

Rätt information på rätt plats i rätt tid

*Slutbetänkande av Utredningen om rätt information
i vård och omsorg*

Stockholm 2014



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2014:23

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24096-0
ISSN 0375-250X

Delredovisning enligt dir. 2013:43

Utredningen om rätt information i vård och omsorg har i uppdrag att lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen har hittills överlämnat delbetänkandena Bättre behörighetskontroll (SOU 2012:42) och Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45). Huvudbetänkandet ska redovisas senast den 30 april 2014. Särskild utredare är hälso- och sjukvårdsdirektören Lena Lundgren. Huvudsekreterare är juristen Patrik Sundström och sekreterare är juristen Maria Jacobsson samt rådmannen Eva Karlsson Helghe.

I den del av uppdraget som handlar om att identifiera nödvändiga förutsättningar för en ändamålsenlig och mer sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten fick utredningen genom tilläggsdirektiv den 2 maj 2013 (dir. 2013:43) i uppdrag att i en delredovisning beskriva de möjligheter som befintlig lagstiftning ger för att kunna utbyta uppgifter där så anses nödvändigt. Istället för en traditionell och mer teoretisk genomgång av gällande lagstiftning har utredningen valt att utforma delredovisningen som ett praktiskt verktyg anpassat för en verksamhetsnära nivå. Förhoppningen är att delredovisningen kan bidra till att de som är verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst får en ökad kunskap om hur personuppgifter kan användas och hanteras i syfte att bidra till god vård och omsorg.

Delredovisningen består framför allt av en omfattande powerpointpresentation med omkring 80 frågor och svar om informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För varje frågeställning finns ett mer utförligt resonemang i dokumentets anteckningssidor. Läsaren rekommenderas alltid att ta del av dessa anteckningssidor för ett korrekt och mer nyanserat

svar på respektive fråga. Svaren på frågorna tar endast hänsyn till de övergripande rättsliga aspekterna. Enskilda yrkesutövares faktiska möjligheter att använda och utbyta uppgifter är även beroende av den egna verksamhetens administrativa regelverk samt organisatoriska och tekniska förutsättningar.

Materialet med frågor och svar är fritt för var och en att använda och anpassa efter de behov och förutsättningar som finns i den egna verksamheten. Utredningen betraktar därför denna del av delredovisningen som ett råmaterial som kan förädlas och vidareutvecklas för att på ett ändamålsenligt sätt användas i samband med utbildning av personal, vid framtagandet av IT-stöd och när verksamhetsnära riktlinjer för informationshanteringen utformas m.m.

Materialet speglar utredningens bedömning av gällande rätt den 31 december 2013 och är framtaget av utredningen tillsammans med utredningens expertgrupp där bl.a. myndigheter och organisationer som Datainspektionen, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, Statens medicinsk-etiska råd, Famna och Vårdföretagarna finns representerade.

Förutom powerpointpresentationen med frågor och svar innehåller delredovisningen tre promemorior, som behandlar följande ämnen.

- Studerandens möjligheter att ta del av och använda patientuppgifter
- Att använda patientuppgifter för att följa upp, säkra och utveckla resultatet för patienterna i hälso- och sjukvården
- Att ta del av andra vårdgivares uppgifter i system för sammanhållen journalföring

Promemoriorna förklarar lite mer utförligt vad som gäller för användningen av personuppgifter inom dessa områden än vad som är möjligt inom ramen för en powerpointpresentation.

I denna bilaga presenterar vi frågorna och svaren i skriftlig form tillsammans med de tre promemoriorna. Powerpointpresentationen finns att hämta på <http://www.sou.gov.se/sb/d/18347>.

Härmed överlämnar utredningen delredovisningen.

Stockholm i december 2013

Lena Lundgren

/Maria Jacobsson
Eva Karlsson Helghe
Patrik Sundström

Innehåll

Läsanvisning	13
1 Frågor om viktiga begrepp	14
Patient	16
Vårdgivare.....	18
Vårdenhet	21
Skillnad mellan samtycke och rätt att motsätta sig (opt-out).....	24
2 Frågor om patientjournalen	25
Syftet med patientjournalen	27
Krav på journalföring – oavsett patientens inställning	29
En patientjournal för varje patient	31
Patientjournalens innehåll	33
Begreppet vårddokumentation.....	35
Varje vårdgivare måste föra sina egna journaler	37
Journalföringsplikten	39
Patientens medverkan i journalföringen.....	41
Andra än legitimerade kan föra journal	43
3 Frågor om att ta del av uppgifter i en patientjournal.....	44
Delta i vården av patienten	46
Tillåten åtkomst för den som inte deltar i vården.....	48

Åtkomst för att förebereda sig inför t.ex. ett jourpass	51
Vårdpersonal och åtkomst till egen journal	53
De som medverkar vid en röntgenrond deltar i vården av patienten.....	55
Remisshantering inom samma vårdgivares verksamhet	57
Att ta fram kliniska fallbeskrivningar för kvalitetsarbete	59
Att ta fram kliniska fallbeskrivningar för utbildning	62
Ta del av uppgifter för att följa upp hur det gick för patienten.....	65
I. Patientdatalagen och åtkomst för studenter	68
II. Patientdatalagen och åtkomst för studenter.....	71
Åtkomst under praktiken	74
Åtkomst vid monitorering i samband med kliniska prövningar	76
4 Frågor om patientens rättigheter och inflytande	78
Inre spärrar.....	80
Inre spärrar i en nödsituation	83
Spärr av uppgifter om läkemedel och så kallad viktig medicinsk information	85
Patientens rätt att ta del av journalen.....	88
Patientens möjlighet till direktåtkomst	91
5 Frågor om sammanhållen journalföring	93
I. Vad är sammanhållen journalföring?	95
II. Vad är sammanhållen journalföring?	98
III. Vad är sammanhållen journalföring?	101
IV. Vad är sammanhållen journalföring?	104
V. Vad är sammanhållen journalföring?	107

Sammanhållen journalföring mellan primärvård och hemsjukvård.....	110
Villkor för att få göra uppgifter tillgängliga genom sammanhållen journalföring.....	112
Villkor för att få ta del av uppgifter genom sammanhållen journalföring.....	115
Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring.....	117
Spärr vid sammanhållen journalföring i en nödsituation.....	119
Begreppet aktuell patientrelation.....	121
Vårdgivaren ska ha en aktuell patientrelation.....	123
Vårdgivaren ska ha patientens samtycke.....	125
Omfattning i tiden av patientens samtycke.....	128
Samtycke på ett särskilt boende m.m.....	131
Samtycke i primärvården.....	134
Vårdnadshavare får inte motsätta sig.....	137
Samtycke från vårdnadshavare behövs inte.....	139
Kravet på samtycke i en nödsituationer.....	141
Remisshantering över vårdgivargränser.....	143
Att hämta in samtycke i förväg.....	146
6 Frågor om dokumentation i socialtjänsten.....	147
Dokumentationens innehåll.....	149
Olika utförare av socialtjänst ansvarar för sin egen dokumentation.....	152
Krav på dokumentation – oavsett individens inställning.....	154
Individens rätt att ta del av sina uppgifter inom socialtjänsten....	156
Den enskildes möjlighet till direktåtkomst.....	158

Direktåtkomst mellan olika utförare.....	160
Direktåtkomst mellan biståndshandläggare och privat utförare.....	162
Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten.....	165
Sekretess mellan nämnder i socialtjänsten påverkar möjligheterna att utbyta information.....	167
7 Frågor om integrerade verksamheter mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.....	168
Socialtjänstuppgifter i patientjournalen	170
Direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst	173
Biståndshandläggare och åtkomst till patientjournalen	175
Olika dokumentationsregler och olika sekretessregler = gemensam dokumentation inte tillåten.....	178
Personal på särskilda boenden och patientjournalen.....	181
Skillnad mellan sammanhållen journalföring och samordnad vårdplanering.....	184
8 Frågor om nationella eller regionala kvalitetsregister i hälso- och sjukvården	186
Betydelse av patientens inställning till registrering i kvalitetsregister.....	188
Information till patienten	190
Myndighet med centralt ansvar	193
Patientens registrering av uppgifter	195
Uppgifter skyddas på flera sätt.....	197
Direktåtkomst till inrapporterade uppgifter.....	200
Forskning tillåtet som sekundärt ändamål.....	203

9	Frågor om informationssäkerhet	204
	Stark autentisering	206
	Behörighet för åtkomst och behörighetsstyrning.....	208
	Skillnad mellan vad användaren kan göra och vad användaren får göra	211
	Mejla till sin patient.....	214
	Mejla till den enskilde	217
10	Systematiskt kvalitetsarbete – att följa upp och förbättra resultatet för patienterna	218
11	Att ta del av patientuppgifter i system för sammanhållen journalföring	226
12	Studerandens möjligheter att ta del av och använda patientuppgifter	234

Läsanvisning

Dessa frågor och svar är en del av utredningens delredovisning enligt direktiv 2013:43, enligt vilka utredningen ska beskriva de möjligheter som befintlig lagstiftning ger för att praktiskt kunna hantera och utbyta uppgifter. Utredningen har valt att ta fram ett praktiskt användbart verktyg i form av frågor och svar. Syftet med materialet är att ge stöd till den verksamhetsnära nivån i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Materialet speglar utredningens bedömning av gällande rätt den 31/12 2013.

Delredovisningen är framtagen tillsammans med utredningens expertgrupp där bl.a. myndigheter och organisationer som Datainspektionen, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Inspektionen för vård och omsorg och Statens medicinsk-etiska råd finns representerade.

Svaren på frågorna tar endast hänsyn till de övergripande rättsliga aspekterna. Enskilda yrkesutövares faktiska möjligheter att använda och utbyta uppgifter är även beroende av den egna verksamhetens administrativa regelverk samt organisatoriska och tekniska förutsättningar m.m.

På regeringskansliets hemsida finns frågorna och svaren som ett material i powerpoint-format som går att ladda ner och använda i samband med undervisning eller föreläsningar.


Materialet i form av frågor och svar är fritt för var och en att använda och anpassa efter de behov och förutsättningar som finns i respektive verksamhet.

De tre promemoriorna i slutet av bilagan behandlar några frågor lite mer utförligt.

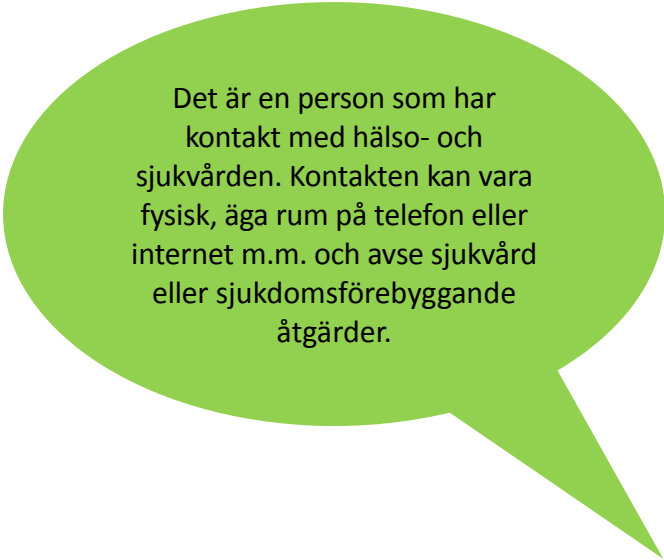
1 Frågor om viktiga begrepp

Avsnittet innehåller frågor och svar om viktiga begrepp.
För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 1 kap. patientdatalagen (2008:355), och
- förarbetsuttalanden i prop. 1984/85:189 och prop. 2007/08:126.



Vem är patient?



Det är en person som har kontakt med hälso- och sjukvården. Kontakten kan vara fysisk, äga rum på telefon eller internet m.m. och avse sjukvård eller sjukdomsförebyggande åtgärder.

Patient

Med patient avses ”den enskilde i kontakt med hälso- och sjukvården”. Innebörden är hämtad från förarbeten till den gamla patientjournalagen och är även den definition patientdatalagen bygger på.

Kontakter kan förekomma på många olika sätt


En patient kan vara i kontakt med hälso- och sjukvården på en mängd olika sätt. Kontakten kan exempelvis ske

- fysiskt genom att patienten besöker en vårdgivares lokaler
- på telefon vid kontakt med sjukvårdsrådgivningen
- genom tjänster som t.ex. Mina vårdkontakter där patienter kan möta hälso- och sjukvården på internet
- när patienter möter hälso- och sjukvården över videolänk, t.ex. i samband med rehabilitering när en remiss avseende en enskild inkommer till en vårdgivare

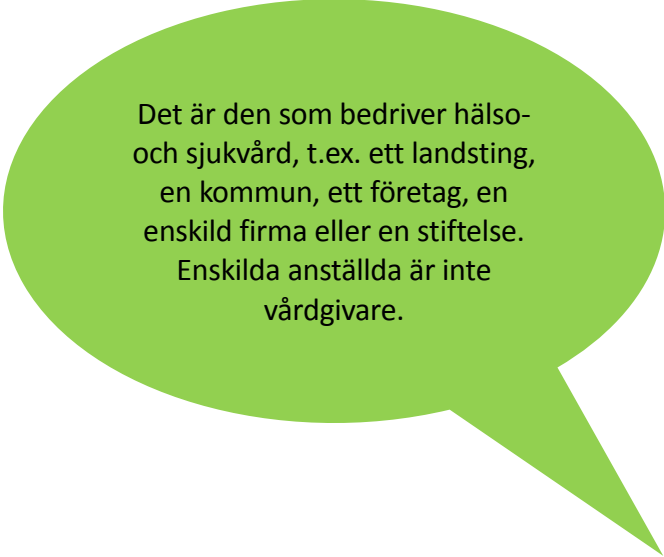
All individriktad patientvård omfattas av patientdatalagen

Patientdatalagen är tillämplig för hantering av personuppgifter i all individriktad patientverksamhet som innefattar vård, undersökning eller behandling. Det betyder att även sådan individriktad patientvård som inte ryms i begreppet hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattas av patientdatalagen.

Individriktad verksamhet inom hälso- och sjukvården kan avse både sjukdomsförebyggande åtgärder, t.ex. allmänna och riktade hälsokontroller, och egentlig sjukvård, t.ex. undersökning, behandling och omvårdnad. Det saknar betydelse vem som har tagit initiativ till vården. Eftersom även undersökning utan egentligt vård- eller behandlingssyfte ingår i vårdbegreppet, blir även personer som t.ex. genomgår hälsoundersökning i samband med körkortstillstånd eller är föremål för blodprovstagning på polisens begäran att betrakta som patienter i patientdatalagens mening. Även en blodgivare som frivilligt lämnar blod är patient.



Vem är
vårdgivare?



Det är den som bedriver hälso-
och sjukvård, t.ex. ett landsting,
en kommun, ett företag, en
enskild firma eller en stiftelse.
Enskilda anställda är inte
vårdgivare.

Vårdgivare

Med vårdgivare avses – med ett undantag – en fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdsbegreppet ingår även tandvård och optikerverksamhet m.m.

Kommuner och landsting

Inom den offentliga hälso- och sjukvården som kommuner och landsting själva driver är det den juridiska personen landstinget eller kommunen som är vårdgivare enligt patientdatalagen.

Kommunal- eller landstingsägda bolag

Sådana bolag, föreningar och stiftelser där kommuner och landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande (äger mer än 50 %) är dock egna juridiska personer och utgör därför självständiga vårdgivare. Som exempel kan nämnas Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

Privata vårdgivare

Juridiska personer, t.ex. bolag eller stiftelser, som bedriver hälso- och sjukvård med privat eller offentlig finansiering är självständiga vårdgivare. Som exempel kan nämnas Capio, Aleris, Attendo, Praktikertjänst med flera privata vårdgivare.

Fysisk person i enskild firma m.m. (t.ex. etablering enligt nationella taxan)


En fysisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en enskild firma eller ett aktiebolag, en stiftelse, ett handelsbolag eller liknande är också en privat vårdgivare. Som exempel kan nämnas en mottagning där en fysisk person etablerat sig med stöd av lagen om läkarvårdsersättning.

Staten

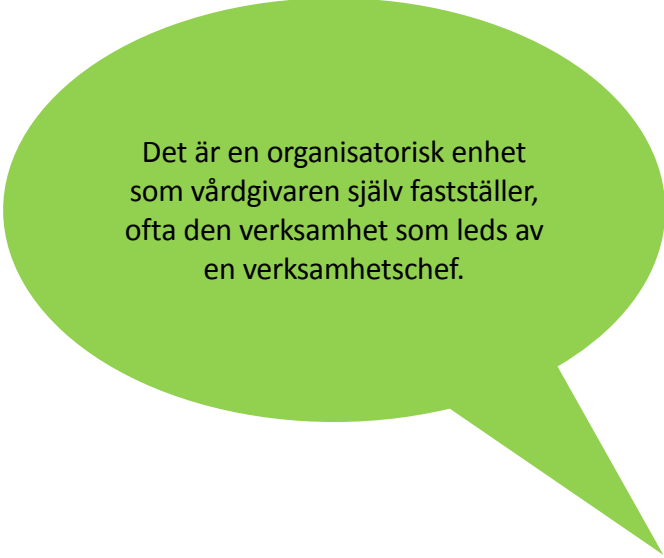
Undantaget i patientdatalagen från huvudregeln om att vårdgivaren ska vara en juridisk eller fysisk person avser hälso- och sjukvård som tillhandahålls av statliga myndigheter, t.ex. Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården eller Totalförsvarets pliktverk. Dessa statliga myndigheter är vårdgivare.

Enskilda yrkesutövare är normalt sett inte vårdgivare

Ovanstående innebär bl.a. att enskilda läkare som exempelvis är anställda på ett sjukhus eller en vårdcentral inte är vårdgivare i lagens mening.



Vad är en
vårdenhet?



Det är en organisatorisk enhet
som vårdgivaren själv fastställer,
ofta den verksamhet som leds av
en verksamhetschef.

Vårdenhet

Begreppet vårdenhet återfinns i patientdatalagens bestämmelse om rättigheten för patienten att spärra vårddokumentation mellan olika vårdenheter inom en och samma vårdgivare (4 kap. 4 § patientdatalagen). I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring används begreppet vårdenhet bland annat i bestämmelsen som reglerar personalens åtkomst till patientuppgifter inom en vårdgivares verksamhet (2 kap. 7 §), men även i de bestämmelser som handlar om åtkomstkontroll (loggning) och patientens rätt att få information om den åtkomst som skett till hans eller hennes uppgifter (2 kap. 11 och 12 §§).

Vårdgivaren fastställer själv verksamhetens vårdenheter

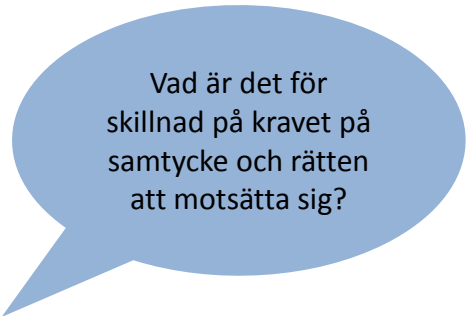
Varken i lag eller föreskrift är begreppet vårdenhet definierat, utan det är upp till respektive vårdgivare att fastställa begreppet utifrån de förutsättningar som finns i verksamheten. Hur stora olika vårdenheter är och vad som karaktäriserar dem kan därmed skilja sig mellan olika vårdgivare. En vårdcentral räknas ofta som en vårdenhet medan det finns många olika vårdenheter på ett sjukhus. Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns vanligen flertalet vårdenheter, beroende på kommunens storlek och de olika verksamheternas karaktär.

