan patientintegritet och patientsäkerhet är inte unik för Landstinget i Värmland. Men så vitt vi kan bedöma är lagstiftningens krav avseende behörighet, åtkomst och spårbarhet tillgodosedda. Systemet för logguppföljning får betraktas som synnerligen positivt och möjliggör en mer adekvat uppföljning än vad som tidigare varit möjligt.

3.3 Avvikelsehantering

Landstinget i Värmland använder sig sedan 2009 av ett elektroniskt system för avvikelsehantering. Ett av de mest frekventa avvikelseområdena har tidigare varit vårddokumentation och informationsöverföring. Enligt Patientsäkerhetsberättelsen för 2017 är situationen inte annorlunda nu.

Vid tidigare granskningar har verksamhetsföreträdare uppgett att avvikelsehanteringssystemet används för registrering av ärenden som avser brister i informationssäkerheten. Däremot har det inte gått att få ut statistik som visar på avvikelser där brister i informationssäkerhet är identifierade.

Detta förhållande kvarstår. Det går inte att se om grundorsaken till ett avvikelseärende gällande informationsöverföring, är systemrelaterat eller beror på bristande kommunikation mellan individer.

3.3.1 Kommentar

Begreppet informationsöverföring är problematiskt då det inte säger något om vilken typ av information det handlar om. I fall där det är muntlig informationsöverföring som fallerat så kan tänkbara orsaker mycket väl kunna letas bland begrepp som beteende, attityd och bemötande. I fall där det är teknisk eller textbaserad informationsöverföring som avses, så kan orsakerna vara av systemrelaterad karaktär. Det går förvisso att gå in i respektive ärende och på det viset identifiera vad avvikelsen rör men ett sådant förfarande är tungrott.

Avvikelsehanteringssystemet uppges av några respondenter som trögarbetat och komplicerat. Något som i förlängningen kan riskera att avvikelser inte hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Behörigheten till systemet uppges även ligga i linjen vilket innebär att stödfunktioner utanför densamma riskerar att förbigås vid utredning och uppföljning av avvikelser.

4 Rutiner för journalföring

Den elektroniska patientjournalen är en av de mest centrala informationsteknologiska applikationerna i hälso- och sjukvården. Den är en informationskälla för både personal och patienter, såväl på individ- som aggregerad nivå men innehåller samtidigt integritetskänsligt material. Att det finns rutiner och riktlinjer, i enlighet med gällande lagstiftning, för att upprätthålla patientsekretessen utan att ge avkall på tillgången till uppgifterna för behöriga, är således nödvändigt. Samtidigt är det lika nödvändigt att dessa regelverk efterlevs i praktiken.

I Landstinget i Värmland så används sedan 2006 Cosmic som journalsystem. Man var då det andra landstinget i Sverige som införde Cosmic och lärdomar drogs från den första installationen. Dock var införandet inte gnisselfritt men en allmän uppfattning är att det nu har lugnat ner sig på kritikfronten. Alltjämt kan röster höjas vid förändringar i systemet men inte på samma sätt som efter införandet.

Den som för patientjournal ansvarar enligt PDL 3 kap 4 § för sina uppgifter i journalen. Till stöd för journalföringen i Landstinget i Värmland finns vårdgivardirektivet *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Enligt detta ska riktlinjer finnas för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler. Detta har efterfrågats i tidigare granskning och ett arbete med att ta fram sådana riktlinjer uppgavs pågå under 2014. Sedan 2015 finns dokumentet *Riktlinje för vårdokumentation* (LK 150518). Dokumentet har en formell giltighetstid till och med 2017-12-31 och skulle således ha reviderats vid det här laget. Denna brist är man medveten om och att revidering inte har blivit utförd anges vara till följd av juridiska oklarheter i hanteringen av det interna remissförfarandet. Något som dock inte påverkar innehållets intentioner vad gäller hur vårdokumentationen ska utföras.

