**Rutin Loggkontroller Nacka Seniorcenter**

Syftet med loggkontroll är att granska att tillgång till uppgifter angående patienter/kunder på särskilt äldreboende inom Nacka Seniorcenter nyttjas enligt gällande regelverk. Kontrollen ska ske på ett systematiskt och regelbundet sätt.

Medarbetare som tilldelas behörighet till vårdinformation ges en teknisk möjlighet att ta del av information angående patienter/kunder. Detta innebär att möjligheten föreligger att ta del av informationen i omvårdnadsjournalen för den medarbetare som är inbegripen i vården. De medarbetare som inte är inbegripen i vård och behandling har inte rätt att ta del av denna information.

Behörigheten till systemet styrs via användaridentiteten och användarens personliga lösenord (e-legitimation/ e-Tjänstekort SITHS-kort). Detta möjliggör spårbarhet i systemet genom loggning. Förutom att loggen kan användas som underlag vid utredning av felaktig eller obehörig användning så utgör den också en säkerhet för användarna mot ogrundade misstankar.

Kunskap om att loggning och loggkontroller sker har en förebyggande inverkan och avskräcker från obehörig åtkomst. Detta förutsätter att användarna informeras om den loggning och loggkontroll som utförs.

Loggkontroll får inte användas till arbets- och prestationsmätning eller på ett sådant sätt att det kan medföra risk för intrång i medarbetarens personliga integritet.

**Ansvar**

Enhetschefen har det övergripande ansvaret för hantering av omvårdnadsjournaler inom sitt verksamhetsområde. Behörigheter i dokumentationssystemet måste stämma överens med antalet anställda inom verksamheten. Enhetschefen ska löpande se till att medarbetarna fullföljer de uppdrag som följer av anställningen, på ett sätt som överensstämmer med lagstiftning, föreskrifter, etiska riktlinjer eller som följer av yrket.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för**

 – att det finns riktlinjer för loggkontroll för rutinbeskrivning för hälso-och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring

– att följa upp loggkontrollerna vid kvalitetstillsyn, enligt Systematiskt kvalitetsledningssystem SOSFS 2011:9.

**Enhetschefen ansvar för**

 – att det finns en lokal rutin för systematisk stickprovskontroll i hälso- och sjukvårdsdokumentationen

– att vid introduktion tilldela behörighet samt vid avslut avsluta behörighet

– att varje användare informeras om att loggning och loggkontroll utförs, samt konsekvenser vid överträdelse

– att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av uppgifter/information om patienter/kunder i dokumentationssystemet.

– att det i introduktionen för nyanställda ingår att loggningar i dokumentationssystemet sker systematiskt

 – initiera loggkontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårddokumentation (punkt 3 i kontrollrutiner) samt andra riktade loggkontroller (punkt 4 i loggkontroll)

**Användaren ansvarar för**

– att ta del av och vara uppdaterad om rutiner och regler och att följa dessa

 – att rapportera till närmaste chef om brister i rutiner eller om oegentligheter upptäcks

– att kontrollera att rätt behörighet har tilldelats

– att personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för obehöriga

– att datorer och annat informationsmaterial, såsom telefoner eller USB-minnen som har använts inte lämnas utan att uppgifterna angående patienten/boende är skyddade från obehörig åtkomst

– att endast ta del av uppgifter angående patient/kund om man deltar i vården av den berörda eller av något annat ändamål som anges i gällande regelverk då man behöver uppgifterna för sitt arbete.

**Kontrollrutiner**

1. **Systematisk stickprovskontroll**

Varje månad ska ett antal användare (10 %) inom verksamheten slumpmässigt väljas ut, vars loggar granskas under en 24-timmarsperiod Antalet användare som kontrolleras varje månad bör omfatta så många att det motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskad minst en gång per år. Av loggarna ska det framgå:

– om vårddokumentation har öppnats

– om vårddokumentation har upprättats

– vid vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt åtgärderna har vidtagits

– användarens och patientens/kund identitet

Loggarna checkas av mot anteckningarna i journalen.

Dessa loggkontroller ska sparas i minst 10 år.

Om resultatet av loggkontroll är utan anmärkning så räcker det att granskningsprotokollet sparas.

1. **Vid patient/boendes begäran om loggutdrag**

En patient/kund kan begära ett loggutdrag över vilka som haft tillgång till dennes journal. I samband med att loggutdraget skickas till patient/kund ska loggkontroll göras för den tidsperiod som angivits av patient/kund. I loggen syns vilken enhet, roll och tidpunkt någon tagit del av journalen. Den information om loggarna som ska lämnas ut ska vara anpassad till och klargörande för patient/kund och det ska framgå från vilken verksamhet och vid vilken tidpunkt någon har tagit del av uppgifterna. Dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

1. **Kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation**

Vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation ska loggkontroll ske omedelbart. Är misstanken riktad mot en specifik användare ska kontrollen ske för den tidsperiod som misstanken omfattar. Det kan även finnas skäl att granska loggen för en viss patient/kund om det rör sig om en offentlig person eller att det finns en patient/kund som är involverad i en händelse som kan bli massmedialt uppmärksammad.

1. **Andra riktade loggkontroller**

Särskild kontroll ska ske av användare som har behörighet till flera verksamheter. Exempel på anledning till andra riktade loggkontroller av medarbetare kan vara släktrelationer eller annan nära relation till patienten/kunden men där ingen aktuell vårdrelation till patient/kund föreligger. Där spärrar forcerats eller åtkomst skett över behörighetsgränser samt vid ett stort antal gånger avseende en viss kund.

**Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll**

Ett protokoll som dokumenterar att granskning har skett ska föras på en särskild blankett och arkiveras inom verksamheten. ”Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll”.

**Granskningsresultat - behov av vidare utredning**

Bedöms något som oklart tar enhetschefen kontakt med den användare det gäller. Bedöms det efter utredning att det inte finns någon misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformation kan ärendet dokumenteras och avslutas. Om inte en godtagbar förklaring kan lämnas ska ärendet hanteras som ett arbetsrättsligt. Visar analysen att det varit ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning ska ställningstagande till arbetsrättsliga åtgärder övervägas. Stöd för detta regleras i Allmänna bestämmelser (AB01) och kan t.ex. innebära avstängning med eventuellt avsked, varning med disciplinpåföljd eller enskilda samtal.

Som disciplinpåföljd kan vara behörighetsbegränsningar och riktade loggkontroller under viss tid. Om överträdelsen bedöms så allvarlig att den kan strida mot svensk lagstiftning, ska ärendet polisanmälas av enhetschefen.

Vid ett faktiskt dataintrång eller olovlig läsning ska detta dokumenteras i en avvikelserapport och enhetschefen ska kontrollera att verksamhetens rutiner – instruktioner, information samt förekommande utbildning är tydliga och kända hos alla medarbetare.