Vanlig definition

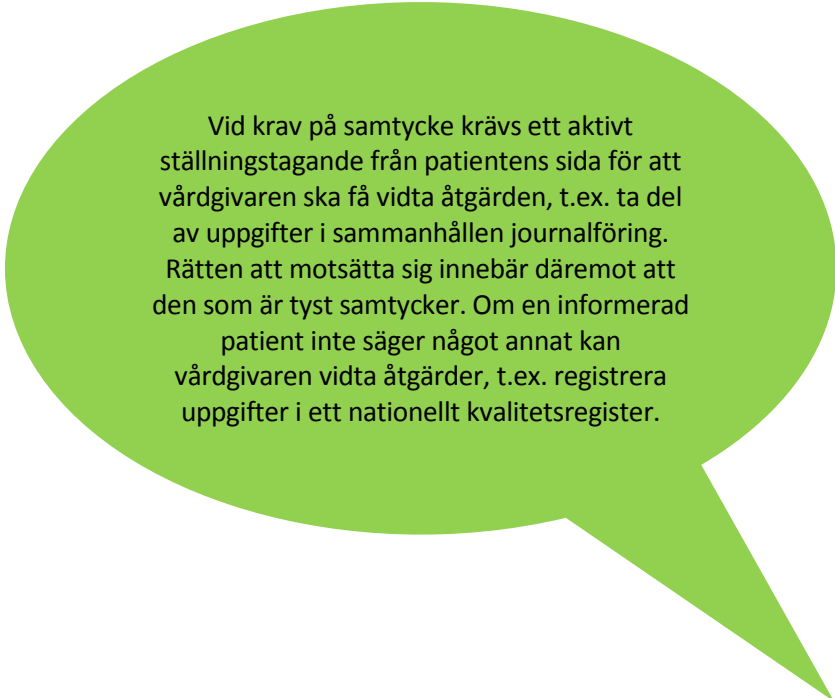
En vanligt förekommande definition bland vårdgivare är att vårdenhet avser ”den organisatoriska enhet som leds av en verksamhetschef eller motsvarande”. Men även verksamheter som leds av samma verksamhetschef kan bestå av flera vårdenheter, t.ex. på grund av en geografisk spridning eller att verksamheterna har en sådan karaktär att de betraktas som enskilda enheter i förhållande till varandra.

Varför måste begreppet fastställas?

För vårdgivare är det nödvändigt att fastställa vilka vårdenheter som finns i verksamheten, bl.a. för att kunna informera patienter om vilka möjligheter att spärra som finns och för att kunna lämna sådan information om åtkomst till patientens uppgifter som ska lämnas till patienten enligt 2 kap. 12 § SOSFS 2008:14. Det har även betydelse för vårdgivares möjligheter att anpassa journal-systemen och styra hälso- och sjukvårdspersonalens behörigheter på ett sådant sätt att personalen i första hand ges åtkomst till sådana patientuppgifter som återfinns i den egna verksamheten (vårdenheten).



Vad är det för skillnad på kravet på samtycke och rätten att motsätta sig?



Vid krav på samtycke krävs ett aktivt ställningstagande från patientens sida för att vårdgivaren ska få vidta åtgärden, t.ex. ta del av uppgifter i sammanhållen journalföring. Rätten att motsätta sig innebär däremot att den som är tyst samtycker. Om en informerad patient inte säger något annat kan vårdgivaren vidta åtgärder, t.ex. registrera uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister.

Skillnad mellan samtycke och rätt att motsätta sig (opt-out)

Vid krav på samtycke krävs ett aktivt ställningstagande från patientens sida för att vårdgivaren ska få vidta den aktuella åtgärden. Om samtycket uteblir, t.ex. genom att patienten är passiv, får åtgärden inte vidtas. Samtycket ska vara frivilligt, särskilt och otvetydigt för att leva upp till personuppgiftslagens krav. Det innebär bl.a. att den som samtycker ska vara informerad och kunna förutse vad samtycket omfattar.

Att ta del av andra vårdgivares uppgifter i system för sammanhållen journalföring är ett exempel på en situation där patientdatalagen ställer krav på samtycke från patienten för att vårdgivaren ska få vidta åtgärden.

Rätten att motsätta sig (opt-out)

Rätten att motsätta sig, eller opt-out som det ibland kallas, innebär i praktiken att den som är tyst samtycker. Om en informerad patient är passiv och inte säger något får vårdgivaren vidta åtgärden.

Att göra patientuppgifter tillgängliga (skede 1) i system för sammanhållen journalföring är exempel på en situation där patientdatalagen ger vårdgivaren en rätt att vidta åtgärden (d.v.s. att göra uppgifterna tillgängliga) om en informerad patient inte ger uttryck för att vilja motsätta sig. Motsvarande gäller även för registrering i nationella kvalitetsregister, där vårdgivaren kan registrera uppgifter om en informerad patient inte aktivt motsatt sig.

Principen bygger på ett antagande om att en informerad patient som inte ger uttryck för sin vilja inte heller har något emot att den aktuella åtgärden, t.ex. medverkan i sammanhållen journalföring eller nationella kvalitetsregister. Det kan även uttryckas så att informationsplikten ligger på vårdgivaren och aktivitetsmöjligheten på patienten. Vårdgivaren behöver med andra ord inte aktivt försöka få patienten att ge uttryck för sin inställning, utan det är upp till patienten själv att ta ett sådant initiativ.


För den patient som aktivt motsätter sig, får vårddokumentation inte göras tillgänglig i system för sammanhållen journalföring eller registreras i nationella kvalitetsregister. Det innebär dock inte att patienten har rätt att motsätta sig att uppgifter journalförs eller används lokalt av en vårdgivare för att kvalitetssäkra vården.

2 Frågor om patientjournalen


Avsnittet innehåller frågor och svar om patientjournalen; syfte, innehåll, vem som ska föra journal m.m.

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 3 kap. patientdatalagen (2008:355) och
- 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.



Varför ska det
föras en
patientjournal?



Huvudsyftet är att bidra
till en god och säker vård
av patienter.

Syftet med patientjournalen

Syftet med att föra patientjournal (3 kap. 2 § patientdatalagen) är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument och stöd för dem som på olika sätt och vid olika tidpunkter deltar i patientens vård. En väl förd patientjournal har inte bara avgörande betydelse för vårdens kvalitet och säkerhet utan ökar även tryggheten för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Informationskälla för patienten

Patientjournalen är även en informationskälla för patienten och ger denne möjligheter till insyn, kunskap och ökad delaktighet i sin hälsa och vård.

Underlag för kvalitetssäkring


De uppgifter som dokumenteras i en patientjournal ligger även till grund för att följa upp, säkra och utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Även av denna anledning är det av avgörande betydelse att uppgifter i patientjournalen är korrekta.

Källmaterial för forskning och utbildning


Vidare används journaluppgifter som källmaterial vid forskning. Även i utbildningssammanhang är patientjournalen en viktig källa, även om det där många gånger handlar om att ta del av information som inte går att härleda till en specifik person.

Betydelse i rättsliga sammanhang

Patientjournalen används också i samband med kontroll, tillsyn och vid olika rättsliga sammanhang, t.ex. för att dokumentera sjukdomar eller skador i skadestands- och försäkringssammanhang eller för att utreda anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal. Uppgifterna i patientjournalen kan alltså få både rättsliga och ekonomiska betydelser för patienter och yrkesutövare.



Kan patienten
förhindra att en
patientjournal
förs?



Nej. Patienten får inte
bestämma om det eller på
vilket sätt journal förs.

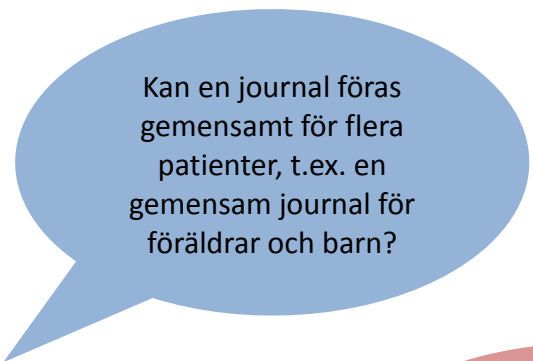
Krav på journalföring – oavsett patientens inställning

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal och det finns ett antal yrkesgrupper som är skyldiga att journalföra. En patient kan inte motsätta sig att en journal förs eller att personuppgifter behandlas, vare sig det sker manuellt på papper eller i ett elektroniskt patientjournalssystem. Patienten kan inte heller bestämma i frågor som rör vem som ska dokumentera i patientjournalen. Det är ytterst vårdgivaren som, utifrån regelverket i patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring, avgör formerna för journalföringen.

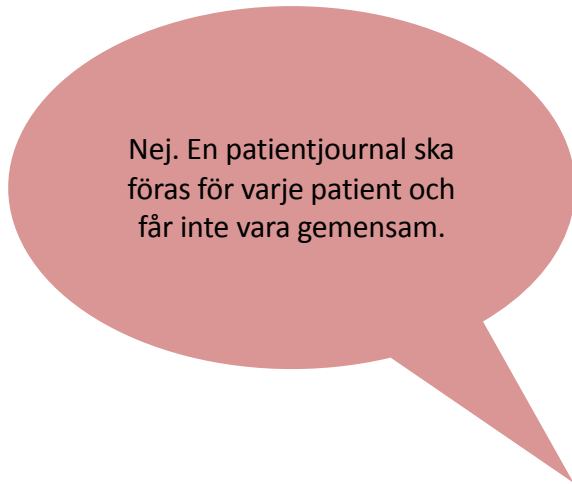
Patientens rätt till självbestämmande och integritet

I samband med journalföring och annan informationshantering i hälso- och sjukvården ska patientens rätt till självbestämmande och personlig integritet iakttas. Vid journalföring innebär det exempelvis att uppgifter om patienten ska vara korrekta och relevanta i förhållande till syftet med journalföringen. Dokumenterade uppgifter om patienten ska också hanteras och förvaras så att obehöriga inte kan komma åt dem. Om patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande så ska det antecknas i journalen.

Även om patienten inte kan bestämma om journal ska föras har patienten ändå en viss rätt att påverka hur uppgifter som är journalförda hanteras inom och mellan vårdgivares verksamheter. Patienten kan exempelvis begära att den elektroniska tillgången till patientens uppgifter begränsas mellan olika vårdenheter eller vårdprocesser inom en vårdgivares verksamhet. Närmare bestämmelser om patientens rättigheter att spärra uppgifter finns i 4 kap. 4 § patientdatalagen.



Kan en journal föras gemensamt för flera patienter, t.ex. en gemensam journal för föräldrar och barn?




Nej. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam.


En patientjournal för varje patient

En patientjournal ska enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Det är viktigt att den som genomför en behandling som gäller barn eller föräldrar håller reda på vem som får behandling och i vilken journal olika uppgifter ska dokumenteras. Det har betydelse för en säker vård, men kan också ha betydelse i sekretesshänseende m.m.



Vad ska en
patientjournal
innehålla?



De uppgifter som behövs
för en god och säker vård av
patienten.

Patientjournalens innehåll

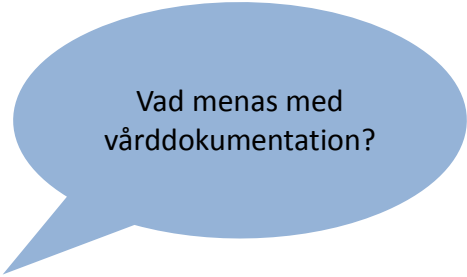
En patientjournal *ska* innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § 1 st. patientdatalagen). Det är exempelvis uppgift om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om ställda diagnoser, anledning till mer betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder m.m. (3 kap. 6 § 2 st. patientdatalagen)

Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård, men även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. Journalen ska därför kunna användas av hälso- och sjukvårdspersonalen för planering, genomförande och uppföljning av vården. En väl fördd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården. I en patientjournal ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts liksom eventuella komplikationer som förekommit samt prognosen för den utförda behandlingen. En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling med mera. Av samma skäl som redovisats är det viktigt att journalen inte fylls med information som inte behövs för en god och säker vård.


Begränsning av vad patientjournalen får innehålla

För att tydliggöra att en patientjournal inte får innehålla irrelevanta uppgifter följer av patientdatalagen att journalen endast *får* innehålla de uppgifter som behövs för vården av en patient eller för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall (3 kap. 5 § patientdatalagen). Dessutom får journalen innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal.

I patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring och i andra föreskrifter finns bestämmelser om vad som ska dokumenteras.



Vad menas med
vårdokumentation?



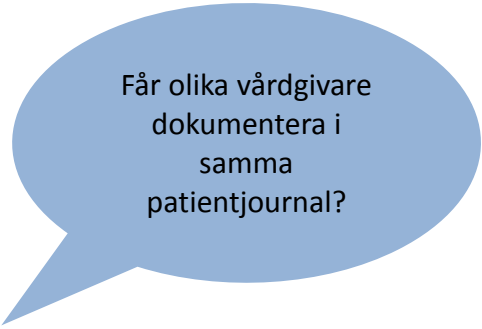
Med begreppet avses
patientjournalen och övriga
uppgifter som behövs i och för
vården av en patient eller som
behövs för den administration
som rör patientens vård.

Begreppet vårddokumentation

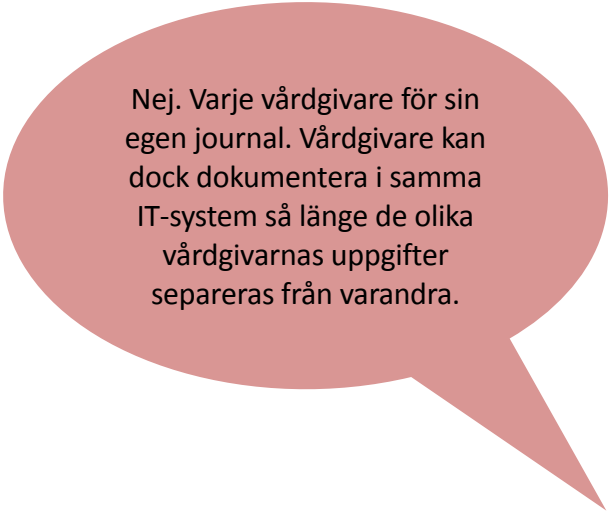
Vårddokumentation är ett samlingsbegrepp för de uppgifter som behövs och som måste dokumenteras i och för vården av patienter (patientjournalföring) samt de uppgifter som behövs för sådan administration som rör patienter och som syftar till att bereda vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. Det handlar i princip om alla uppgifter som behövs i den individinriktade patientverksamheten, d.v.s. även sådana uppgifter som faller vid sidan av skyldigheten att föra patientjournal.

Även ekonomiadministration m.m. är vårddokumentation

Det innebär exempelvis att begreppet vårddokumentation täcker både patientjournalföringen och all patientrelaterad administration som äger rum i hälso- och sjukvården, t.ex. ekonomiska regleringar mellan patienter och vårdgivare, kontaktuppgifter, individuella väntetider eller köplaceringar, tidbokningar, olika former av interndebiteringar, ekonomiska regleringar mellan kommuner och lands-ting i egenskap av huvudmän och privata vårdgivare m.m.



Får olika vårdgivare dokumentera i samma patientjournal?



Nej. Varje vårdgivare för sin egen journal. Vårdgivare kan dock dokumentera i samma IT-system så länge de olika vårdgivarnas uppgifter separeras från varandra.

Varje vårdgivare måste föra sina egna journaler

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal (3 kap. 1 § patientdatalagen) Varje vårdgivare eller myndigheter inom en vårdgivare är personuppgiftsansvarig för de patientuppgifter som behandlas i verksamheten. Vårdgivaren ansvarar alltså för att journaler upprättas och hanteras på ett ändamålsenligt och säkert sätt i verksamheten. I det ansvaret ligger också ett ansvar för gallring och arkivering. Det innebär att varje vårdgivare måste föra sina egna journaler. En privat vårdgivare får exempelvis inte föra journal i ett landstings eller en kommuns journaler.

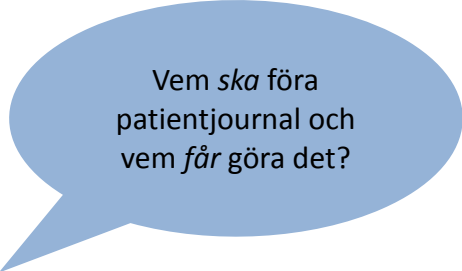
Mellan vårdgivare råder som huvudregel även sekretess, vilket bland annat innebär att särskilda villkor måste vara uppfyllda för att uppgifter ska få vara tillgängliga för flera olika vårdgivare.

Möjlighet att dokumentera i samma IT-system

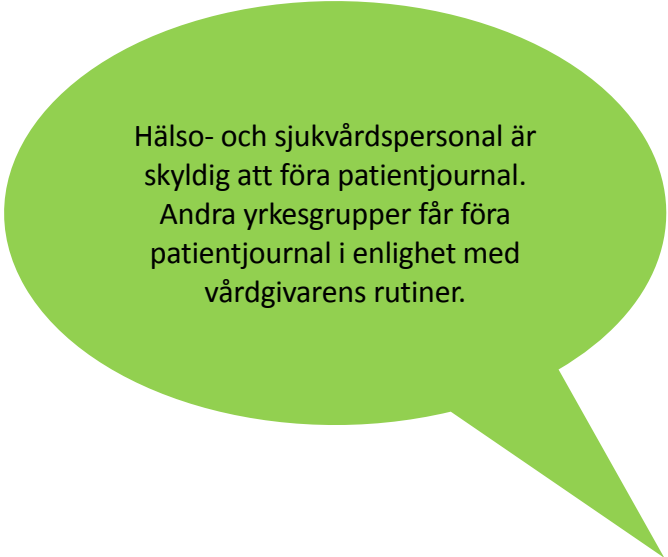
Kravet på att vårdgivare ansvarar för sin egen journal och att en patientjournal inte kan vara gemensam för flera vårdgivare hindrar däremot inte att flera vårdgivare använder samma journalsystem för sin journalföring.

Så länge de olika vårdgivarnas uppgifter är separerade från varandra, logiskt eller fysiskt, och vårdgivarna i övrigt kan leva upp till sina skyldigheter enligt patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen, patientsäkerhetslagen, arkivlagen m.fl. är det möjligt att föra journal i samma system.

Vårdgivare som för patientjournal i samma system har således ingen annan legal rätt eller möjlighet att ta del av varandras uppgifter än vad som gäller för vårdgivare som använder olika journalsystem. De faktiska möjligheterna att effektivt utbyta uppgifter mellan vårdgivare som samarbetar i vården av patienter ökar dock generellt om samma journalsystem, eller system som kan kommunicera med varandra, används.



Vem *ska* föra
patientjournal och
vem *får* göra det?



Hälso- och sjukvårdspersonal är
skyldig att föra patientjournal.
Andra yrkesgrupper får föra
patientjournal i enlighet med
vårdgivarens rutiner.

Journalföringsplikten

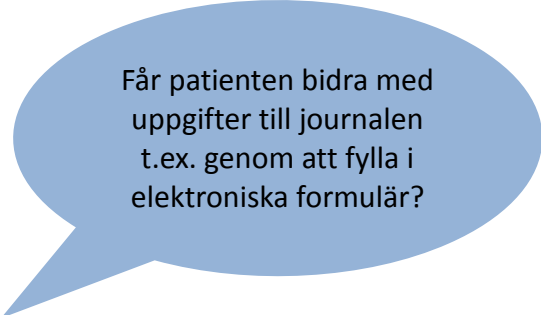
Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. I 3 kap. 3 § patientdatalagen anges vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Skyldigheten gäller främst den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är också skyldig att föra journal.

Den som biträder legitimerad personal

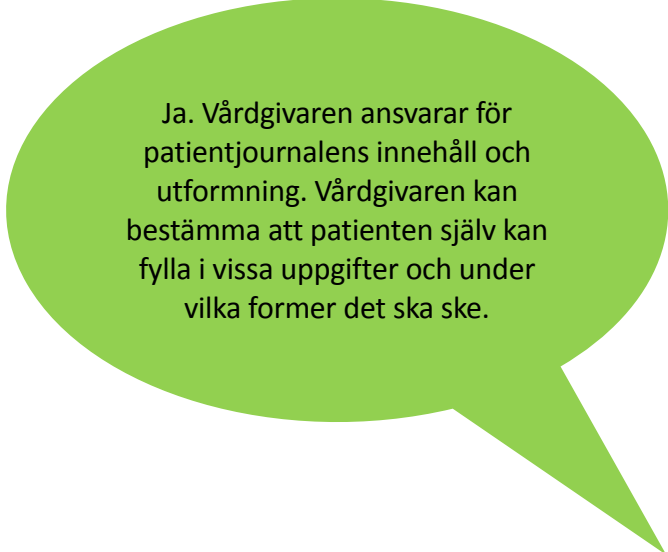
I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournaler, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Vårdgivaren avgör vem som får föra patientjournal

Även andra personalkategorier än de som räknas till hälso- och sjukvårdspersonal får dokumentera i en patientjournal om det följer av arbetsuppgifterna. Det kan exempelvis handla om undersköterskor och skötare som på olika sätt deltar i patientens vård och behandling. Det är viktigt att vårdgivaren, när denne organiserar och fördelar arbetet, tydliggör hur samtliga medarbetare ska agera i frågor som rör dokumentation och informationshantering.