Lagstiftningen ställer i Socialstyrelsens författningssamling, HSLF-FS 2016:44 5 kap 6 §, också krav på att vårdgivaren regelbundet ska granska att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författning. Tidigare granskningar noterade att det inte fanns något, på övergripande nivå, etablerat

2018-11-22

arbetssätt för att kontrollera journalinnehållets kvalitet och ändamålsenlighet annat än på förekommen anledning eller utifrån ett slumpmässigt urval. Som exempelvis att kontrollera hyrläkares journalanteckningar extra inför att lämna omdöme efter avslutad tjänstgöring. Någon större skillnad anses inte föreligga idag. Granskningar av journalinnehållen görs, men i första hand i samband med utredning av avvikelser samt i patientsäkerhetssyfte och för kvalitetsutveckling (såsom markörbaserad journalgranskning), inte för att studera författningsefterlevnad.

Information och utbildning för journalförande personal, såväl kring hur man praktiskt förväntas arbeta i systemet som kring de rutiner och riktlinjer som gäller, anses ha förbättrats kraftigt de senaste åren. Tidigare granskningar har kommenterat att det är en brist att det inte finns ett etablerat arbetssätt och rutiner för att säkerställa att journalinnehållet är kvalitetssäkrat och ändamålsenligt. Att journalförande medarbetare får adekvat information och utbildning bör därför säkerställas. Detta är åtgärdat. Idag finns utvecklade verktyg och kursutbud i form av e-learning såväl som löpande traditionell kursverksamhet att tillgå. Utbildningarna erbjuds all personal och är obligatoriska att gå. Nyttjandegraden av dem anses av de intervjuade som god.

Inte minst som en konsekvens av GDPR har Landstinget i Värmland strukturerat och i vissa fall tagit fram nya rutiner och riktlinjer som rör den praktiska hanteringen av vårdinformationssystem.

På ett nationellt plan pågår arbete med standardisering av vårddokumentation avseende exempelvis termer och begrepp. Att anpassa journalsystemet med specifika mallar är ett sätt att föra in motsvarande intentioner i praktiken. I nuläget uppges det bara ha skett i begränsad utsträckning men samtidigt finns ambitioner att lägga ner mer arbete kring detta.

4.1 Kommentar

Det finns alltså ett stort antal rutiner och riktlinjer inom området. De är dock väl samlade och relativt lätt att låta sig orienteras bland. De stora frågorna som går att ställa sig är här inte huruvida enstaka rutiner saknas utan snarare hur väl kända de som redan finns är respektive i vilken utsträckning de efterlevs. Information i linjen och utbildningsinsatser torde dock säkerställa att detta till en del kan anses hanterat.

Giltighetstiden för ett av de mest centrala dokumenten vad avser journalföring, Riktlinje för vårddokumentation, noteras ha löpt ut.

5 Journalgranskning

Hur journalföring sker i praktiken är ett kvitto på hur väl insikt och praxis i verksamheten rimmar med lagstiftarens intentioner.

Enligt förfrågningsunderlaget har journalgranskningen avgränsats till de fyra verksamheterna Akutkliniken Karlstad, Kirurgi Arvika och Karlstad, Medicin Karlstad

2018-11-22

samt Sjukhuset i Torsby inom område slutenvård, samt till fyra landstingsdrivna vårdcentraler inom område öppenvård.

Vår uppfattning är att en stickprovsundersökning på fem slumpmässigt utvalda journaler per enhet skulle kunna ge ett tillräckligt stort material för att ge en indikation om hur problematiken ser ut, utan att för den skull äventyra uppdragets tidsramar.

Journalernas innehåll har ställts i relation till ett antal av de intentioner lagstiftaren ger uttryck för i PDL 3 kap 6 § samt HSLF-FS 2016:40 5 kap 2-5 §. En granskningsnyckel med utfallen Helt, Delvis och Saknas har använts och resultatet analyserats kvalitativt. Analysen har utförts av läkare som är förtrogen med vårddokumentation och patientjournaler.

Avseende momenten diktera, föra in samt signera journalanteckningar, så har en kvantitativ analys utförts där tidsuppgifter för respektive moment och journal inhämtats. Resultatet har sedan ställts i relation till lagstiftarens intentioner i PDL 3 kap 9 §, Socialstyrelsens tillsynsbeslut (dnr 44-9129/08) och utvecklad praxis.

5.1 Allmänt om tidsgränser vid journalföring

5.1.1 Momentet Föra in

Hur lång tid som får förflyta från ett kontakttillfälle till dess att relevant information rörande detta, är införd i vårddokumentationssystemet regleras i PDL 3 kap 9 §. Dock är tidpunkten i lagtexten inte mer specifik än "...så snart som möjligt." Frågan om vad som kan anses rimligt besvarades av Socialstyrelsen vid ett tillsynsärende mot akutkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping 2008 (44-9129/08). Där slogs fast att det rör sig om två dygn men också att en vårdgivare utifrån detta kan fastställa tidsmarginaler med hänsyn tagen till olika verksamheters behov av information och krav på patientsäkerhet.

Visserligen kan den relevanta informationen anses finnas tillgänglig i form av en dikterad ljudfil men i Landstinget i Värmlands Riktlinje för Vårddokumentation förklaras begreppet införd med att ett diktat är inskrivet och att texten är läsbar i vårddokumentationssystemet. Ett antal olika acceptabla tidsmarginaler beroende på verksamhet och typ av journalinformation anges, både kortare och längre än de nyss berörda två dygnen. Dock är den i inget fall längre än fem vardagar.

5.1.2 Momentet Signera

Även signering av en journalanteckning ska ske så snart som möjligt. En journalanteckning ska enligt PDL 3 kap 10 § signeras av den som ansvarar för uppgiften. I landstingets riktlinje beskrivs signering som en bekräftelse att en journalanteckning eller remiss som man själv har skrivit är korrekt och att anteckningen samtidigt låses. Enligt berörd riktlinje låses osignerade anteckningar i journalen efter 14 dagar om de inte signerats i enlighet med författningskrav. Tidsspännet 14 dagar får därför anses som den bortre gräns innan vilken signering ska ha skett. Motsvarande tidsspänn får betraktas som en allmän nationell praxis.

5.2 Urval

5.2.1 Enheter

Revisorerna önskade att journalgranskningen skulle avgränsas till totalt åtta olika enheter. Inom området slutenvård till Akutkliniken Karlstad, Kirurgi Arvika och Karlstad, Medicin Karlstad och Sjukhuset i Torsby, samt inom område öppenvård till fyra landstingsdrivna vårdcentraler.

Då den journaldokumentation som utförs vid Akutkliniken till största delen inte "tillhör" Akutkliniken utan snarare de respektive verksamhetsområden som är involverade avseende varje specifik patient, innebär detta att granskningsvärt material uppfattades som begränsat. I samband med granskningen valdes därför att journaldokumentation från Hjärt- och akutmedicin istället skulle användas.

De fyra landstingsdrivna vårdcentraler som valdes ut var VC Verkstaden i Arvika, VC Munkfors, VC Gripen i Karlstad och VC Sunne. Urvalet innebar en spridning inom länet och avseende storlek.

5.2.2 Patientjournaler

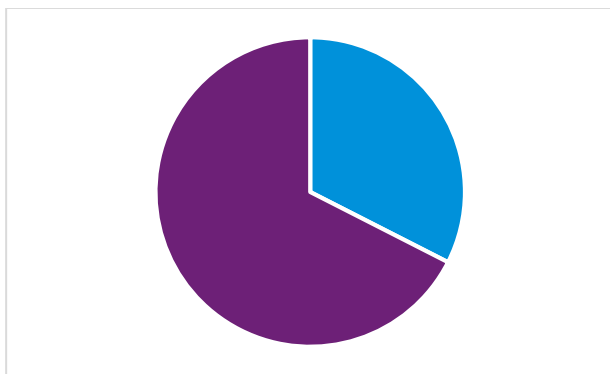
Från respektive enhet slumpades fem oidentifierade patienter med vårdtillfälle under 2018, fram. Därefter granskades mottagningsanteckning (för journaler i öppenvård) och epikris (för journaler i slutenvård) avseende respektive vårdtillfälle för varje patient. Av pedagogiska skäl klassificeras informationen som Administrativ formalia, Medicinska uppgifter respektive Tidsaspekter.