Får patienten bidra med uppgifter till journalen t.ex. genom att fylla i elektroniska formulär?



Ja. Vårdgivaren ansvarar för patientjournalens innehåll och utformning. Vårdgivaren kan bestämma att patienten själv kan fylla i vissa uppgifter och under vilka former det ska ske.

Patientens medverkan i journalföringen

Vårdgivaren ansvarar för att det förs journal i enlighet med patientdatalagen och att journalföringen är ändamålsenlig. Om vårdgivaren anser att uppgifter som patienten bidrar med är av värde för vården kan vårdgivaren bestämma om detta. För att elektroniska blanketter ska kunna användas måste även bestämmelser om informationssäkerhet vara uppfyllda.

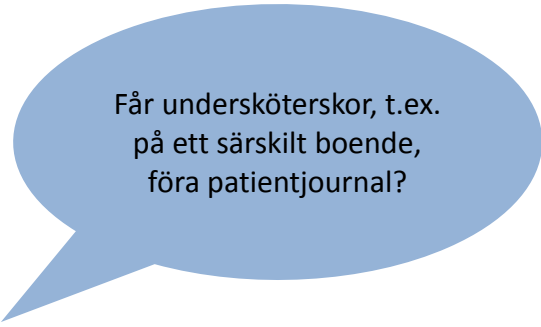
Vårdgivaren kan göra det möjligt för patienten att bidra med information elektroniskt

Olika former av hälsodeklarationer som patienter kan fylla i t.ex. inför en kontakt med vården är exempel på sådan informationsinhämtning som kan ske elektroniskt och på ett effektivt sätt bidra till innehållet i patientjournalen. Det kan även handla om att patienter registrerar och elektroniskt rapporterar in olika mätvärden till en vårdgivare.

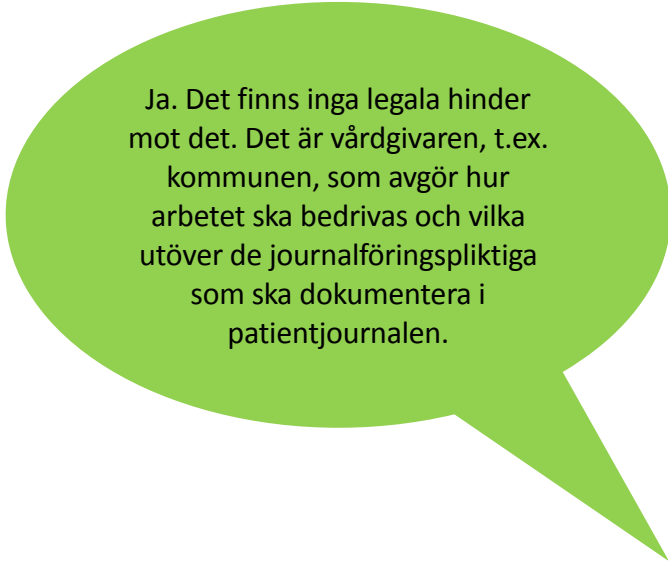
Att patienter med hjälp av den tekniska utvecklingen elektroniskt kan bidra med sådana uppgifter som har betydelse för en god och säker vård innebär dock inte att det är patienten som för journalen. Det bör i stället betraktas som att vårdgivaren i sina rutiner för att inhämta den information som behövs för god och säker vård tillhandahåller definierade möjligheter för patienten att bidra med viktig information. Ur ett journalföringsperspektiv är det heller ingen egentlig skillnad mellan en hälsodeklaration som förut inkom på papper och tillfogades journalen och en hälsodeklaration som lämnas in elektroniskt och tas om hand elektroniskt i journalen.

Elektronisk kommunikation ställer krav på säkerhet

En större del av den elektroniska kommunikationen mellan vårdgivare och patienter sker i dag via internet. Av den anledningen är det nödvändigt att vårdgivare som tillhandahåller dessa möjligheter även ser till att vidta de säkerhetsåtgärder som krävs, t.ex. för att skydda uppgifterna från obehörig åtkomst. Såväl ur ett patientsäkerhetsperspektiv som ur integritetshänseende är det även viktigt att patientens identitet säkerställs vid sådan elektronisk kommunikation som går över internet.



Får undersköterskor, t.ex.
på ett särskilt boende,
föra patientjournal?



Ja. Det finns inga legala hinder
mot det. Det är vårdgivaren, t.ex.
kommunen, som avgör hur
arbetet ska bedrivas och vilka
utöver de journalföringspliktiga
som ska dokumentera i
patientjournalen.

Andra än legitimerade kan föra journal

Skyldigheten att föra patientjournal gäller främst den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården. I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra journal, exempelvis den som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Vårdgivaren avgör vilka, utöver de journalföringspliktiga, som ska journalföra

Vårdgivaren ska ha rutiner för journalföring som ser till att sådana uppgifter som behövs för en god och säker vård dokumenteras i patientjournalen och att de yrkesutövare som behöver uppgifterna får tillgång till dem. Det innebär att det är vårdgivaren som, t.ex. i särskilt boende eller i hemsjukvården, bestämmer vilka utöver sjuksköterskor och annan legitimerad personal som ska dokumentera i och kunna ta del av uppgifter patientjournaler.

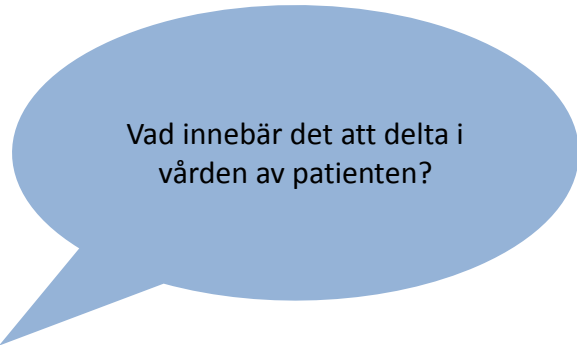
Den som deltar i vården av en patient kan behöva dokumentera uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling, även om den anställde inte är journalföringspliktig enligt lag. Det kan dessutom vara svårt att särskilja socialtjänstens omvårdnadsdokumentation från vad som ska betraktas som hälso- och sjukvårdsdokumentation, framförallt när det gäller verksamheter där den enskilde har ett sammansatt behov av vård och omsorg. Var ska exempelvis uppgifter om kost, sömn, aktiviteter, förändringar i funktionsnivåer, humör etc. dokumenteras? I patientjournalen, i socialtjänstens journaler eller på båda ställena? Här är det viktigt med ett individfokus. Var behöver uppgifterna finnas för att göra nytta för individen i vård och omsorg? Vilken personal behöver uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete?

3 Frågor om att ta del av uppgifter i en patientjournal

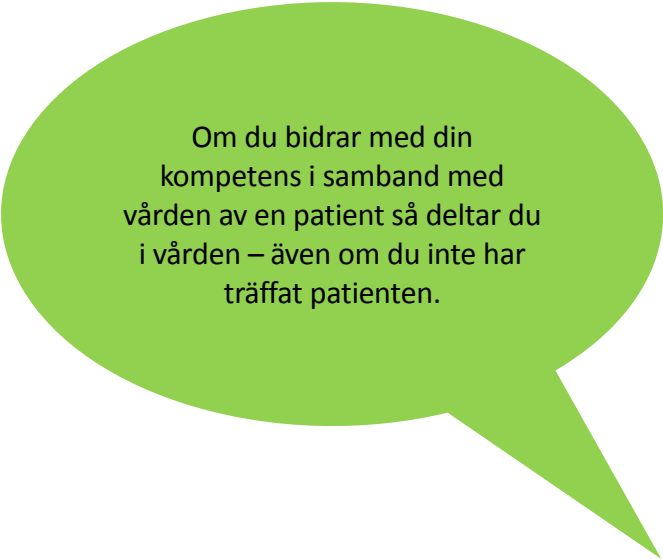
Avsnittet innehåller frågor och svar om att ta del av och använda uppgifter i en patientjournal.

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 2 kap. 4 § och 4 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355), och
- förarbetsuttalanden i prop. 2007/08:126.



Vad innebär det att delta i vården av patienten?



Om du bidrar med din kompetens i samband med vården av en patient så deltar du i vården – även om du inte har träffat patienten.

Delta i vården av patienten

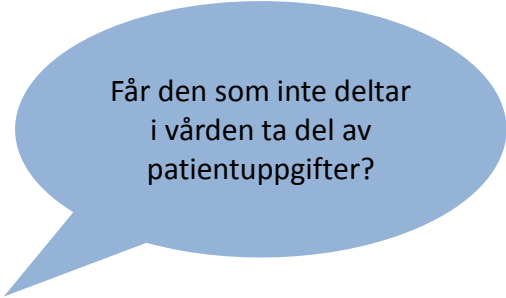
Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Vårdgivaren organiserar arbetet

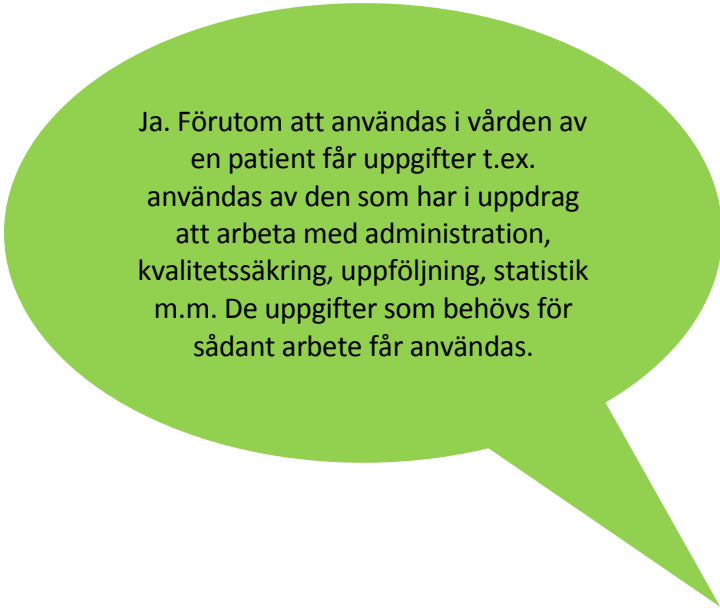
Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att organisera det dagliga arbetet. Det innebär t.ex. att vårdgivaren måste använda den kompetens som finns i verksamheten effektivt och i övrigt organisera arbetet på ett ändamålsenligt sätt som garanterar kvaliteten och säkerheten i verksamheten.

Många vårdgivare har därför organiserat olika former av arbetslag som består av medarbetare med flera olika kompetenser och erfarenheter, som samarbetar med varandra i den patientnära vården. Det är också vanligt att olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens genom att delta i olika typer av ronder, t.ex. röntgenronder eller motsvarande konferenser. De som medverkar i en sådan rond för att deras kompetens behövs deltar därmed i patientens vård och behandling. De behöver alltså inte delta i patientens vård på något annat sätt, t.ex. personligen ha träffat patienten eller vara dennes ansvarige behandlande läkare, för att få ta del av de patientuppgifter som behövs. Det är nämligen tillåtet för alla som deltar i vården av patienten att ta del av de uppgifter man själv behöver för att kunna utföra sitt arbete. På motsvarande sätt är det tillåtet för t.ex. den som har jour att inför sitt arbetspass förbereda sig genom att ta del av relevanta patientuppgifter rörande de patienter som finns i verksamheten just då, exempelvis ligger inne på avdelningen. Här är några exempel på när någon deltar i vården av patienten:

- träffa patienten personligen
- bli konsulterad av en kollega
- delta i en multiprofessionell rond
- ge patienten sjukvårdsrådgivning på telefon
- kommunicera med patienten över Internet
- ta emot en remiss rörande patienten



Får den som inte deltar
i vården ta del av
patientuppgifter?



Ja. Förutom att användas i vården av
en patient får uppgifter t.ex.
användas av den som har i uppdrag
att arbeta med administration,
kvalitetssäkring, uppföljning, statistik
m.m. De uppgifter som behövs för
sådant arbete får användas.

Tillåten åtkomst för den som inte deltar i vården

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Vilka sådana andra skäl som är tillåtna framgår huvudsakligen av bestämmelsen i 2 kap. 4 § patientdatalagen, men även av de enskilda medarbetarnas arbetsuppgifter och arbetsbeskrivningar eller motsvarande.

Patientuppgifter får användas för flera syften

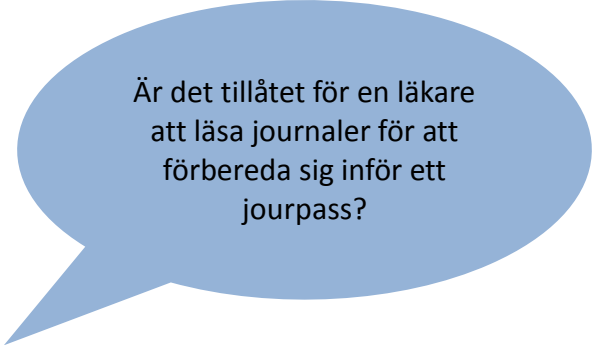
Av 2 kap. 4 § patientdatalagen följer att uppgifter om patienter får användas om det behövs för

1. att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter (journalföring),
2. administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall,
3. att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
4. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
5. administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller
6. att framställa statistik om hälso- och sjukvården.

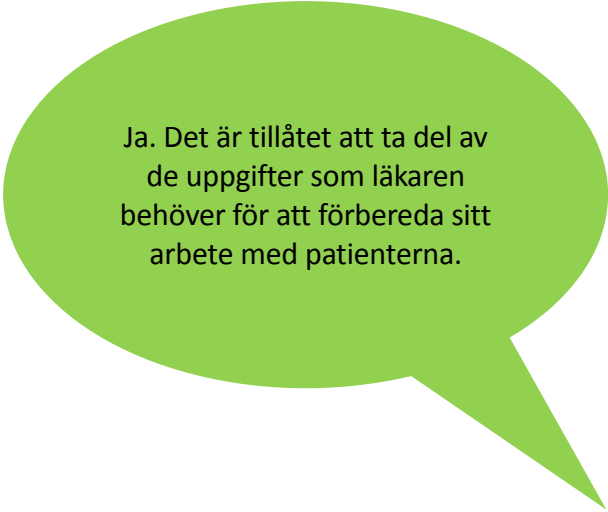
Uppdrag och arbetsuppgifter påverkar vem som får göra vad

Den personal som har i uppdrag att utföra arbetsuppgifter som t.ex. kräver att statistik tas fram eller att vårdprocesser utvärderas får därmed ta del av de patientuppgifter som behövs för de syftena. På samma sätt får personal, med stöd av det som ingår i deras arbetsuppgifter och vårdgivarens övriga riktlinjer, ta del av de patientuppgifter som behövs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Det som får ta del av patientuppgifter för något av dessa andra skäl behöver alltså inte dessutom delta eller ha deltagit i patientens vård. Det räcker att medarbetaren behöver uppgifterna för något av dessa tillåtna skäl och har till uppgift att utföra sådana arbetsuppgifter.



Är det tillåtet för en läkare
att läsa journaler för att
förbereda sig inför ett
jourpass?



Ja. Det är tillåtet att ta del av
de uppgifter som läkaren
behöver för att förbereda sitt
arbete med patienterna.

Åtkomst för att förbereda sig inför t.ex. ett jourpass

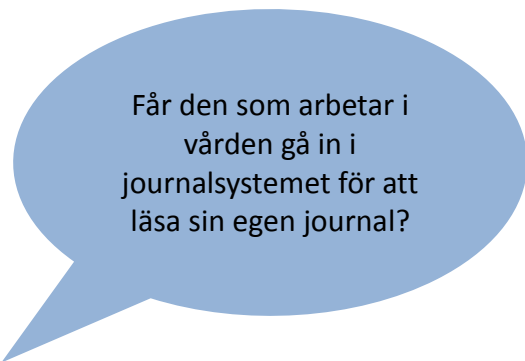
Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Att ta del av patientuppgifter för att kunna förbereda sitt arbete är ett tillåtet ändamål enligt 2 kap. 4 § 1 och 2 patientdatalagen (vårdokumentation). Med ändamålet vårdokumentation avses inte bara själva insamlandet och registreringen av uppgifterna t.ex. i patientjournalen, utan även senare användning av uppgifterna i den omfattning som behövs i patientvården eller patientadministrationen.

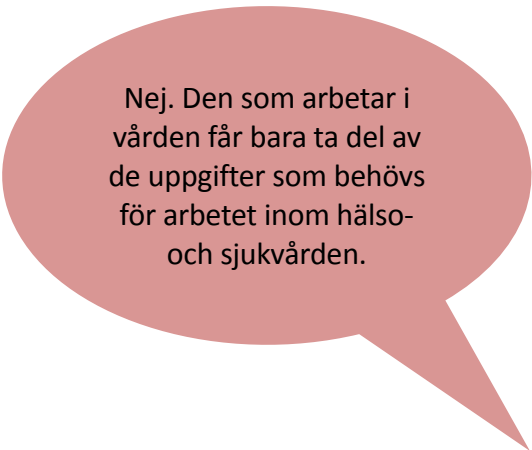
En skyldighet och en rätt att förbereda sig inför arbetet

För den läkare som har i uppdrag att tjänstgöra som jour är det tillåtet att ta del av de uppgifter som behövs för att kunna förbereda och genomföra jourtjänstgöringen. Det kan t.ex. handla om att ta del av viktig information om de patienter som är inneliggande på en avdelning. Det kan även uttryckas som en skyldighet eftersom hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

På motsvarande sätt är det också tillåtet för läkare, eller andra yrkesutövare, som tar emot bokade patientbesök att ta del av de uppgifter om de inbokade patienterna som är nödvändiga för att vara förberedd och kunna genomföra besöket på ett bra sätt.



Får den som arbetar i vården gå in i journalsystemet för att läsa sin egen journal?



Nej. Den som arbetar i vården får bara ta del av de uppgifter som behövs för arbetet inom hälso- och sjukvården.

Vårdpersonal och åtkomst till egen journal

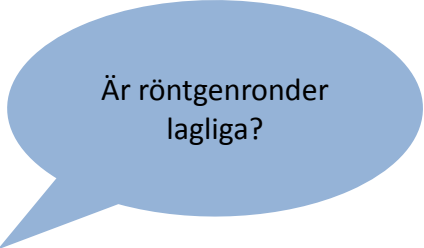
Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). Det innebär att det är arbetet inom hälso- och sjukvården som är avgörande för vilka uppgifter en anställd får ta del av. Det faktum att den som arbetar i hälso- och sjukvården kan ha tekniska möjligheter att ta del av uppgifter om sig själv har ingen betydelse i sammanhanget.

Eftersom den som arbetar i vården sannolikt inte har något uppdrag att delta i vården av sig själv eller av andra skäl ta del av uppgifter om sig själv, får denne inte logga in i journalsystemet och ta del av dessa uppgifter.

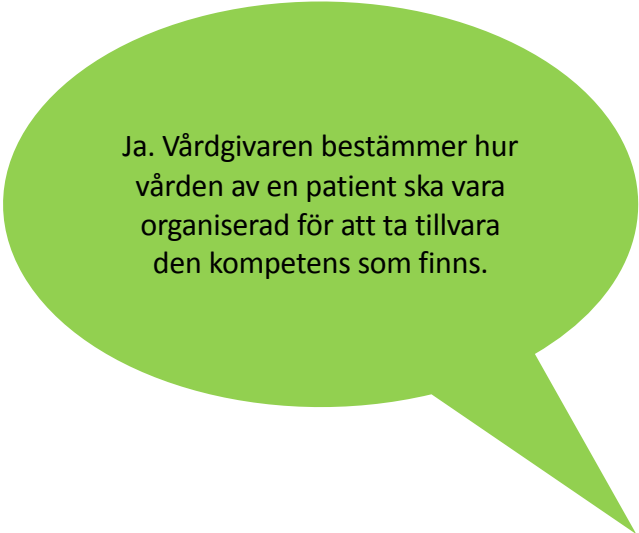
Motsvarande resonemang gäller för åtkomst till vänner, släktingars och familjemedlemmarnas journaler. Den som arbetar i vården får endast ta del av vänner, släktingars eller familjemedlemmars uppgifter om han eller hon i enlighet med sina arbetsuppgifter deltar i vården av dessa eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete i hälso- och sjukvården.

Utlämnande av uppgifter kan ske

Hälso- och sjukvårdspersonal har samma rätt som andra patienter att få sin patientjournal utlämnad. Han eller hon får vända sig till vården och begära att få ta del av uppgifterna. Det är sedan upp till vårdgivaren att avgöra hur uppgifterna ska lämnas ut. Det kan ske manuellt, genom elektroniskt utlämnande eller genom direktåtkomst.



Är röntgenronder
lagliga?



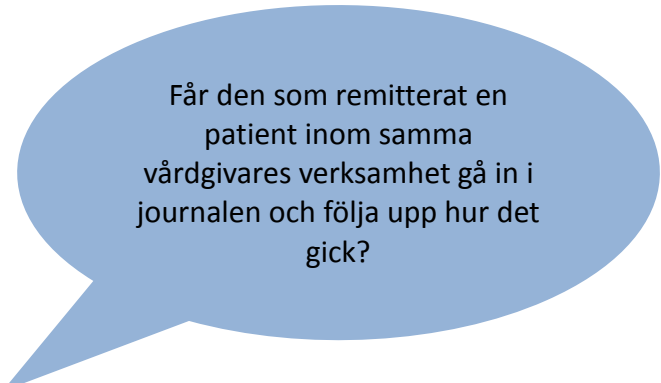
Ja. Vårdgivaren bestämmer hur
vården av en patient ska vara
organiserad för att ta tillvara
den kompetens som finns.

De som medverkar vid en röntgenrond deltar i vården av patienten


Vårdgivaren ansvarar för att organisera det dagliga arbetet på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Det innebär t.ex. att vårdgivaren måste använda den kompetens som finns i verksamheten på ett effektivt sätt. Många vårdgivare har därför organiserat arbetslag som består av flera medarbetare med olika kompetenser och erfarenheter som samarbetar med varandra i den patientnära vården.

Det är också vanligt att olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens genom att delta i olika typer av ronder, t.ex. röntgenronder. Den som medverkar i en sådan rond för att bidra med sin kompetens behöver inte delta i patientens vård på något annat sätt för att få medverka under rondens och ta del av nödvändiga uppgifter om patienten.

Eftersom det är vårdgivaren som organiserar arbetet och bestämmer vad som ingår i medarbetarnas arbetsuppgifter kan medarbetarna känna sig trygga med den personuppgiftshandling som är nödvändig även i sådana sammanhang.



Får den som remitterat en patient inom samma vårdgivares verksamhet gå in i journalen och följa upp hur det gick?



Ja. Enligt de rutiner för hantering av remisser som finns.

Remisshantering inom samma vårdgivares verksamhet

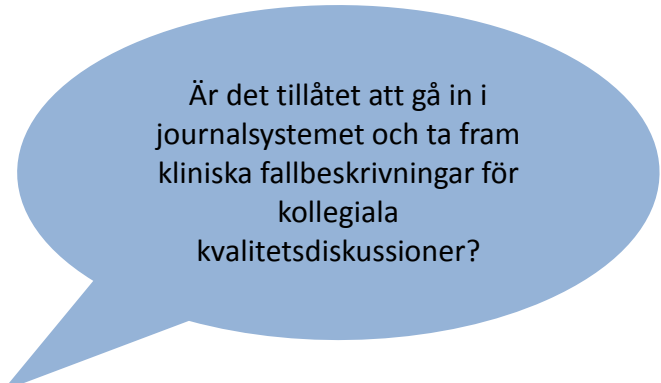
Frågan handlar om en situation där remitterande och remissmottagande verksamhet befinner sig inom en och samma vårdgivare, t.ex. en landstingsdriven vårdcentral och ett landstingsdrivet sjukhus.

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). I 2 kap. 4 § patientdatalagen regleras för vilka ändamål som vårdgivaren får behandla patientuppgifter.

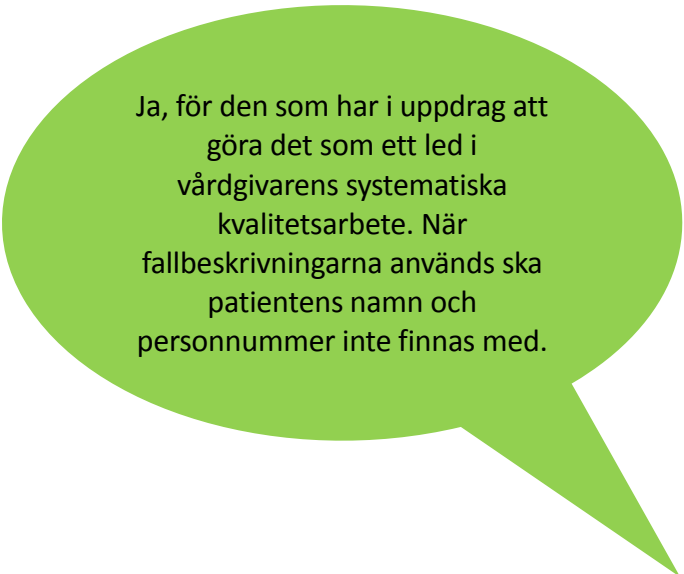
Den remitterande läkaren deltar i vården av patienten och har fortfarande ansvar för att patienten blir omhändertagen på den mottagande enheten och måste få bevaka och ta del av remissvar enligt de rutiner som vårdgivaren har för detta.

Vårdgivare kan även utforma riktlinjer som ger uttryck för remitterande personals behov av att ta del av remissmottagarens journalanteckningar för ett systematiskt kvalitetsarbete. Det kan exempelvis handla om öka kvaliteten och säkerheten i vårdgivarens remisshantering genom att på ett systematiskt och fortlöpande sätt följa upp om remittenters bedömningar och åtgärder är korrekta m.m.

När det gäller hantering av remisser ska även Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvård, tandvården m.m. följas.



Är det tillåtet att gå in i journalsystemet och ta fram kliniska fallbeskrivningar för kollegiala kvalitetsdiskussioner?



Ja, för den som har i uppdrag att göra det som ett led i vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete. När fallbeskrivningarna används ska patientens namn och personnummer inte finnas med.

Att ta fram kliniska fallbeskrivningar för kvalitetsarbete

Frågan handlar dels vem som får gå in i journalsystemet för att identifiera och ta fram relevanta fallbeskrivningar för kvalitetsarbetet, dels hur sådana underlag i nästa skede får användas i verksamheten.

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). I 2 kap. 4 § patientdatalagen regleras för vilka ändamål som patientuppgifter får behandlas. Bland dessa ändamål finns t.ex. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Ett moment som kan ingå i kvalitetsarbetet är att dra lärdom av kliniska fallbeskrivningar och återföra kunskap till de som arbetar i vården. Det kan vara en del i strävan efter att ständigt utveckla verksamhetens kvalitet och personalens kompetens. Vårdgivaren måste också vara tydlig med vad som förväntas av medarbetarna vad gäller kvalitetsarbetet och var gränserna går för den informationshantering som ska ligga till grund för arbetet.

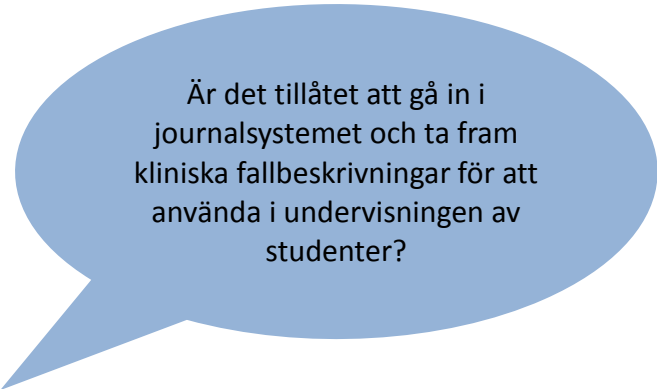
Behov av rutiner och uppdrag till personal som ska ta fram fallbeskrivningar

All hantering av personuppgifter ska ske med beaktande av patienternas behov av integritetsskydd. Det innebär bl.a. att inte fler uppgifter än nödvändigt ska användas med hänsyn till det syfte och de behov som finns i enskilda situationer. Vid hantering av personuppgifter för syften som inte rör enskilda patienters vård och behandling, t.ex. kvalitetssäkring, är det särskilt angeläget att vårdgivare tar ställning till vilka uppgifter som är motiverade att hanteras och hur hanteringen i övrigt kan utformas så att patienternas personliga integritet respekteras. Vid en sådan bedömning kan det inte anses motiverat att samtliga som har tillgång till ett journalsystem ska ha möjlighet att fritt leta efter intressanta fallbeskrivningar.

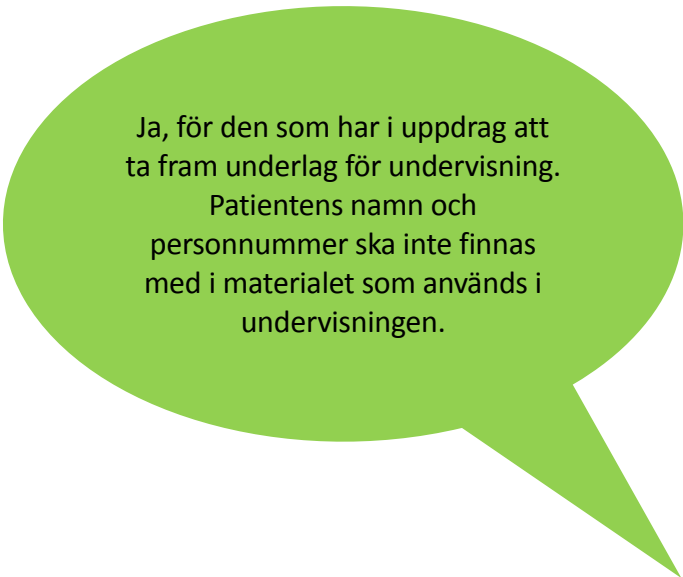
Ett sätt att balansera behovet av fallbeskrivningar för verksamhetens kvalitetsarbete och patienternas behov av integritetsskydd är att vårdgivaren lägger uppdraget att ta fram fallbeskrivningar på den som är ansvarig för patientens vård. Den som redan känner till

patientens situation och har tillgång till uppgifterna i den individinriktade verksamheten torde även ha bäst förutsättningar att avgöra vad som i enskilda fall kvalificerar som underlag till kvalitetsarbetet och vad som inte är relevant. Ett annat sätt kan vara att vårdgivaren utser ett fåtal personer som i sina verksamhetsområden får i uppdrag att uppmärksamma och se till att viktiga patientfall kommer upp till diskussion.

Oavsett vilka rutiner en vårdgivare tar fram och vilka uppdrag medarbetare tilldelas ska skarpa identitetsuppgifter om en patient, t.ex. namn och personnummer, inte förekomma vid kollegiala kvalitetsdiskussioner. De uppgifterna behövs för att ta fram underlaget, men sedan inte under själva diskussionen.



Är det tillåtet att gå in i journalsystemet och ta fram kliniska fallbeskrivningar för att använda i undervisningen av studenter?



Ja, för den som har i uppdrag att ta fram underlag för undervisning. Patientens namn och personnummer ska inte finnas med i materialet som används i undervisningen.

Att ta fram kliniska fallbeskrivningar för utbildning

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). I 2 kap. 4 § patientdatalagen regleras för vilka ändamål som patientuppgifter får behandlas.

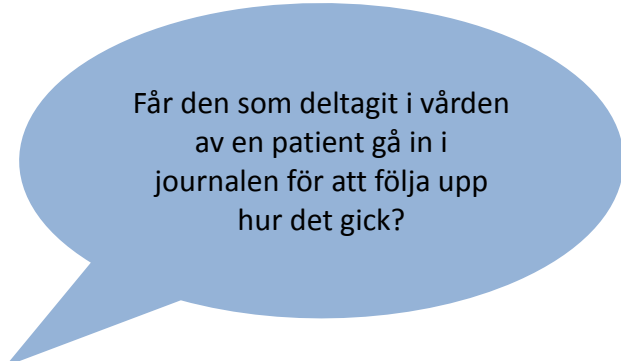
Renodlad utbildningsverksamhet är inte hälso- och sjukvård och anses vara en självständig verksamhetsgren, skild från hälso- och sjukvård, även om den bedrivs inom en och samma myndighet som bedriver hälso- och sjukvården. I patientdatalagens tillämpningsområde ingår alltså inte utbildningsverksamheten som sådan. För att patientuppgifter ska få användas i ren utbildning och undervisning krävs således att sekretessen för uppgifterna bryts så att ett utlämnande kan göras. Patienten kan själv bryta sekretessen genom att lämna sitt samtycke. Ett annat sätt är att uppgifterna, innan de lämnas ut för att användas i utbildningssammanhang, rensas från sådant som kan identifiera patienten, exempelvis namn, personnummer och annat som är mer direkt utpekande.

Uppdrag till den personal som ska ta fram fallbeskrivningar

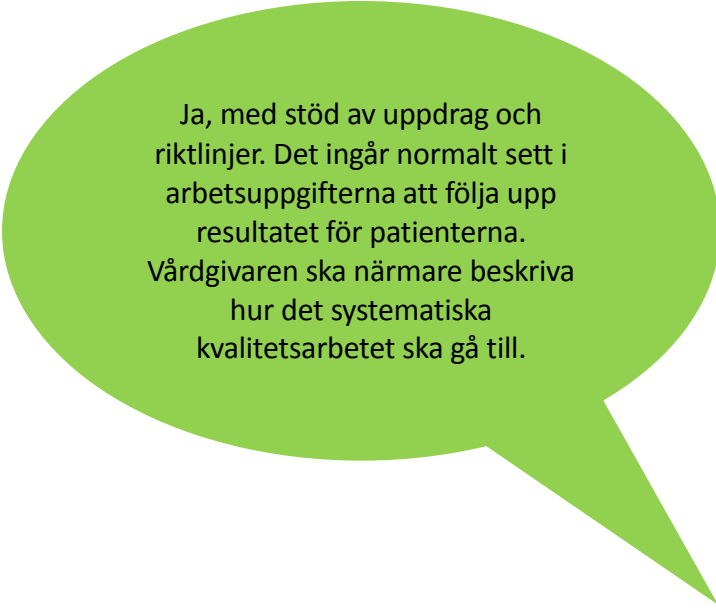
Även om utbildning är en självständig verksamhetsgren ingår det i vissa medarbetares arbetsuppgifter att medverka till och delta i utbildning av läkare, sjuksköterskor, tandläkare, barnmorskor m.fl. Dokumentation i patientjournaler är en viktig kunskapskälla i utbildningsverksamheten. En uppgift att ta fram och lämna ut relevanta patientfall kan därför ses som en arbetsuppgift som kan tilldelas vissa personer inom olika verksamhetsområden där utbildning och undervisning bedrivs. Hanteringen av personuppgifterna kan anses göras som ett led i ett tillåtet utlämnande av uppgifter. Ändamålet med hanteringen omfattas därmed av de i 2 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen tillåtna ändamålen.

All hantering av personuppgifter ska göras med beaktande av patienternas behov av integritetsskydd. Vid hantering av personuppgifter för syften som inte rör enskilda patienters vård och behandling är det särskilt angeläget att vårdgivare tar ställning till vilka uppgifter som är motiverade att hantera och hur hanteringen i övrigt kan utformas så att patienternas personliga integritet respek-

teras. Vid en sådan bedömning kan det inte anses motiverat att samtliga som har tillgång till ett journalsystem ska ha möjlighet att fritt leta efter intressanta fallbeskrivningar. En sådan arbetsuppgift bör tilldelas endast ett fåtal medarbetare, exempelvis utbildningsansvarig sjuksköterska, läkare m.fl. yrkeskategorier inom olika verksamhetsområden.



Får den som deltagit i vården
av en patient gå in i
journalen för att följa upp
hur det gick?



Ja, med stöd av uppdrag och
riktlinjer. Det ingår normalt sett i
arbetsuppgifterna att följa upp
resultatet för patienterna.
Vårdgivaren ska närmare beskriva
hur det systematiska
kvalitetsarbetet ska gå till.

Ta del av uppgifter för att följa upp hur det gick för patienten

I en vårdgivares verksamhet får uppgifter om patienter bl.a. användas för att ”systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (2 kap. 4 § patientdatalagen). Vidare får den som arbetar hos en vårdgivare ta del av uppgifter om en patient antingen om man deltar i vården av patienten eller om man av ”annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården” (4 kap. 1 § patientdatalagen). Ett exempel på ett sådant skäl är när personal behöver patientuppgifter för att kunna kvalitets-säkra sina insatser och bedömningar.

Uppdrag och riktlinjer för ett systematiskt kvalitetsarbete

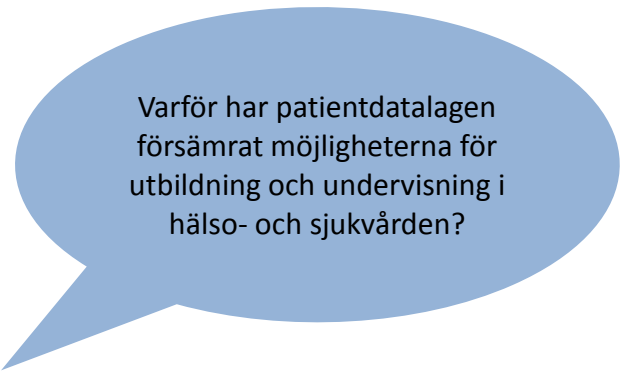
Det innebär att det generellt är tillåtet för personal att ta del av patientuppgifter för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Lagstiftaren har dock i detalj inte reglerat hur det ska göras, vilken personal som ska göra det, vilka uppgifter som behöver användas etc. Här har vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar för att ta fram uppdrag och verksamhetsnära riktlinjer för hur man arbetar med att systematiskt följa upp resultatet för patienterna. Kvalitetsarbetet kan göras på många olika sätt och på olika nivåer, men det ställs krav på en systematik i arbetet. Att ta del av patientuppgifter för kvalitetssäkring ska ha stöd i medarbetares uppdrag och vårdgivarens riktlinjer.

Uppföljning av enskilda fall kan vara en del av det systematiska kvalitetsarbetet

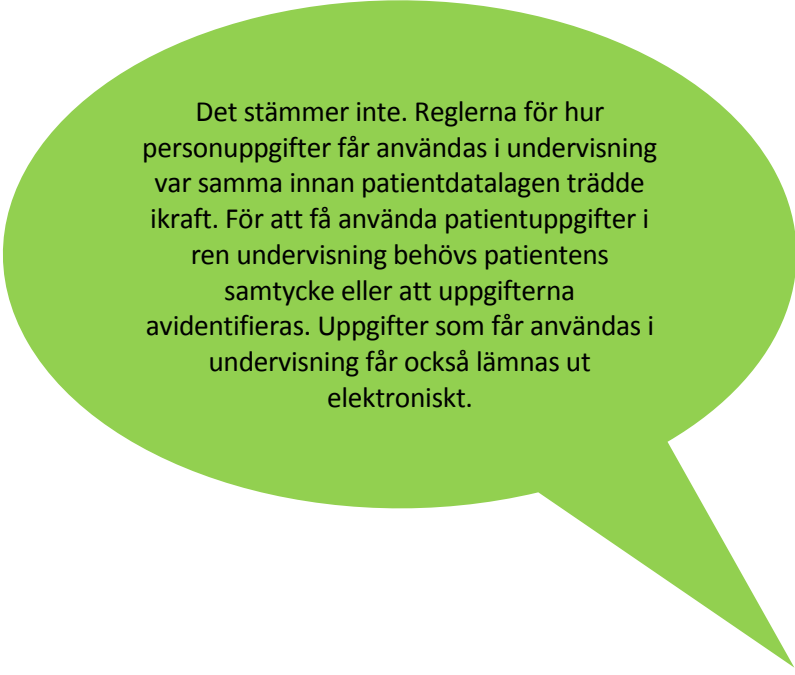
Vårdgivare behöver tillsammans med professionerna ta fram verksamhetsnära riktlinjer som på ett systematiskt sätt beskriver hur kvalitetssäkringen ska gå till, vilka uppgifter om vilka patienter som behöver användas och hur kunskap ska återföras till verksamheten. Riktlinjerna bör tydlig ge stöd för personal att följa upp resultatet för patienter de behandlat. Det kan handla om att anestesiläkaren behöver följa upp om bedömningen läkaren gjorde kring en narkos föll väl ut eller om resultatet för patienten blev sämre än förväntat. Det kan handla om att läkaren som opererade ett barns benbrott behöver ta del av röntgenbilder m.m. från återbesöket för att kvalitetssäkra sin insats vid operationen, alldeles oavsett om det är

en annan läkare som träffar barnet vid återbesöket. Det kan handla om att akutläkaren som bedömt en patient med diffusa magsmärter behöver följa upp om bedömningen var korrekt. Vårdgivaren har ett ansvar för att tydliggöra att den typ av återkoppling som hälso- och sjukvårdspersonal har behov av kan vara en del i vårdgivarens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Som alltid ska personal endast ta del av de personuppgifter som behövs för kvalitetssäkringen.