- Med administrativ formalia avses i detta vad som anges i HSLF-FS (2016:40) 5 kap 3 §. Alltså en entydig identifikation av, och kontaktuppgifter till, patienten samt uppgift om den personal som svarar för journaluppgiften. De informationsmängder som valdes var personnummer, namn, adress och ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. I granskningen utföll dessa med alternativen finns eller saknas.
- Med medicinska uppgifter avses i detta vad som anges i HSLF-FS (2016:40) 5 kap 5 §. Alltså uppgifter av huvudsakligen medicinsk karaktär som berör utredningar, bedömningar, åtgärder och motsvarande som vidtagits. Uppgifter som dock inte alltid är absoluta, när de förekommer får det relateras till vad respektive vårdkontakt har avsett. Respektive mottagningsanteckning alternativt epikris studerades och granskningen av dessa uppgifter får således anses vara kvalitativa till sin natur. Utfallen Rimligt, För omfattande respektive För begränsat användes.
- Med tidsaspekter avses i följande vad som framkommer såväl i PDL 3 kap 9 § som Riktlinje för Vårdokumentation enligt det resonemang som förts ovan. Datum noterades för när mottagningsbesök respektive utskrivning ägde rum, när informationen upprättades och blev läsbar i journalsystemet samt när journalanteckningen signerades. Antalet dagar mellan mottagningsbesök

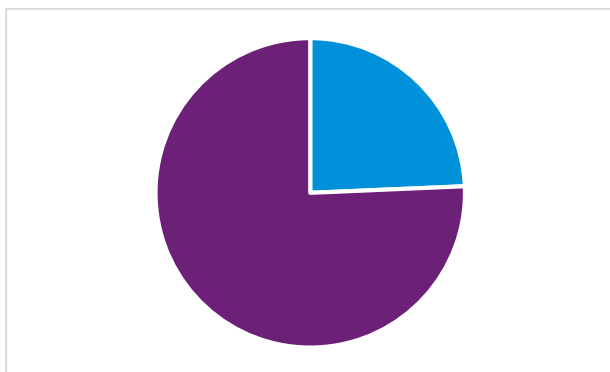
alternativt utskrivning till dessa att informationen fördes in respektive signering utfördes beräknades. Då Riktlinje för Vårdinformation anger det första av dessa mått till maximalt fem vardagar togs vid denna beräkning även hänsyn till eventuella helgdagar inom respektive tidsintervall.

5.3 Resultat av journalgranskning

Sammanfattningsvis föreligger i denna granskning i stor utsträckning längre ledtider för att föra in respektive signera journalanteckningar, än vad de egna riktlinjerna anger som acceptabelt.



Andel av granskade journaler där texten förts in inom fem vardagar, 67,5 %.



Andel av granskade journaler som signerats inom 14 dagar, ca 76 %.

5.3.1 Administrativ formalia

Samtliga granskade patientjournaler med ett undantag uppfyllde samtliga delar. Undantaget rör att det slumpmässiga urvalet även hade fångat en patient med skyddade personuppgifter.

Journalssystem i svensk hälso- och sjukvård är dock uppbyggda på sådant vis att kraven på administrativ formalia i stort sett alltid uppfylls. Personnummer som grund för patientidentitet, folkbokföringsuppgifter, begränsade möjligheter till fri text och att

2018-11-22

inloggad användare även är den som får svara för inlagda uppgifter, är exempel på detta.