Varför har patientdatalagen försämrat möjligheterna för utbildning och undervisning i hälso- och sjukvården?



Det stämmer inte. Reglerna för hur personuppgifter får användas i undervisning var samma innan patientdatalagen trädde ikraft. För att få använda patientuppgifter i ren undervisning behövs patientens samtycke eller att uppgifterna aidentifieras. Uppgifter som får användas i undervisning får också lämnas ut elektroniskt.

I. Patientdatalagen och åtkomst för studenter

Patientdatalagen har inte försämrat möjligheterna för utbildning och undervisning i hälso- och sjukvården. Reglerna för hur personuppgifter får användas i undervisning var samma i den lagstiftning som gällde innan patientdatalagen.

Ren utbildningsverksamhet regleras inte i patientdatalagen

Patientdatalagen reglerar hur vårdgivare får använda personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Det är därmed vårdgivares individriktade arbete med patienter och sådant som knyter an till det, t.ex. verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring, som i första hand avses. Renodlad undervisnings- och utbildningsverksamhet är inte hälso- och sjukvård och omfattas därmed inte av patientdatalagens tillämpningsområde. Utbildningsverksamhet är i förhållande till den individriktade hälso- och sjukvården i sekretesshänseende att betrakta som en självständig verksamhetsgren skild från hälso- och sjukvården. För att uppgifter ska kunna användas i undervisning måste de lämnas ut antingen med patientens samtycke eller efter att uppgifterna bearbetats så att patientens identitet inte röjs.

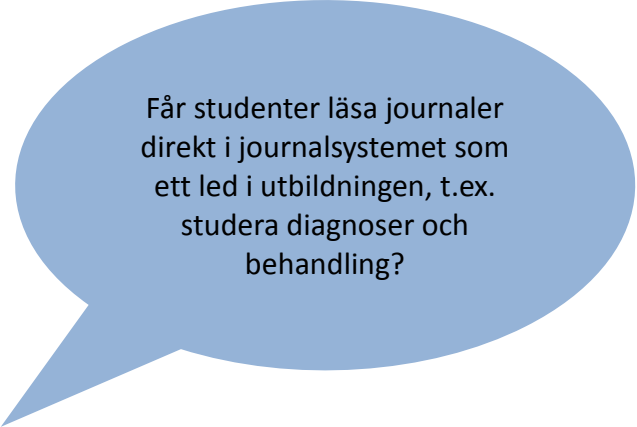
När studenter deltar i den faktiska patientvården omfattas däremot deras arbete av patientdatalagen. I sådana fall kan vårdgivare låta studenter ta del av och dokumentera i patientjournaler. Normalt sett förutsätter det patientens samtycke och att arbetet sker under handledares uppsikt.

Uppgifterna får lämnas ut om sekretessen bryts

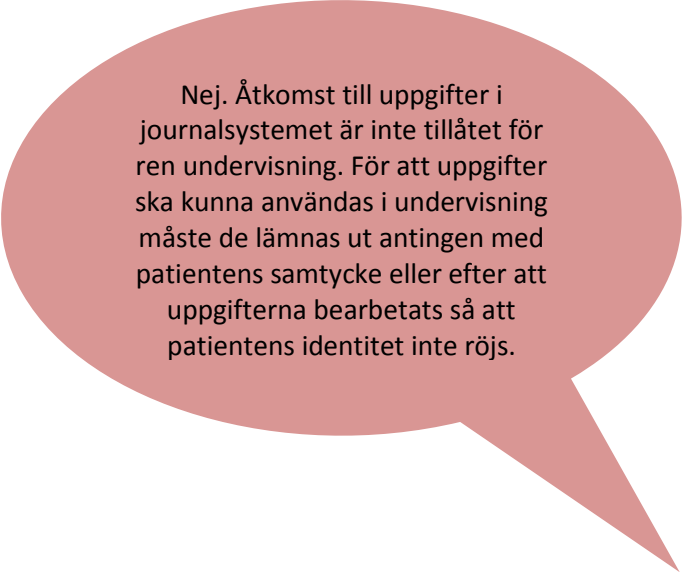
Eftersom renodlad utbildningsverksamhet inte räknas som en del av den individriktade hälso- och sjukvården måste sekretessen brytas för att uppgifterna ska få lämnas ut till studerande i rena undervisningssituationer. Det kan patienten själv göra genom att ge sitt samtycke. Ett annat alternativ är att aidentifiera de uppgifter som ska användas i undervisningen så att patientens identitet inte röjs.

Vårdgivare som i stor omfattning medverkar i utbildningsverksamhet behöver rutiner och tekniska stöd för att tillhandahålla relevant information i utbildningssituationer. Att införa ett särskilt IT-stöd för utlämnande som möjliggör att patientjournaler av-

identifieras och tillhandahålls elektroniskt skulle kunna bidra till en informationshantering som tillgodoser utbildningens behov av uppgifter och patienternas behov av integritetsskydd.



Får studenter läsa journaler direkt i journalsystemet som ett led i utbildningen, t.ex. studera diagnoser och behandling?



Nej. Åtkomst till uppgifter i journalsystemet är inte tillåtet för ren undervisning. För att uppgifter ska kunna användas i undervisning måste de lämnas ut antingen med patientens samtycke eller efter att uppgifterna bearbetats så att patientens identitet inte röjs.

II. Patientdatalagen och åtkomst för studenter

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Det innebär exempelvis att en studerande som ett led i sin praktik deltar i vården av patienten och har patientens samtycke och vårdgivarens tillåtelse till det, anses delta i vården av patienten precis som övrig personal. I sådant fall kan studenten i den utsträckning det behövs för arbetet ta del av och dokumentera i patientjournalen.

Ren utbildningsverksamhet regleras inte i patientdatalagen

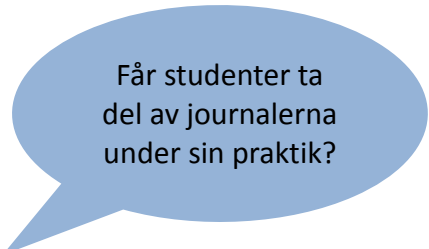
När det gäller att ta del av patientuppgifter för andra syften än sådan som rör patientens vård och behandling finns i patientdatalagen bestämmelser som anger vad som är tillåtet och inte. Bestämmelserna återfinns i 2 kap. 4 och 5 §§ och innebär bl.a. att det är tillåtet att använda patientuppgifter för att verksamhetsuppföljning, internt tillsyn, systematiskt kvalitetsarbete, planering av verksamheten etc. Renodlad undervisning och utbildning faller dock utanför dessa tillåtna syften. Undervisning och utbildning betraktas i sekretesshänseende inte heller som en del av hälso- och sjukvården.

Uppgifterna får lämnas ut om sekretessen bryts

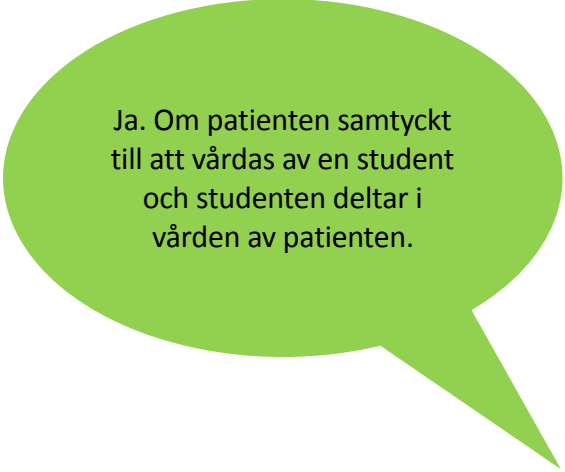
Eftersom utbildningsverksamhet i detta avseende inte betraktas som en del av den individriktade hälso- och sjukvården måste sekretessen brytas för att uppgifterna ska få lämnas ut till studerande i rena undervisningssituationer. Det kan patienten själv göra genom att ge sitt samtycke. Ett annat alternativ är att aidentifiera de uppgifter som ska användas i undervisningen så att patientens identitet inte röjs.

Vårdgivare som i stor omfattning medverkar i utbildningsverksamhet behöver rutiner och tekniska stöd för att tillhandahålla relevant information i utbildningssituationer. Att införa ett särskilt IT-stöd för utlämnande som möjliggör att patientjournaler aidentifieras och tillhandahålls elektroniskt skulle kunna bidra till en

informationshantering som tillgodoser utbildningens behov av uppgifter och patienternas behov av integritetsskydd.



Får studenter ta del av journalerna under sin praktik?



Ja. Om patienten samtyckt till att vårdas av en student och studenten deltar i vården av patienten.

Åtkomst under praktiken

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Patientens samtycke


Det innebär exempelvis att en studerande som ett led i sin praktik deltar i vården av patienten och har patientens samtycke och vårdgivarens tillåtelse till det, anses delta i vården av patienten precis som övrig personal. I sådant fall kan studenten i den utsträckning det behövs för arbetet ta del av och dokumentera i patientjournalen. Med stöd av vårdgivarens riktlinjer för ett systematiskt kvalitetsarbete kan den studerande även ta del av patientuppgifter för att följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder.

Under handledares uppsikt

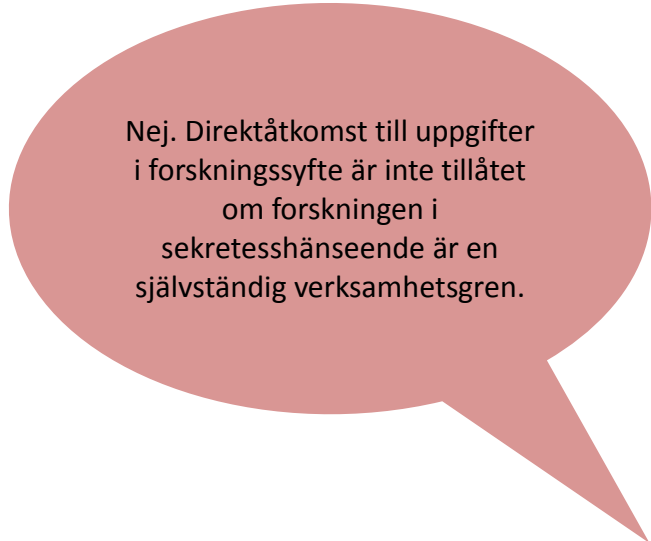
Precis som gäller för utförandet av själva hälso- och sjukvårdsinsatserna ska den studerandes journalföring och övrig informationshantering stå under handledares uppsikt och ledning.

Promemoria om studerandes tillgång till journaluppgifter

Frågorna om studerandes tillgång till journaluppgifter är många. I syfte att ytterligare belysa förutsättningarna för studerande att ta del av och använda journaluppgifter har Utredningen om rätt information i vård och omsorg tagit fram en kortfattad promemoria. Promemorian, liksom dessa frågor och svar, ingår i utredningens delredovisning enligt dir. 2013:43.



Får den som ska sköta
monitorering av en
läkemedelsstudie gå in i
journalssystemet?



Nej. Direktåtkomst till uppgifter
i forskningssyfte är inte tillåtet
om forskningen i
sekretesshänseende är en
självständig verksamhetsgren.

Åtkomst vid monitorering i samband med kliniska prövningar

I samband med forskning inom hälso- och sjukvården, t.ex. kliniska prövningar, ska en granskning göras av att studiedata överensstämmer med uppgifter i patientjournalen. Källdatagranskningen kallas för monitorering.

Sekretess mellan hälso- och sjukvård och forskning

Även om forskning är nära förknippat med hälso- och sjukvårdsaktörernas uppdrag anses forskning och den individinriktade hälso- och sjukvården i regel vara skilda verksamheter i sekreteshänseende. Det innebär att det normalt sett gäller sekretess mellan en vårdgivares vårdinriktade verksamhet och den verksamhet som en vårdgivare bedriver när denne genomför forskning på uppdrag av ett läkemedelsföretag (sponsor).

Utlämnande kan göras elektroniskt – dock inte genom direktåtkomst

Om det föreligger sekretess mellan dessa verksamheter måste uppgifterna ur patientjournalen formellt sett lämnas ut till den som ska utföra monitoreringen. I ett sådant fall saknar det betydelse om den som ska utföra monitoreringen är anställd hos vårdgivaren eller om det är någon annan person som sponsorn utsett. Ett utlämnande kan göras antingen manuellt på papper eller elektroniskt på medium för automatiserad behandling. Det finns dock ingen bestämmelse i patientdatalagen som särskilt tillåter att uppgifterna lämnas ut genom direktåtkomst. Den som ska utföra monitoreringen kan alltså inte ges inloggningsuppgifter till journalsystemet och själv leta efter de relevanta uppgifterna. Däremot kan vårdgivaren på elektronisk väg lämna ut just de uppgifter om just de patienter som ingår i studien och som behövs för monitoreringen.

Patientens samtycke bryter sekretessen

Oavsett om utlämnandet sker manuellt eller elektroniskt krävs att uppgifterna kan lämnas ut utan hinder av sekretess. Vanligtvis görs detta genom att den enskilde samtycker till att den som är sponsor för en läkemedelsstudie tar del av de uppgifter t.ex. i patientjournalen som behövs för studiens genomförande.

Avgränsning

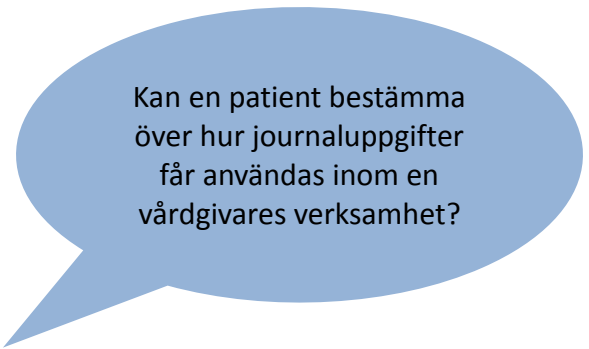
Ovanstående gäller endast om det bedöms vara sekretess mellan den aktuella forskningen och den vårdinriktade verksamheten. Forskning som bedrivs som ett led i vården och behandlingen av en patient med vårdgivaren som huvudman anses i sekretesshänseende normalt vara samma verksamhet som den vårdinriktade (se bl.a. prop. 2007/08:126 s. 201-203).

4 Frågor om patientens rättigheter och inflytande

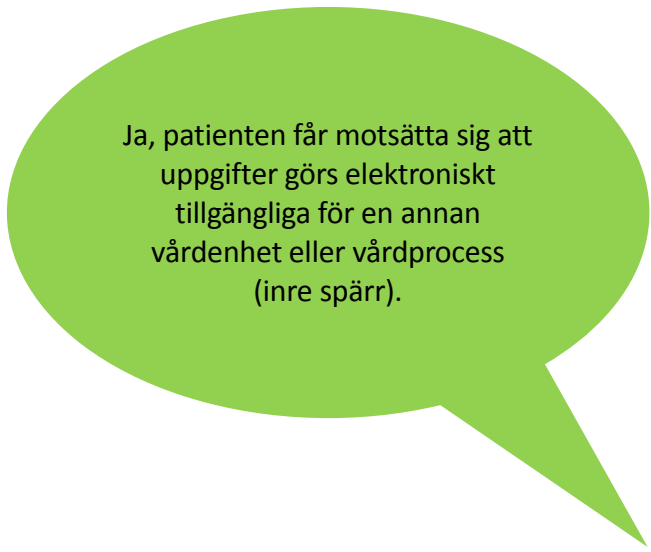
Avsnittet innehåller frågor och svar om patientens inflytande över vem som får ta del av uppgifter (spärr) och om patientens rätt att ta del av uppgifter.

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 4, 5 och 8 kap. patientdatalagen (2008:355),
- 25 kap. 6 – 7 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), och
- 6 kap. 12 – 13 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).



Kan en patient bestämma
över hur journaluppgifter
får användas inom en
vårdgivares verksamhet?



Ja, patienten får motsätta sig att
uppgifter görs elektroniskt
tillgängliga för en annan
vårdenhet eller vårdprocess
(inre spärr).

Inre spärrar

Patienten har viss rätt att påverka hur vårddokumentation görs elektroniskt tillgänglig inom en vårdgivares verksamhet. Patientdatalagen ger patienten en rätt att motsätta sig att uppgifter görs elektroniskt tillgängliga för andra vårdenheter eller vårdprocesser utanför den till vilka uppgifterna hör (inre spärr). I sådant fall ska uppgifterna spärras. Patienten kan när som helst begära att uppgifter spärras, d.v.s. även efter det att uppgifterna varit tillgängliga för andra vårdenheter eller vårdprocesser.

Innebörden av en spärr

En sådan spärr medför att yrkesutövare hos andra vårdenheter eller vårdprocesser inte elektroniskt får ta del av de spärrade uppgifterna för syften som rör patientens vård. Spärren hindrar dock inte att uppgifterna är tillgängliga om de behövs för andra ändamål än för vården av patienten, t.ex. uppföljning, kvalitetssäkring eller administration, planering av verksamheten etc.

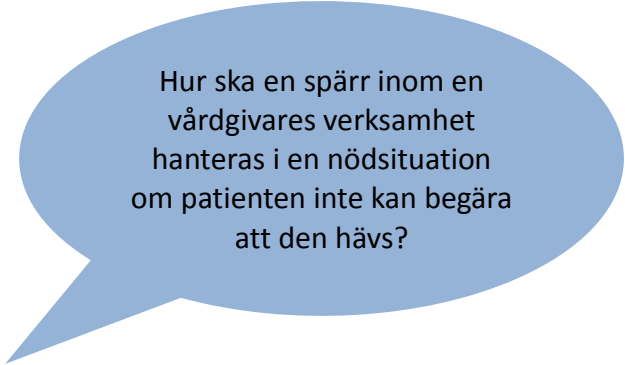
Viktigt att fastställa de vårdenheter och/eller vårdprocesser som finns i verksamheten

För att kunna fullgöra skyldigheten att spärra uppgifter behöver vårdgivare fastställa vilka vårdenheter och vårdprocesser som finns i verksamheten. I en vårdprocess kan flera vårdenheter hos vårdgivaren ingå, vilket exempelvis betyder att en uppgift som är dokumenterad i en sådan vårdprocess inte ska spärras mot de ingående vårdenheterna, utan endast mot vårdenheter utanför den aktuella vårdprocessen.

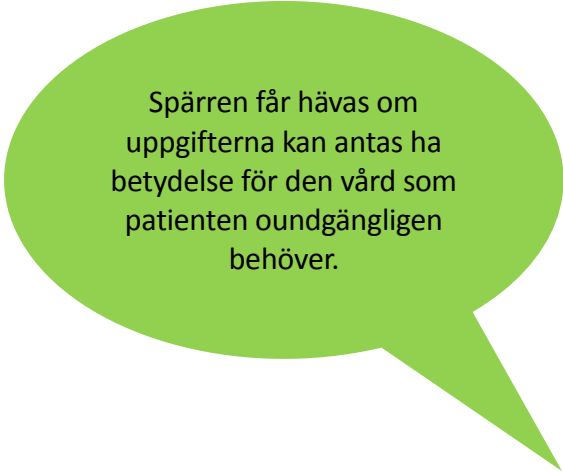
En spärr får hävas genom samtycke eller i nödsituationer

En spärr får hävas av en behörig befattningshavare hos vårdgivaren om patienten samtycker till det. Det får även ske om samtycke inte kan inhämtas och uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver. Det ska alltså vara fråga om en allvarlig akutsituation då patienten inte kan ge sitt samtycke, t.ex. på grund av att patienten är medvetslös eller alltför medtagen.

I akutsituationer där patienten har förmåga att lämna eller avstå från att lämna samtycke ska patientens inställning respekteras. Om patienten i denna situation håller fast vid en spärr och alltså motsätter sig att någon utanför vårdenheten eller vårdprocessen tar del av uppgifterna måste personalen respektera det beslutet, hur ogrundat eller irrationellt det än kan tyckas vara (prop. 2007/08:126 s. 243).



Hur ska en spärr inom en
vårdgivares verksamhet
hanteras i en nödsituation
om patienten inte kan begära
att den hävs?



Spärren får hävas om
uppgifterna kan antas ha
betydelse för den vård som
patienten oundgängligen
behöver.

Inre spärrar i en nödsituation

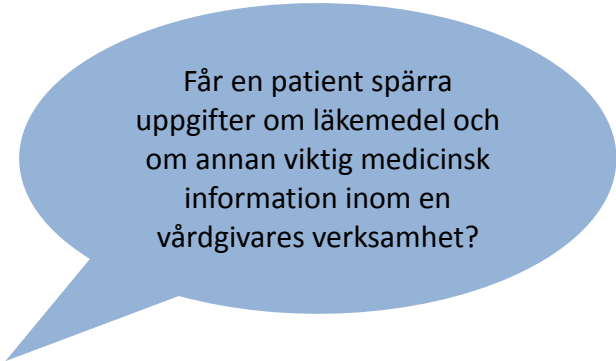
Om patienten själv inte kan samtycka till att spärren hävs, t.ex. på grund av att patienten är medvetslös eller alltför medtagen, får en "behörig befattningshavare" häva spärren om uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver.

Akuta situationer

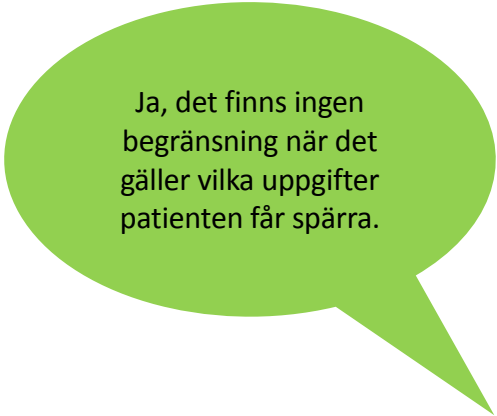
Det ska alltså vara fråga om en allvarlig akutsituation, då patienten inte kan ta ställning till samtyckesfrågan och då uppgifterna bedöms vara av betydelse för de vård- eller behandlingsinsatser som omgående måste sättas in. Med tanke på patientens säkerhet ska det alltså inte vara möjligt att avvakta en tid för att han eller hon ska kunna lämna sitt samtycke.

Vem är behörig befattningshavare?

Vem som är behörig befattningshavare bestäms av vårdgivaren. En definition är att det med behörig befattningshavare avses den som arbetar hos en vårdgivare och har tilldelats en behörighet att ta del av patientuppgifter och som i ett enskilt fall deltar i vården av patienten och av det skälet behöver uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Normalt sett är det alltså den hälso- och sjukvårdspersonal som i det enskilda fallet deltar i patientens vård som är behörig att häva spärr i nödsituationer.



Får en patient spärra
uppgifter om läkemedel och
om annan viktig medicinsk
information inom en
vårdgivares verksamhet?



Ja, det finns ingen
begränsning när det
gäller vilka uppgifter
patienten får spärra.

Spärr av uppgifter om läkemedel och så kallad viktig medicinsk information

Patientdatalagen ger patienten en rätt att motsätta sig att uppgifter görs elektroniskt tillgängliga för andra vårdenheter eller vårdprocesser utanför den till vilka uppgifterna hör (inre spärr). I sådant fall ska uppgifterna spärras. Patienten kan när som helst begära att uppgifter spärras, d.v.s. även efter det att uppgifterna varit tillgängliga för andra vårdenheter eller vårdprocesser.

Alla uppgifter kan spärras – men alla önskemål behöver inte tillgodoses

Det finns inga bestämmelser som hindrar att en patient väljer att spärra uppgifter om ordinerade läkemedel eller om viktig medicinsk information (VMI). Samtidigt finns det heller inga bestämmelser som ger patienten en rätt, eller vårdgivaren en skyldighet, att spärra endast utvalda delar av de uppgifter som dokumenterats hos en vårdenhet eller inom en vårdprocess.

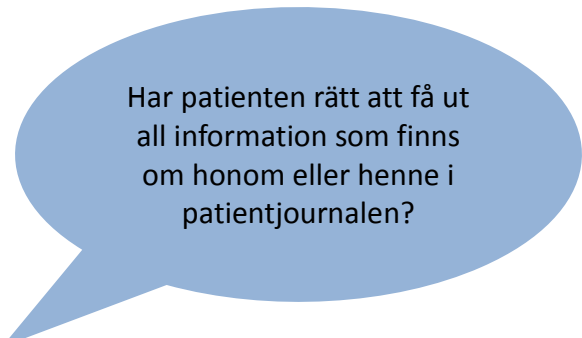
Patientens rättighet innebär en skyldighet för vårdgivare att kunna spärra alla uppgifter som dokumenterats hos en vårdenhet eller inom en vårdprocess. Vårdgivare inte behöver tillmötesgå varje patients individuella önskemål, exempelvis om patienten önskar att endast spärra vissa uppgifter hos en vårdenhet. I en sådan situation är vårdgivaren endast skyldig att erbjuda patienten att de önskade uppgifterna spärras tillsammans med alla andra uppgifter som dokumenterats hos den aktuella vårdenheten.

Vårdgivare kan tillhandahålla mer detaljerade spärrmöjligheter

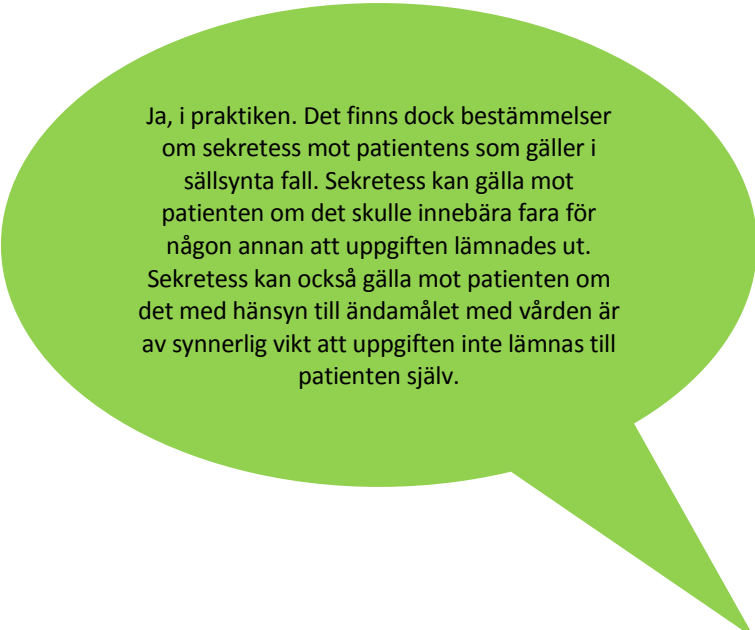
Samtidigt finns det inget som hindrar att vårdgivare på eget initiativ tar fram rutiner och IT-stöd som gör det möjligt att erbjuda patienter att på en mer detaljerad nivå välja vilka uppgifter som ska spärras och vilka som ska vara elektroniskt tillgängliga. Av patient-säkerhetsskäl kan det exempelvis finnas anledning att ge patienter som vill spärra viss information en möjlighet att samtidigt låta just viktiga uppgifter om läkemedelsordinationer, allergier, överkänsligheter m.m. fortfarande vara elektroniskt tillgängliga för andra vårdenheter och vårdprocesser.

Information till patienten

Det är viktigt att en patient som framför önskemål om att spärra uppgifter får information om vilka spärrar som kan erbjudas, hur spärrar kan hävas samt vilka eventuella risker som kan uppstå för patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen om viss information inte finns tillgänglig i samband med vård och behandling.



Har patienten rätt att få ut all information som finns om honom eller henne i patientjournalen?



Ja, i praktiken. Det finns dock bestämmelser om sekretess mot patientens som gäller i sällsynta fall. Sekretess kan gälla mot patienten om det skulle innebära fara för någon annan att uppgiften lämnades ut. Sekretess kan också gälla mot patienten om det med hänsyn till ändamålet med vården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten själv.

Patientens rätt att ta del av journalen

Patientjournaler i den **offentliga hälso- och sjukvården** utgör allmänna handlingar. Den enskilde har vanligtvis rätt att ta del av uppgifterna om sig själv. Som huvudregel gäller inte sekretessen i förhållande till personen själv.

Offentlighets- och sekretesslagen – sekretess mot patienten i vissa fall

Av 25 kap. 6 § följer att sekretessen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det (med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen) är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. Det ska vara en medicinskt betingad anledning med hänsyn till pågående vård. Bestämmelsen får tillämpas endast när det verkligen är nödvändigt.

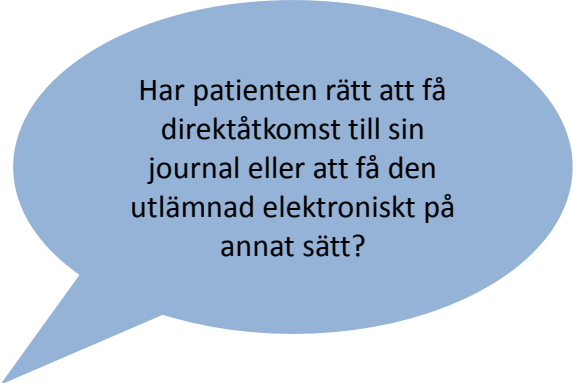
Sekretess kan även gälla för uppgifter som lämnats av en annan enskild person om uppgiften rör hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om det kan antas att det är fara för att uppgiftslämnaren blir utsatt för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Om någon t.ex. har uppmärksammat vården om att en anhörig har behov av psykiatrisk vård, kan uppgifterna i utsagan omfattas av sekretess om det föreligger någon hotbild mot den som lämnat uppgiften. Sekretesskyddet inträder endast om det behövs för att skydda någon mot repressalier av mera allvarligt slag. Uppgifter om anmälares och uppgiftslämnares identitet kan inte rutinmässigt undanhållas den som berörs av anmälningen eller utsagan.

Inom den **privata hälso- och sjukvården** är journalerna inte allmänna handlingar. I stället finns en särskild huvudregel i patientdatalagen: en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska tillhandahållas så snart som möjligt om patienten eller en närstående begär det. Det kan till exempel vara i form av en kopia. I patientsäkerhetslagen finns sedan bestämmelser om tystnadsplikt, som i dessa fall i princip motsvarar bestämmelserna ovan. Tystnadsplikten gäller därmed även i förhållande till patienten själv om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Det finns

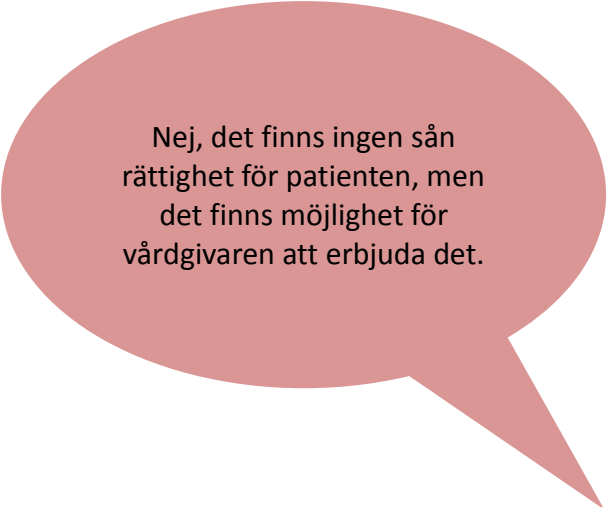
även en tystnadspliktsbestämmelse som skyddar uppgiftslämnare motsvarande den som gäller i offentlig vård.

Information kan lämnas ut på olika sätt

Sammanfattningsvis har en patient i princip rätt att få ta del av all information som finns i patientjournalen, men eftersom det finns bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt som ibland kan gälla gentemot patienten behöver en bedömning göras innan informationen lämnas ut. Information som får lämnas ut kan t.ex. lämnas ut muntligt, på papper eller på olika sätt elektroniskt. Det är viktigt att se till att utlämnandet görs till rätt person.



Har patienten rätt att få direktåtkomst till sin journal eller att få den utlämnad elektroniskt på annat sätt?



Nej, det finns ingen sån rättighet för patienten, men det finns möjlighet för vårdgivaren att erbjuda det.

Patientens möjlighet till direktåtkomst

Patienten har ingen rätt att kräva att information lämnas ut genom direktåtkomst eller på annat sätt elektroniskt (utlämnande på medium för automatiserad behandling). Vårdgivaren har dock själv en möjlighet att erbjuda sådana typer av utlämnanden. I dag görs sådana utlämnanden t.ex. inom ramen för Mina vårdkontakter.

Utlämnande på medium för automatiserad behandling

Om uppgifter får lämnas ut till patienten kan vårdgivaren lämna ut uppgifterna elektroniskt på olika sätt. Det kan exempelvis handla om utlämnande på cd, usb eller genom en säker elektronisk överföring av information. Den som lämnar ut uppgifterna måste alltid försäkra sig om att utlämnandet sker på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem. Det innebär dels att uppgifterna kan behöva skyddas (t.ex. genom kryptering) vid en eventuell överföring, dels att endast den avsedda mottagaren kan ta del av dem.

Direktåtkomst

Enligt patientdatalagen får vårdgivaren ge en patient direktåtkomst till hela eller delar av sin patientjournal. Vårdgivaren har ingen skyldighet att erbjuda detta, utan det är en möjlighet.

Krav på vårdgivare som lämnar ut genom direktåtkomst

Vid utlämnanden genom direktåtkomst ställs höga krav på säkerheten, så att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) finns närmare reglerat under vilka förutsättningar enskilda patienter får medges direktåtkomst till sina uppgifter. Av 2 kap. 13 § följer att enskilds direktåtkomst till sina patientuppgifter ska föregås av att den enskilde har identifierats genom stark autentisering.

I 2 kap. 14 § anges vidare att vårdgivare ska 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. Det handlar alltså om sådana uppgifter som omfattas av sekretess gentemot den enskilde själv.

Vårdgivare är även skyldig att informera den enskilde ifall vårdgivaren endast medger direktåtkomst till delar av patientuppgifterna. Dessutom ska vårdgivaren informera den enskilde om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen.


5 Frågor om sammanhållen journalföring

Avsnittet innehåller frågor och svar om sammanhållen journalföring; vad det är och vilka förutsättningar som gäller m.m.

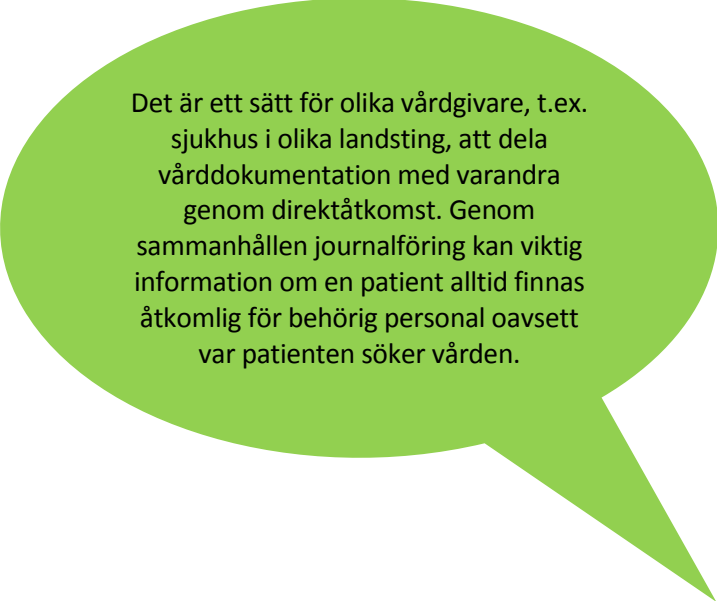
För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 6 kap. patientdatalagen (2008:355) och
- förarbetsuttalanden i prop. 2007/08:126.

T.ex. mellan olika landsting



Vad är
sammanhållen
journalföring?



Det är ett sätt för olika vårdgivare, t.ex. sjukhus i olika landsting, att dela vårddokumentation med varandra genom direktåtkomst. Genom sammanhållen journalföring kan viktig information om en patient alltid finnas åtkomlig för behörig personal oavsett var patienten söker vården.

I. Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring ger en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör att behörig personal hos den vårdgivare som möter patienten omgående kan ta del av viktig information om patientens sjukdomshistoria, läkemedelsordinationer, allergier m.m. för att ge en god och säker vård. Det kan exempelvis handla om att behörig personal på ett universitetssjukhus i ett landsting själv kan ta del av patientuppgifter som dokumenterats på ett sjukhus i ett annat landsting, utan att först kontakta det sjukhuset och be att få journalkopior.

Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid. Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna.


Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare

Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs tillgängliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta. Om patienten inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.

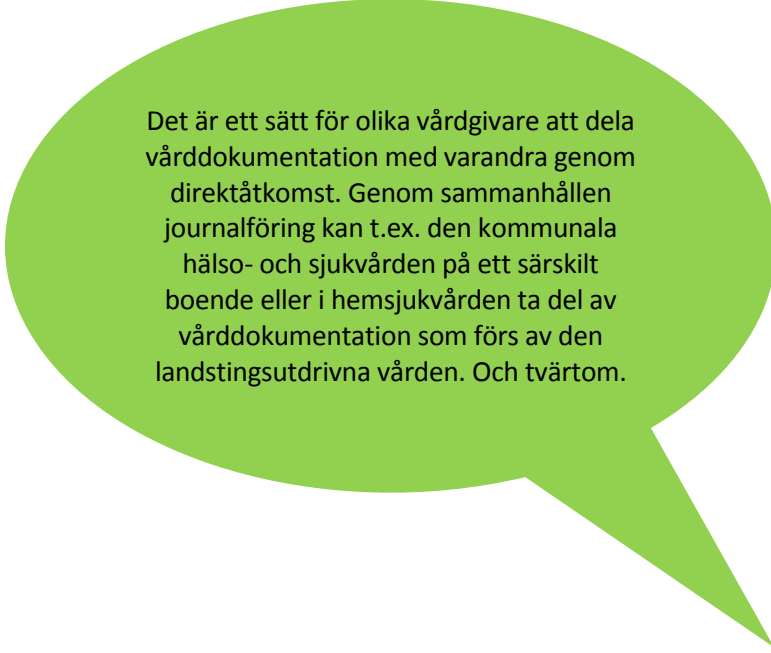
Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.

T.ex. mellan kommun och landsting



Vad är
sammanhållen
journalføring?



Det är ett sätt för olika vårdgivare att dela
vårdokumentation med varandra genom
direktåtkomst. Genom sammanhållen
journalføring kan t.ex. den kommunala
hälso- och sjukvården på ett särskilt
boende eller i hemsjukvården ta del av
vårdokumentation som förs av den
landstingsutdrivna vården. Och tvärtom.

II. Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör t.ex. att primärvårdsläkaren som möter en äldre person på vårdcentralen direkt kan ta del av det som är dokumenterat på ett särskilt boende eller i specialist- och slutenvården, utan att först kontakta dessa och begära journalkopior. På motsvarande sätt är det möjligt för t.ex. en sjuksköterska på det särskilda boendet att själv ta del av uppgifter från primärvården om provsvar, ordinerade läkemedel m.m.

Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid. Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna.


Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare

Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs åtkomliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta. Om patienten inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.


Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.