5.3.2 Medicinska uppgifter

Att studera mottagningsanteckningar respektive epikriser för att kvalitativt bedöma huruvida lagstiftningens intentioner är uppfyllda kan vara vanskligt. Eftersom granskningen sker i efterhand och utan kännedom om respektive vårdtillfälle går det inte att uttala sig om det som dokumenterats verkligen speglar det som har skett. Istället får en bedömning göras om respektive journalanteckning förefaller rimlig till både innehåll och omfattning, ett antagande som inte är absolut till sin karaktär.

Av totalt 40 journaler bedöms två vara väl knapphändiga till sitt innehåll. Det är möjligt att anteckningarna ändå är adekvata sett till respektive mottagningsbesök (bägge anteckningarna härrör från primärvården). Samtidigt saknas uppgifter som gör det enkelt att i efterhand uttala sig om vilken bedömning och/eller åtgärd som besöken har resulterat i.

Även om enstaka journalanteckningar kan anses som omfattande bedöms dock ingen av dem vara för omfattande.

5.3.3 Tidsaspekter

Tiden från mottagningsbesök alternativt utskrivning, till dess att det finns en läsbar dokumentation i journalsystemet får alltså enligt de lokala rutinerna som mest uppgå till fem vardagar. Variationen här befanns dock vara stor, från att uppgifterna har förts in samma dag som att det som längst tagit 13 vardagar.

I 17 av fallen (42,5 %) har införandet skett samma eller nästkommande dag. Med hänsyn tagen till helgdagar inom respektive tidsintervall noteras ändå att dokumentationen är införd senare än fem dagar i nära en tredjedel av fallen (13 av 40, eller i 32,5 %).

Underlaget per enhet är för litet för att kunna uttala sig om enskilda enheter har större problem med att hinna föra in journaldokumentationen i tid, än andra.

Vad avser tiden till signering så gäller alltså 14 dagar från respektive mottagningsbesök alternativt utskrivning och även här föreligger en stor spridning. Från signering samma dag till som mest i detta fall 37 dagar. Här beräknat som kalenderdagar, således utan hänsyn tagen till helgdagar.

Tre av journalanteckningarna var inte signerade men rörde fall där mottagningsbesök respektive utskrivning hade skett inom kortare tid än 14 dagar före dagen då journalgranskningen utfördes. Alla dessa tre fall skulle alltså mycket väl hinna bli signerade inom stipulerad tidsram. För enkelhetens skull exkluderades dock dessa tre vid beräkningen av tid fram till signering, vilken således kom att omfatta 37 fall.

I en fjärdedel av fallen (9 av 37 eller 24,3 %) signerades journalanteckningen samma eller nästkommande dygn. I lika många fall signerades dock journalanteckningen senare än efter 14 dagar. Noterbart är att en av dessa senare journalanteckningar,

2018-11-22

signerad 17 dagar efter utskrivning, signerats av en vårdadministratör och inte av adekvat hälso- och sjukvårdspersonal.

På motsvarande sätt som för att föra in informationen i journalsystemet så är bristerna relativt väl spridda över undersökta enheter. Underlaget per enhet är också för litet för att kunna uttala sig huruvida någon enhet större problem att efterleva signeringskravet i tid än andra.

5.4 Kommentarer till journalgranskningen

Det totala antalet granskade journaler är självfallet för litet för att med säkerhet kunna påvisa specifika sakförhållanden. Istället får resultatet ses som en indikation på, och som ett uppslag till, fortsatta studier.

Information som rör patientens identitet, kontaktuppgifter och vem som svarar för uppgifterna i journalen finns. Något annat var heller knappast att förvänta eftersom det är något som kan uppfattas som tämligen grundläggande i ett journalsystems uppbyggnad.

Vad gäller det kvalitativa innehållet i en journal så är det också svårt att bedöma relevansen för både en utomstående och i efterhand. Även om det i denna granskning i enstaka fall (5 %) framkom anteckningar som uppfattades vara lite väl begränsade så går det inte att dra slutsatser att detta är relevant för helheten. Dock skulle en regelbunden journalgranskning kunna ge svar på i vilken utsträckning det noterade förekommer. Arbetet med journalmallar och anpassning till nationellt överenskomna termer och begrepp kan antas ha en positiv effekt på journalinnehållets kvalitet.