T.ex. mellan privata och offentliga vårdgivare



Vad är
sammanhållen
journalföring?



Det är ett sätt för olika vårdgivare att dela vårddokumentation med varandra genom direktåtkomst. Genom sammanhållen journalföring kan offentliga och privata vårdgivare utbyta vårddokumentation med varandra. Det innebär t.ex. att ett landstingsdrivet sjukhus kan dela information med en privat driven vårdcentral. Och tvärtom.

III. Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör t.ex. att primärvårdsläkaren som möter patienten på en privatdriven vårdcentral direkt kan ta del av det som är dokumenterat på det landstingsdrivna sjukhuset. Och tvärtom.

Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid.

Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna

Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare


Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs tillgängliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta. Om patienten inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.

Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

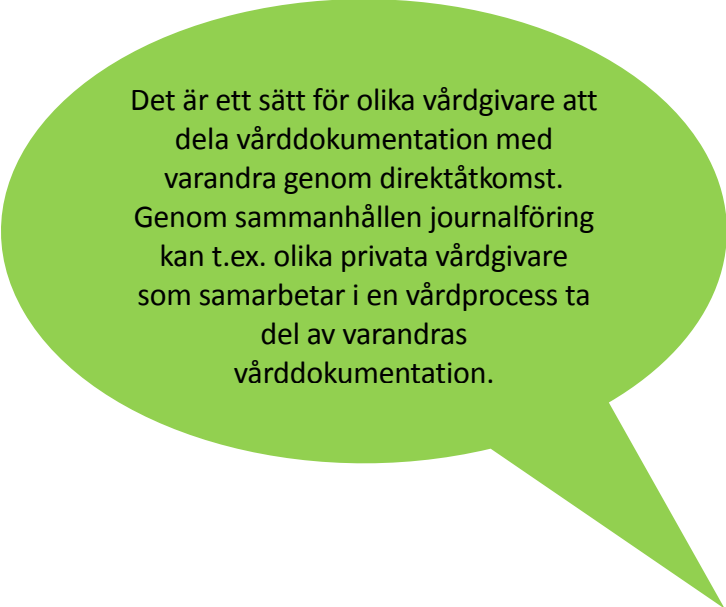
En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda

intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.

T.ex. mellan privata vårdgivare



Vad är
sammanhållen
journalföring?



Det är ett sätt för olika vårdgivare att dela vårddokumentation med varandra genom direktåtkomst. Genom sammanhållen journalföring kan t.ex. olika privata vårdgivare som samarbetar i en vårdprocess ta del av varandras vårddokumentation.

IV. Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör t.ex. att olika privata vårdgivare kan ta del av varandras vårddokumentation när det behövs för vården av en patient, utan att först behöva kontakta varandra och begära journalkopior.

Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid.

Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna.

Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare

Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs tillgängliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta. Om patienten inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.

Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda

intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.

T.ex. mellan olika driftsformer

Vad är
sammanhållen
journalföring?

Det är ett sätt för olika vårdgivare att dela
vårdokumentation med varandra genom
direktåtkomst. Genom sammanhållen
journalföring kan t.ex. ett landstingsägt
sjukhus som drivs i bolagsform (t.ex.
Danderyds sjukhus) utbyta
vårdokumentation med verksamheter som
drivs direkt av landstinget (t.ex. Karolinska
Universitetssjukhuset).

V. Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör att t.ex. landstingsägda verksamheter som drivs antingen i bolagsform eller direkt av landstinget kan utbyta vårddokumentation med varandra när det behövs för vården av en patient, d.v.s. utan att först behöva ta en kontakt och begära journalkopior.

Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid.

Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg; skede 1 och skede 2. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna.

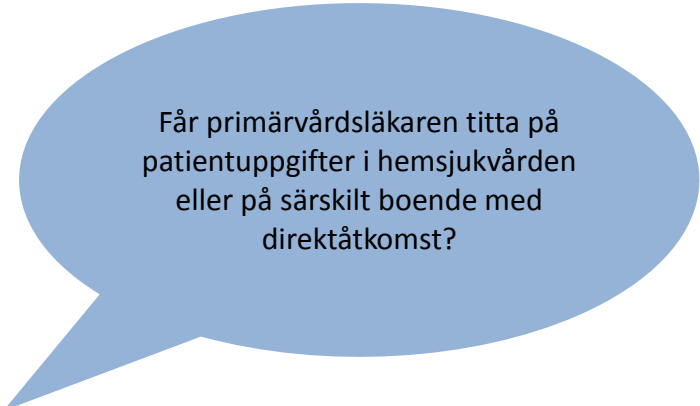
Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare

Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs tillgängliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta. Om patienten inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.

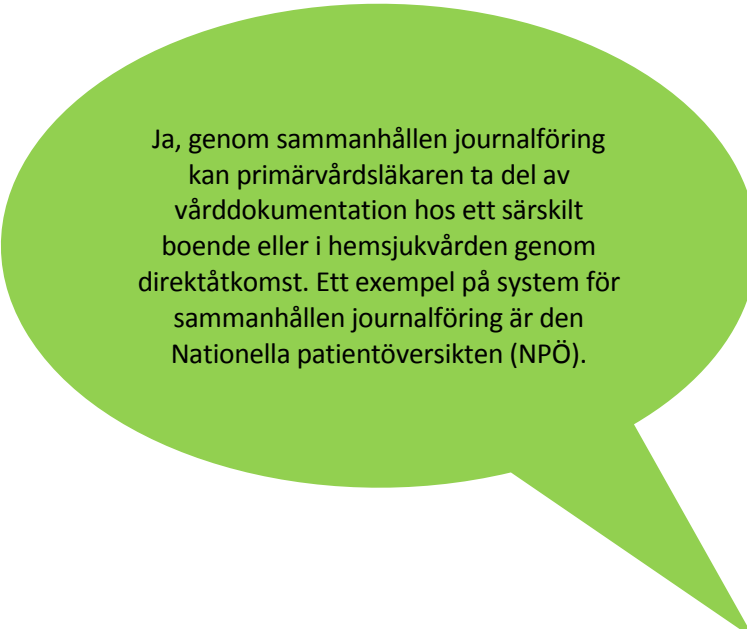
Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.

Sammanhållen journalföring mellan primärvård
och kommunal hälso- och sjukvård



Får primärvårdsläkaren titta på
patientuppgifter i hemsjukvården
eller på särskilt boende med
direktåtkomst?



Ja, genom sammanhållen journalföring
kan primärvårdsläkaren ta del av
vårdokumentation hos ett särskilt
boende eller i hemsjukvården genom
direktåtkomst. Ett exempel på system för
sammanhållen journalföring är den
Nationella patientöversikten (NPÖ).

Sammanhållen journalföring mellan primärvård och hemsjukvård

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Jämfört med att utbyta information på mer traditionellt sätt, d.v.s. att information lämnas ut med en tidsfördröjning enligt en administrativ utlämnandeprocess och på begäran av den som har behov av informationen, ger sammanhållen journalföring ökade möjligheter att se till att rätt information finns på rätt plats i rätt tid.

Sammanhållen journalföring gör det t.ex. möjligt för primärvårdsläkaren som möter en äldre person på vårdcentralen att direkt kan ta del av det som är dokumenterat på ett särskilt boende och i hemsjukvården, utan att först kontakta dessa och be om journalkopior. Förutsättningarna nedan måste dock vara uppfyllda.

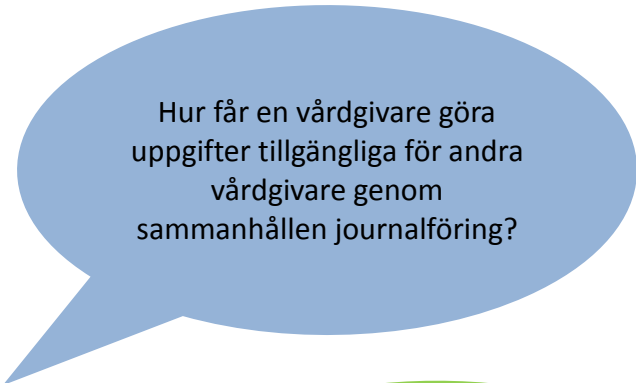
Villkor för att få ta del av uppgifter genom direktåtkomst

För att personal hos en vårdgivare genom direktåtkomst ska få ta del av uppgifter som dokumenterats hos en annan vårdgivare krävs att,

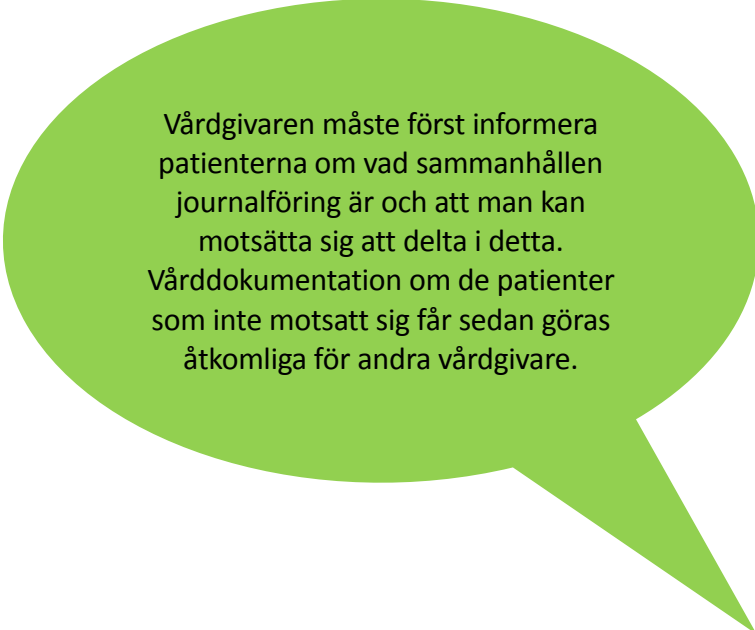
1. det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med,
2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, eller för att utfärda intyg om vården
3. patienten samtycker till det.

Om de tre förutsättningarna är uppfyllda kan exempelvis en primärvårdsläkare genom direktåtkomst att ta del av uppgifter som dokumenterats t.ex. i den kommunala hälso- och sjukvården. På motsvarande sätt kan sjuksköterskor m.fl. i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i primär- eller slutenvården.

Sammanhållen journalföring skede 1



Hur får en vårdgivare göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring?



Vårdgivaren måste först informera patienterna om vad sammanhållen journalföring är och att man kan motsätta sig att delta i detta. Vårdokumentation om de patienter som inte motsatt sig får sedan göras åtkomliga för andra vårdgivare.

Villkor för att få göra uppgifter tillgängliga genom sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården.

Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna

Skede 1 – att göra uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare

Det är endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare på detta sätt. Innan uppgifterna görs tillgängliga ska patienten ha fått information om vad sammanhållen journalföring innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att delta.

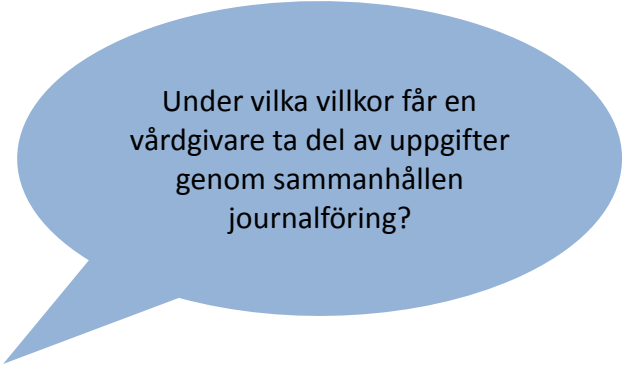
Vårdgivarens informationsskyldighet

Det är i lagen inte reglerat hur informationen till patienterna ska lämnas. Även om vårdgivaren inte behöver se till att alla patienter faktiskt tar del av informationen har vårdgivaren ett ansvar för att försöka nå alla patienter vars uppgifter är på väg att inkluderas i system för sammanhållen journalföring. Patienterna ska ha haft en rimlig möjlighet att ta del av informationen. Ofta kan en kombination av flera olika informationsinsatser vara nödvändig. Det kan exempelvis handla om information i länsstidningar som går ut till alla hushåll, på vårdgivarens webbsidor, i samband med kallelser till vårdgivaren och som olika former av anslag i vårdgivarens lokaler. De vårdgivare som även har för avsikt att göra uppgifter om utomlänspatienter tillgängliga i systemet för sammanhållen journalföring behöver se till att även försöka nå dessa. Det kan då innebära att t.ex. rikstäckande media behöver användas.

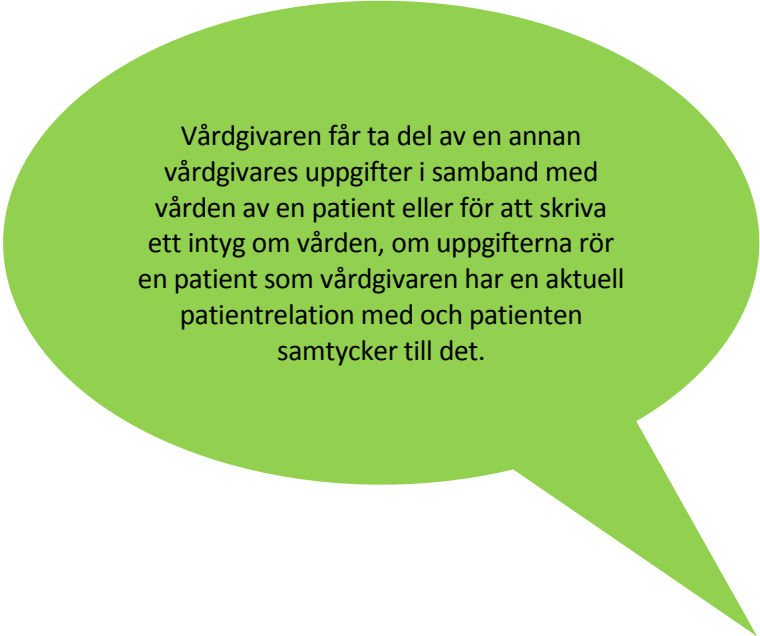
Om patienten efter fullgjord informationsinsats inte har motsatt sig får uppgifterna göras tillgängliga i system för sammanhållen

journalföring. Det innebär endast att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga, d.v.s. åtkomliga, för de som ingår i samarbetet om ett system för sammanhållen journalföring. För att en vårdgivare ska få titta på uppgifterna måste förutsättningarna i skede 2 vara uppfyllda.

Sammanhållen journalföring skede 2



Under vilka villkor får en
vårdgivare ta del av uppgifter
genom sammanhållen
journalföring?



Vårdgivaren får ta del av en annan
vårdgivares uppgifter i samband med
vården av en patient eller för att skriva
ett intyg om vården, om uppgifterna rör
en patient som vårdgivaren har en aktuell
patientrelation med och patienten
samtycker till det.

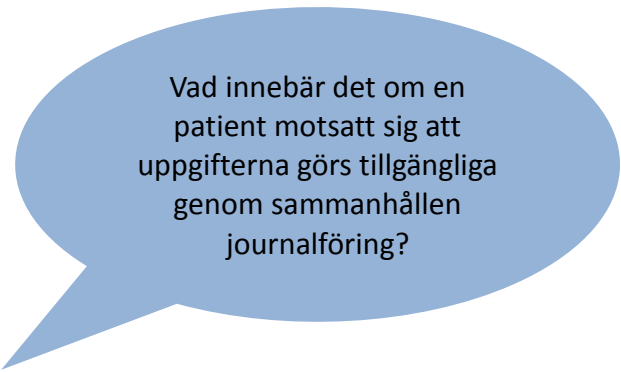
Villkor för att få ta del av uppgifter genom sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare att ta del av varandras vårddokumentation genom direktåtkomst. Genom att tillämpa reglerna för sammanhållen journalföring finns viktig information om en patient alltid tillgänglig i den stund patienten får behov av vård alldeles oavsett var patienten söker vården. Det gör t.ex. att primärvårdsläkaren som möter patienten på en privatdriven vårdcentral direkt kan ta del av det som är dokumenterat på det landstingsdrivna sjukhuset. Och tvärtom.

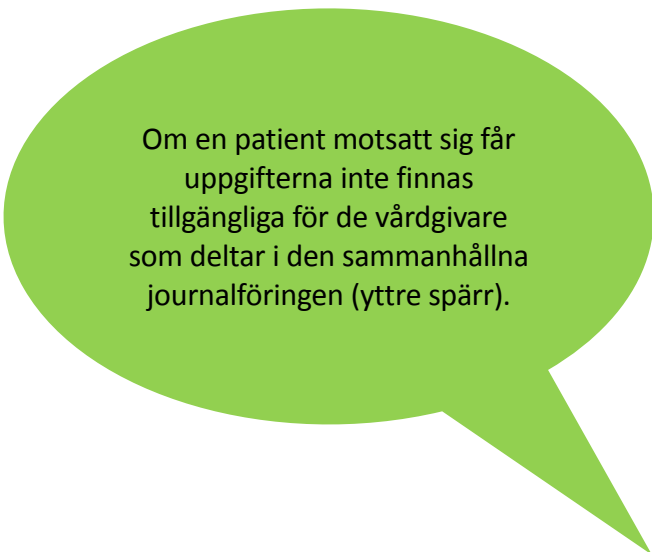
Reglerna om sammanhållen journalföring är indelade i två steg. I skede 1 finns regler om hur uppgifterna får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Och i skede 2 finns regler om hur och när andra vårdgivare faktiskt får ta del av uppgifterna

Skede 2 – att ta del av uppgifter hos andra vårdgivare

En vårdgivare får ta del av andra vårdgivares uppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten eller för att utfärda intyg om vården. Vårdgivaren måste dessutom ha en aktuell patientrelation med patienten och patientens samtycke till att ta del av uppgifterna.



Vad innebär det om en patient motsatt sig att uppgifterna görs tillgängliga genom sammanhållen journalföring?



Om en patient motsatt sig får uppgifterna inte finnas tillgängliga för de vårdgivare som deltar i den sammanhållna journalföringen (yttre spärr).

Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring

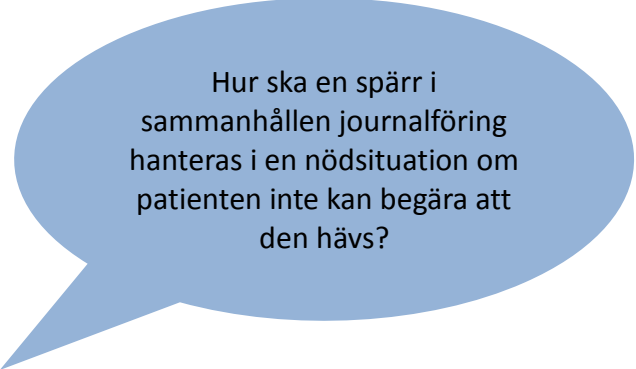
Om patienten motsatt sig att delta i sammanhållen journalföring kommer uppgifter om patienten inte att finnas tillgängliga för de vårdgivare som deltar i samarbetet om sammanhållen journalföring. Detta brukar ibland kallas för att patienten lagt en hård spärr eftersom uppgifterna inte finns potentiellt tillgängliga för de andra vårdgivarna.

Uppgift om själva spärren får finnas tillgänglig


Även om en patient motsätter sig sammanhållen journalföring får systemet innehålla uppgift om att det finns spärrade uppgifter om patienten samt vilken vårdgivare som har spärrat dem.

En användare ska kunna se i systemet att det finns spärrade patientuppgifter hos en annan vårdgivare, men det är endast i nödsituationer tillåtet att ta del av uppgift om vilken eller vilka vårdgivare som spärrat de aktuella uppgifterna.

Även spärrade patientuppgifter vid sammanhållen journalföring ska således under vissa förutsättningar gå att hämta in i en nödsituation. Då ska en behörig användare först kunna se vilken eller vilka vårdgivare som har spärrat uppgifterna, och med ledning av detta sedan bedöma om de spärrade uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver. Om uppgifterna bedöms ha sådan betydelse får den behörige användaren begära att den vårdgivare som har spärrat uppgifterna häver spärren.



Hur ska en spärr i sammanhållen journalföring hanteras i en nödsituation om patienten inte kan begära att den hävs?



Spärren får hävas av den vårdgivare som lagt den om det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa och de spärrade uppgifterna kan antas ha betydelse för patientens vård.