Ledtiderna fram till en journalanteckning är både införd och signerad är alltså det som faller ut som avvikelser i denna granskning. Resultatet kommer dock inte som någon överraskning för respondenterna, man har noterat motsvarande förhållande i egna uppföljningar. Även i granskningen 2011 noterades långa ledtider som ett problemområden men någon specifik kvantitativ mätning gjordes då inte varför det är svårt att få en indikation på om problemet med ledtiderna ökat eller minskat. En uppfattning som respondenterna ger uttryck för är dock att tiderna numera är kortare.

Orsakerna till långa ledtider innan anteckningar är införda tillskrivs i stort sett helt brist på sekreteraresurser. Här har en del åtgärder vidtagits, såsom att samla sekreteraresurser inom flera närliggande klinikområden för att på det viset få en jämnare arbetsfördelning. Detta anses ha gett en positiv effekt. Att utföra motsvarande mellan de respektive sjukhusen uppges dock inte ha utförts. Under tidigare år har även tidvis använts externa skivaresurser.

Underlaget per enhet är för litet för att kunna uttala sig om enskilda enheter har större problem med att hinna föra in journaldokumentationen i tid, än andra. Dock får ändå det totala underlaget för granskningen anses ge en klar indikation om att Landstinget i Värmland har svårt att upprätta läsbara journalanteckningar i tid.

I 17 av fallen (42,5 %) har införandet dock skett samma eller nästkommande dag vilket får betraktas som positivt.

Uppfattningen om vad som orsakar de långa ledtiderna innan anteckningar har blivit signerade går isär. En förklaring uppges vara brist på administrativ tid för läkarna. Det

2018-11-22

medicinska arbetet prioriteras och man hinner därför inte alltid med signeringen. En annan förklaring är mer kulturell till sin karaktär, att signering betraktas som en oviktig eller onödig arbetsuppgift. Samtidigt är signering något som ska utföras och såvida den utförs tar det sannolikt kortare tid att göra den, om den utförs nära inpå vårdkontakten. Om längre tid förflyter behöver den som står för journalanteckningen mer tid för att minnas vad som faktiskt hände.

Samtidigt går det självfallet att problematisera själva momentet signera. Lagstiftaren förklarar det inte närmare än att den som svarar för journaluppgifterna skall signera dem. Det går att förstå detta som en åtgärd för att kvalitetskontrollera anteckningen men om denna kontroll sker långt efter att den har skapats är en relevant frågeställning i vilken utsträckning den som signerar verkligen kan vara säker på att innehållet är helt korrekt? Samtidigt så är lagstiftarens intention ingen annan än att signeringen ska ske skyndsamt. Vidare fyller signeringen även en klar patientsäkerhetsfunktion vad gäller exempelvis prov- och remissvar, att det finns ett tydligt ansvar att någon tagit del av svaren och i förekommande fall föranstaltat om akuta åtgärder. Att signering därför skulle vara en oviktig eller onödig arbetsuppgift torde därför inte vara ett alltigenom gångbart argument.

Sammanfattningsvis torde dock frågan om ledtider vid att föra in och signera journalanteckningar föranleda en fördjupad studie. En sådan studie borde fokusera på orsaker till problematiken och vilka åtgärder som kan vidtas för att effektivisera processen.

6 Svar på revisionsfrågor

Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner, systemstöd och organisatoriska förutsättningar för journalföring?

- Formella dokument och riktlinjer finns på plats. Ett observandum är dock att giltighetstiden på ett av de centrala dokumenten, *Riktlinje för vårdokumentation* har löpt ut.
- Informationssäkerhetssamordnare finns på plats som expertstöd och Informationssäkerhetsrådet är aktivt.
- Klinisk Beslutsgrupp Vårdsystem är verksam med regelbundna möten och har mandat att fatta beslut om förändringar i syfte att utveckla journalsystemet.

Finns det ändamålsenliga rutiner och ett stöd i journalsystemet som säkerställer patientsäkerheten och patientintegriteten vid journalföring?

- Det finns ändamålsenliga rutiner och stöd för att tillgodose patientintegriteten. Spärr och loggfunktioner finns implementerade. Dock finns en målkonflikt i att det som tillgodoser en hög patientintegritet inte alltid tillgodoser en hög patientsäkerhet

Har revisorernas synpunkter från granskningen 2011 beaktats?

- Ja, i stort sett samtliga noterade brister är åtgärdade.

Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

2018-11-22

- Dokumentet *Riktlinje för vårddokumentation* behöver förnyas
- Orsaker till, och förslag på lösningar för att begränsa, de långa ledtider som noterats, från patientkontakt till det att aktuell journalanteckning dels har förts in och dels har signerats, behöver tas fram.
- Vid sidan av de journalgranskningar som utförs i kvalitets- och patientsäkerhetssyfte bör även utföras löpande granskningar kring hur väl journalernas innehåll lever upp till kraven i gällande författningar.

Resultat av en granskning av 40 slumpmässigt utvalda patientjournaler vid åtta olika enheter:

- I en stor andel av granskade journaler föreligger långa ledtider från patientkontakt till aktuell journalanteckning dels har förts in och dels har signerats.
- I en begränsad andel av granskade journaler noteras innehåll som uppfattas för kortfattade för att motsvara intentionerna i lagstiftningen.

Landstingsstyrelsen får anses ha säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över journalföringen vad avser rutiner, riktlinjer och organisation.

De åtgärder som föreslogs i samband med granskningen Efterlevnad av Patientdatalagen från 2011, har i stort sett helt genomförts.

Journalföringen i Landstinget i Värmland får även i stort sett anses ske i enlighet med gällande föreskrifter och regelverk. Det föreligger dock en tydlig indikation att ledtiderna avseende föra in respektive signera journalanteckningar, i förhållande till uppsatta tidsgränser, till för stor andel är för långa.

2018-12-01

KPMG AB

Staffan Gullsby

Specialistläkare

Anderas Endrédi

Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1

Föreslagna åtgärder 2011	Vidtagna åtgärder 2014	Vidtagna åtgärder 2018
Hög prio		
Ge direktiv om ta fram en informationssäkerhetspolicy och prioritera arbetet med att ta fram en sådan. Skapa en rutin för att kontinuerlig följa upp och revidera denna policy.	Ja	Ja
Tydliggör roller, ansvar, avgränsningar mellan de olika funktioner och grupperingar som arbetar med frågor som relaterar till PDL och föreskriften. Beskriv och kommunicera mandat, syfte och sammanhang för samtliga funktioner och grupperingar. Säkerställ att grupperna företräds av funktioner som bidrar till gruppens förväntade effekt.	Delvis, utredning avseende informationssäkerhetsansvarig pågår	Ja
Upprätta en samlad förteckning av vilka vårdinformationssystem som innehåller patientuppgifter och i vilken utsträckning de möter kraven i Patientdatalagen och föreskrift 2008:14	Delvis	Ja
Utred snarast orsakerna till varför det finns brister i åtkomst till patientinformation samt hur dessa ska åtgärdas.	Ja	Ja
Genomför en riktad informationsinsats till samtlig personal, även de inom administrativa enheter, rörande Patientdatalagen och föreskrift 2008:14. Komplettera med informationsmaterial.	Delvis, pågående arbete	Ja
Medel prio		
Säkerställ att informationssäkerhetsansvarigs organisatoriska tillhörighet till Landstings-IT inte innebär att ansvaret att styra och ställa krav på informationssäkerheten läggs på IT-avdelningen.	Sedan föregående granskning har informationssäkerhetsansvarig tillhört HS-staben. Utredning pågår kring utformning av framtida roll och organisering	Klart
Ta fram skriftlig dokumentation som tydligt beskriver vilket ansvar vårdgivaren har lagt på verksamhetschefen.	Ja	Ja
Säkerställ att verksamhetscheferna tar fram, fastställer och	Delvis	Övergripande rutiner finns

dokumenterar ändamålsenliga rutiner för informationshanteringen.		
Revidera <i>Informationshandboken</i> . Säkerställ att <i>Informationshandboken</i> beaktar Personuppgift-slagen. Skapa en rutin för att kontinuerlig följa upp och revidera denna handbok.	Informationssäkerhets-handboken är ersatt av informations säkerhets-policy	Informationssäkerhets-policy och Säkerhetsstrategi finns
Säkerställ att det görs en behovs- och riskanalys inför tilldelning och kontinuerlig uppföljning av behörigheter på samtliga vårdssystem.	Delvis	Förbättringspotential kvarstår
Se över beskrivningen av behörighetstilldelning i dokument <i>Övergripande regelverk vid logguppföljning</i> och jämför den med den praktiska tillämpningen som utgår från yrkestillhörighet i LiV-katalogen. Säkerställ följsamhet till lag och föreskrift i tillämpningen.	Ja	Ja
Vidga <i>Övergripande regelverk vid logguppföljning</i> till att omfatta samtliga vårdinformationssystem. Utforma rutiner för uppföljning för att säkerställa regelverkets efterlevnad.	Ja	Ja
Revidera dokument <i>Riktlinjer för logghantering i COSMIC</i> . Utforma rutiner för uppföljning för att säkerställa riktlinjernas efterlevnad.	Ja	Ja
Säkerställ att avvikelser klassificeras på ett sätt som möjliggör utdata där ärenden som avser brister i informationssäkerheten relaterat lag och föreskrift går att identifiera.	Nej	Nej
Identifiera vilka funktioner som är berörda av dessa avvikelser och säkerställ att dessa involveras i analys och åtgärder.	Nej	Nej
Följ upp och säkerställ att den information som givits verksamhetscheferna kommer övrig personal till del på ett strukturerat sätt.	Delvis	Delvis
Låg prio		
Revidera omgående dokument <i>Riktlinje för tillgång till vårdinformationssystem för hälso- och sjukvårdspersonal</i> så att den följer och refererar till	Ja	Ja



Landstinget i Värmland
Granskning av journalföring

2018-11-22

Patientdatalagen och föreskrift 2008:14. Skapa en rutin för att kontinuerlig följa upp och revidera detta dokument.		
Säkerställ att arbetet med översyn av mallar i COSMIC enligt Socialstyrelsens standard färdigställs och därefter kontinuerligt revideras.	Ja	Ja

Bilaga 2

I arbetet med denna granskning har metoden innehållit följande delar:

- Intervjuer – se förteckning nedan
- Dokumentgranskning – se förteckning nedan
- Journalgranskning

Intervjuer, dokument och underlag för bedömningar

Intervjuer har skett med följande befattningshavare:

- Landstingsstyrelsens ordförande
- Vice ordförande, landstingsstyrelsen
- Hälso- och sjukvårdschef
- Biträdande Hälso- och sjukvårdschef
- Områdeschef öppenvård
- Områdeschef slutenvård
- Chefläkare patientsäkerhet
- Objektägare patientjournalen
- Informationssäkerhetssamordnare
- Verksamhetschef kirurgi Karlstad

Följande dokument har granskats:

- Säkerhetsstrategi för Landstinget i Värmland
- Informationssäkerhetspolicy för Landstinget i Värmland
- Vårdgivar direktivet Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- Riktlinje för vårddokumentation LK/150518
- Patientsäkerhetsberättelse 2017

Revisionskriterier:

- Patientdatalagen (2008:355)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården



Landstinget i Värmland
Granskning av journalföring

2018-11-22

- Socialstyrelsens handbok vid tillämpningen av HSLF-FS 2016:40
- Revisionsrapporten "Efterlevnad av Patientdatalagen" 2011
- Revisionsrapporten "Granskning av informationssäkerhet - patientinformation" 2014