Spärr vid sammanhållen journalföring i en nödsituation

Om patienten motsatt sig att delta i sammanhållen journalföring kommer uppgifter om patienten inte att finnas tillgängliga för de vårdgivare som deltar i samarbetet om sammanhållen journalföring. Detta brukar ibland kallas för att patienten lagt en hård spärr eftersom uppgifterna inte finns potentiellt tillgängliga för de andra vårdgivarna.

Även om en patient motsätter sig sammanhållen journalföring får systemet innehålla uppgift om att det finns spärrade uppgifter om patienten samt vilken vårdgivare som har spärrat dem. En användare ska kunna se i systemet att det finns spärrade patientuppgifter hos en annan vårdgivare, men det är endast i nödsituationer tillåtet att ta del av uppgift om vilken eller vilka vårdgivare som spärrat de aktuella uppgifterna.

Att häva spärr i nödsituation

Även spärrade patientuppgifter vid sammanhållen journalföring ska under vissa förutsättningar gå att hämta in i en nödsituation. Om patienten inte själv kan begära att spärren hävs får behörig användare först se vilken eller vilka vårdgivare som har spärrat uppgifterna och med ledning av detta bedöma om de spärrade uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver. Om uppgifterna bedöms ha sådan betydelse får den behörige användaren begära att den vårdgivare som har spärrat uppgifterna häver spärren.

Själva beslutet att häva en spärr fattas således av den vårdgivare som har lagt spärren.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en **aktuell patientrelation** med och patienten samtycker till det.

Vad menas med
aktuell
patientrelation?

Vårdgivaren har en aktuell patientrelation med de patienter som vårdas eller behandlas inom den egna verksamheten. Patientrelationen kan t.ex. uppstå genom att patienten bokar ett besök, kommer till en vårdinrättning och söker vård, blir remitterad till vårdgivaren, kommer på planerat besök, vårdas inläggande på en avdelning eller genom att patienten kommunicerar med vårdgivaren elektroniskt.

Begreppet aktuell patientrelation

Det är vårdgivaren som sådan som ska ha en aktuell patientrelation, inte hälso- och sjukvårdspersonalen.

En patientrelation kan uppstå på många olika sätt

En patientrelation kan uppstå på en mängd olika sätt och bestå under kortare eller längre tidsperioder. Patientrelationen kan t.ex. uppstå när patienten

- bokar ett besök hos en vårdgivare,
- kommer till en vårdinrättning och söker vård,
- blir remitterad till en vårdgivare,
- vårdas inneliggande på avdelning,
- får beslut om särskilt boende för äldre,
- blir beviljad hemsjukvård,
- kommunicerar elektroniskt med vårdgivare.

En patientrelation kan uppstå på flera olika sätt inte bara genom ett fysiskt möte med personal hos en vårdgivare. Exempelvis måste den vårdgivare som tar emot en remiss från en annan vårdgivare, vare sig den är elektronisk eller i pappersform, anses ha en aktuell patientrelation med den patient som omfattas av remissen.

Att det föreligger en aktuell patientrelation hos en viss vårdgivare har ingenting att göra med vilken personal hos vårdgivaren som har rätt att ta del av uppgifter om patienten. Den senare frågan styrs, precis som vid åtkomst av uppgifter i den egna verksamheten, framför allt av personalens behov i förhållande till deras arbetsuppgifter och deltagande i vården och behandlingen av patienten.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en **aktuell patientrelation** med och patienten samtycker till det.

Vem är det som ska ha en aktuell patientrelation?

Det är **vårdgivaren** som sådan som ska ha en aktuell patientrelation, inte hälso- och sjukvårdspersonalen. Personalens rätt och skyldighet att ta del av uppgifter beror på vilka arbetsuppgifter personalen har.

Vårdgivaren ska ha en aktuell patientrelation

Det är vårdgivaren som sådan som ska ha en aktuell patientrelation, inte hälso- och sjukvårdspersonalen.

Skillnad på krav på patientrelation och villkor för enskilda yrkesutövares åtkomst

Att det föreligger en aktuell patientrelation hos en viss vårdgivare har ingenting att göra med vilken personal hos vårdgivaren som har rätt att ta del av uppgifter om patienten. Den senare frågan styrs, precis som vid åtkomst av uppgifter i den egna verksamheten, framför allt av personalens behov i förhållande till deras arbetsuppgifter och deltagande i vården och behandlingen av patienten.

Hos den vårdgivare som har en aktuell patientrelation med en patient, som samtyckt till att vårdgivaren får ta del av uppgifter i system för sammanhållen journalföring, är det således den personal som deltar i vården av patienten och som av dessa skäl behöver uppgifterna som rent faktiskt får ta del av patientens uppgifter.

Situationen då den som arbetar åt en vårdgivare ska ta ställning till om han eller hon har rätt att ta del av uppgifter som tillgängliggjorts av en annan vårdgivare har därmed stora likheter med situationen då den som arbetar åt en vårdgivare överväger att ta del av uppgifter som finns tillgängliga inom den egna verksamheten.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Måste **yrkesutövaren** ha patientens samtycke för att titta i NPÖ eller annat system för sammanhållen journalföring?

Nej, det är **vårdgivaren** som sådan som ska patientens samtycke till att behandla uppgifter hos en annan vårdgivare. Personalen ska kontrollera att samtycket finns och vid behov inhämta det för vårdgivarens räkning.

Vårdgivaren ska ha patientens samtycke

Det är vårdgivaren som sådan som ska ha patientens samtycke, inte de enskilda yrkesutövarna.

Samtycket är beroende av situationen

Samtycke från patienten ska finnas för att vårdgivaren ska få ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring. Samtycket kan lämnas på många olika sätt och vid flera olika typer av situationer. Det kan exempelvis lämnas inför en kontakt med en vårdgivare, d.v.s. på förhand, eller i den stund patienten har fysisk eller elektronisk kontakt med vårdgivaren och dess personal. Hur länge ett samtycke gäller är beroende av den aktuella situationen. Det skiljer sig exempelvis väsentligt åt mellan ett samtycke som lämnas för ett enstaka besök på en mottagning och ett samtycke för en återkommande informationsinhämtning under en vårdprocess i ett visst sjukdomsförlopp.

Personal ska i första hand kontrollera om samtycke finns

Det är vårdgivarens arbetsledning och organisatoriska förutsättningar i kombination med patientens hälsoproblem som i det enskilda fallet avgör vilken personal som har ett behov av att ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring. Den eller de yrkesutövare som i dessa situationer är inblandade i patientens vård och behandling behöver därmed i första hand kontrollera om patienten redan har lämnat ett samtycke. Om det inte finns blir det hans eller hennes uppgift att be patienten om ett samtycke för vårdgivaren att ta del av journaluppgifter hos en annan vårdgivare. Denna bestämmelse handlar inte om inre sekretess utan om under vilka förutsättningar vårdgivaren som sådan får behandla uppgifterna.

Behov av riktlinjer i verksamheten och IT-stöd för samtycken

Praktiskt innebär detta bl.a. att vårdgivare behöver ta fram riktlinjer för verksamhetens samtyckeshantering. Riktlinjerna bör bland annat ge personalen stöd i hur de ska agera i frågor som rör

inhämtande av samtycke, registrering av samtycke, kontroll av samtycke, samtyckets omfattning etc.

Vidare kan hälso- och sjukvårdspersonal behöva en informationskälla för patienternas samtycken. Det kan utgöras av ett IT-stöd där personal kan kontrollera om samtycke finns, hur länge det sträcker sig m.m. Genom IT-stödet bör det även vara möjligt för personal att vid behov inhämta och registrera samtycke för vårdgivarens räkning. Förutom att det gynnar integritetsskyddet och minskar administrationen behöver inte patienten få frågan om samtycke fler gånger än vad som är motiverat.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Hur länge gäller patientens samtycke?

Det beror på den aktuella situationen, t.ex. om det är en enstaka kontakt eller om patienten befinner sig i en vårdprocess under en kortare eller längre tid. Det viktiga är att det är tydligt för patienten och personalen vad samtycket innefattar.

Omfattning i tiden av patientens samtycke

Det är vårdgivaren som sådan som ska ha patientens samtycke, inte de enskilda yrkesutövarna.

Hur samtycke lämnas är beroende av situationen

Samtycke från patienten ska finnas för att vårdgivaren ska få ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring. Ett sådant samtycke kan lämnas på många olika sätt och vid flera olika typer av situationer. Samtycket kan exempelvis lämnas inför en kontakt med en vårdgivare, d.v.s. på förhand, eller i den stund patienten har fysisk eller elektronisk kontakt med vårdgivaren och dess personal.

Hur länge samtycke ska gälla är beroende av situationen

Även hur länge ett samtycke ska gälla beror på omständigheterna i den aktuella situationen. Bedömningen skiljer sig exempelvis väsentligt åt mellan ett enstaka besök på en mottagning och en längre vårdprocess under ett visst sjukdomsförlopp. För patienter som möter hälso- och sjukvårdspersonal varje dag, t.ex. ineliggande på vårdavdelning eller äldre på ett särskilt boende, behöver inte ett nytt samtycke inhämtas varje gång behovet av att ta del av andra vårdgivares uppgifter uppstår. För den enskilde patienten ska det i olika situationer vara tydligt vad samtycket omfattar och hur länge det gäller.

Behov av riktlinjer i verksamheten och IT-stöd för samtycken

Praktiskt innebär detta bl.a. att vårdgivare behöver ta fram riktlinjer för verksamhetens samtyckeshantering. Riktlinjerna bör bland annat ge personalen stöd i hur de ska agera i frågor som rör inhämtande av samtycke, registrering av samtycke, kontroll av samtycke, samtyckets omfattning etc.

Vidare kan hälso- och sjukvårdspersonal behöva en informationskälla för patienternas samtycken. Det kan exempelvis utgöras av ett IT-stöd där personal kan kontrollera om samtycke finns, hur länge det sträcker sig m.m. Genom IT-stödet bör det även vara möjligt för personal att vid behov inhämta och registrera samtycke för

vårdgivarens räkning. Förutom att det gynnar integritetsskyddet och minskar administrationen behöver inte patienten få frågan om samtycke fler gånger än vad som är motiverat med hänsyn till den enskilda situationen.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Kan ett samtycke gälla för tiden vård ges på ett särskilt boende eller hemsjukvård?

Ja, om det är tydligt för patienten vad samtycket omfattar.

Samtycke på ett särskilt boende m.m.

Det är vårdgivaren som sådan, t.ex. en kommun som bedriver hälso- och sjukvård i särskilt boende och i hemsjukvården, som ska ha patientens samtycke till att ta del av uppgifter i system för sammanhållen journalföring, t.ex. den Nationella patientöversikten (NPÖ).

Hur länge samtycke ska gälla är beroende av situationen

Hur länge ett samtycke ska gälla beror på omständigheterna i den aktuella situationen. Bedömningen skiljer sig väsentligt åt mellan ett samtycke som lämnas vid ett enstaka besök på en mottagning och ett samtycke för en återkommande informationsinhämtning vid en längre vårdprocess under ett visst sjukdomsförlopp.

För patienter som möter hälso- och sjukvårdspersonal varje dag, t.ex. ineliggande på vårdavdelning eller äldre på ett särskilt boende, behöver inte ett nytt samtycke inhämtas varje gång behovet av att ta del av andra vårdgivares uppgifter uppstår. Exakt hur länge ett samtycke ska gälla är dock en fråga för vårdgivaren att avgöra utifrån patienternas situationer och förutsättningarna i verksamheten. Eftersom patientdatalagen är en ramlag måste vårdgivarna vara konstruktiva och tillämpa den på ett sätt så att lagens intentioner kan uppfyllas i deras verksamhet. Om det går att förklara för patienten hur vårdperioden och den planerade vården ser ut och vad samtycket omfattar kan det vara rimligt att hämta in ett samtycke för t.ex. en episod av hemsjukvård eller en vistelse på ett särskilt boende. För den enskilde patienten ska det vara tydligt vad samtycket omfattar och hur länge det gäller. Det är då också viktigt att patienten vet att hon eller han kan dra tillbaka samtycket.

Behov av riktlinjer i verksamheten och IT-stöd för samtycken

Praktiskt innebär detta bl.a. att vårdgivare behöver ta fram riktlinjer för verksamhetens samtyckeshantering. Riktlinjerna bör bland annat ge personalen stöd i hur de ska agera i frågor som rör inhämtande av samtycke, registrering av samtycke, kontroll av samtycke, samtyckets omfattning etc.

Vidare kan hälso- och sjukvårdspersonal behöva en informationskälla för patienternas samtycken. Det kan utgöras av ett IT-stöd där personal kan kontrollera om samtycke finns, hur länge det sträcker sig m.m. Genom IT-stödet bör det även vara möjligt för personal att vid behov inhämta och registrera samtycke för vårdgivarens räkning. Förutom att det gynnar integritetsskyddet och minskar administrationen behöver inte patienten få frågan om samtycke fler gånger än vad som är motiverat.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Kan ett samtycke gälla under tiden patienten besöker samma vårdcentral?

Ja, under förutsättning att det är tydligt för patienten vad samtycket omfattar. Om det går att avgränsa vårdepisoden antingen till att avse en viss tidsperiod eller till en viss typ av behandling är det lättare för patienten att överblicka vad samtycket gäller.

Samtycke i primärvården

Det är vårdgivaren som sådan, t.ex. landstinget eller den privata aktör som driver vårdcentralen, som ska ha patientens samtycke till att ta del av andra vårdgivares uppgifter i system för sammanhållen journalföring.

Hur länge samtycke ska gälla är beroende av situationen

Hur länge ett samtycke ska gälla beror på omständigheterna i den aktuella situationen. Endast det förhållandet att en patient är listad på en vårdcentral utgör dock inte stöd för synsättet att ett samtycke skulle gälla på obestämd tid framåt till dess patienten listar sig på en annan vårdcentral. Det samtycke patienten lämnar måste vara tydligt, förståeligt och överblickbart både för patienten och för personalen. Om patienten exempelvis befinner sig i en situation med kontinuerliga besök på vårdcentralen torde patienten kunna överblicka innebörden av ett samtycke som gäller under den vårdprocessen. På samma sätt bör samtycket för den patient som besöker vårdcentralen vid ett enstaka tillfälle utan planerade återbesök endast omfatta det aktuella besöket.

Exakt hur länge ett samtycke ska gälla är därför en fråga för vårdgivaren att avgöra utifrån patientens situation och förutsättningarna i verksamheten. Eftersom patientdatalagen är en ramlag måste vårdgivarna vara konstruktiva och tillämpa den på ett sätt så att lagens intentioner kan uppfyllas i deras verksamhet. Om det går att förklara för patienten hur vårdperioden och den planerade vården ser ut och vad samtycket omfattar kan det vara rimligt att hämta in ett samtycke för t.ex. en episod av upprepade besök på vårdcentralen. För den enskilde patientens del ska det vara tydligt vad samtycket omfattar och hur länge det gäller. Det är då också viktigt att patienten vet att hon eller han kan dra tillbaka samtycket.

Behov av riktlinjer i verksamheten och IT-stöd för samtycken

Vårdgivare behöver alltså ta fram riktlinjer för verksamhetens samtyckeshantering. Riktlinjerna bör ge personalen stöd i hur de ska agera i frågor som rör inhämtande av samtycke, registrering av samtycke, kontroll av samtycke, samtyckets omfattning etc. Vidare

kan personalen behöva en informationskälla för patienternas samtycken. Det kan exempelvis utgöras av ett IT-stöd där personal kan kontrollera om samtycke finns, hur länge det gäller m.m. Genom IT-stödet bör det även vara möjligt för personal att vid behov inhämta och registrera samtycke för vårdgivarens räkning. Förutom att det gynnar integritetsskyddet och minskar administrationen behöver inte patienten få frågan om samtycke fler gånger än vad som är motiverat.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Behövs föräldrarnas samtycke för att titta i andra vårdgivares journaler i samband med vård av barn?

Nej. Föräldrar får inte bestämma om detta. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska barnets samtycke inhämtas.

Vårdnadshavare får inte motsätta sig

När det gäller barns journaluppgifter har lagstiftaren valt en lösning som innebär att vårdnadshavare inte kan motsätta sig att barnets uppgifter görs tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Inte heller krävs det något samtycke från vårdnadshavare för att vårdgivare genom direktåtkomst ska få ta del av andra vårdgivares uppgifter om barnet. Denna konstruktion har lagstiftaren motiverat med hänsyn till behovet av skydd för barn som riskerar att fara illa. En grundtanke är att hälso- och sjukvårdspersonal lättare ska kunna upptäcka barn som far illa och bedöma om saken ska anmälas till socialnämnden.

Barnets rättigheter ska tillgodoses i takt med stigande ålder och mognad

I takt med barns stigande ålder och mognad ska barn omfattas av samma regler som gäller för vuxna patienter. Bedömningen av barns och ungdomars mognadsgrad kan hanteras på motsvarande sätt som är brukligt inom hälso- och sjukvården. En individuell mognadsbedömning ger svar på frågan om barnet har förmåga att tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Olika mognadsgrad kan dock krävas för olika beslut. Frågans art och komplexitet samt beslutets konsekvenser måste också vara styrande för bedömningen av om barnet ska ha en självbestämmanderätt.

I takt med underårigas stigande ålder och mognad måste vårdgivaren generellt ta allt större hänsyn till deras önskemål och vilja, till exempel när det gäller om personuppgifter ska vara tillgängliga för andra vårdgivare. Det innebär t.ex. att barn som bedöms själva kunna förstå vad sammanhållen journalföring är och innebörden av olika alternativ ska ges rätt att själv besluta i dessa frågor. Ett barn som uppnått en sådan mognadsgrad ska då själv få ta ställning såväl till medverkan i sammanhållen journalföring som till frågan om samtycke för åtkomst till uppgifter hos andra vårdgivare.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Ska barnet lämna samtycke för åtkomst till andra vårdgivares uppgifter i sammanhållen journalföring?

Ja, men endast om barnet bedöms ha uppnått en sådan ålder och mognad att barnet själv kan ta ställning till det.

Samtycke från vårdnadshavare behövs inte

När det gäller barns journaluppgifter har lagstiftaren valt en lösning som innebär att vårdnadshavare inte kan motsätta sig att barnets uppgifter görs tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Inte heller krävs det något samtycke från vårdnadshavare för att vårdgivare genom direktåtkomst ska få ta del av andra vårdgivares uppgifter om barnet. Denna konstruktion har lagstiftaren motiverat med hänsyn till behovet av skydd för barn som riskerar att fara illa. En grundtanke är att hälso- och sjukvårdspersonal lättare ska kunna upptäcka barn som far illa och bedöma om saken ska anmälas till socialnämnden.

Barnets samtycke ska inhämtas om barnet bedöms kunna ta ställning till saken

För mindre barn behöver samtycke inte inhämtas, men i takt med barns stigande ålder och mognad ska barn omfattas av samma regler som gäller för vuxna patienter. Bedömningen av barns och ungdomars mognadsgrad kan hanteras på motsvarande sätt som är brukligt inom hälso- och sjukvården. En individuell mognadsbedömning ger svar på frågan om barnet har förmåga att tillgoda sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Olika mognadsgrad kan dock krävas för olika beslut. Frågans art och komplexitet samt beslutets konsekvenser måste också vara styrande för bedömningen av om barnet ska ha en självbestämmanderätt.

I takt med underårigas stigande ålder och mognad måste vårdgivaren generellt ta allt större hänsyn till deras önskemål och vilja, till exempel när det gäller om personuppgifter ska vara tillgängliga för andra vårdgivare. Det innebär t.ex. att barn som bedöms själva kunna förstå vad sammanhållen journalföring är och innebörden av olika alternativ ska ges rätt att själv besluta i dessa frågor. Ett barn som uppnått en sådan mognadsgrad ska då själv få ta ställning såväl till medverkan i sammanhållen journalföring som till frågan om samtycke för åtkomst till uppgifter hos andra vårdgivare.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Patienten kommer in omtöcknad och starkt smärtpåverkad p.g.a. en fraktur och behöver opereras. Något samtycke för vårdgivaren finns inte registrerat och det går inte att få någon bra kontakt med patienten. Får personalen på akuten använda NPÖ för att kolla ev. allergier innan narkos?

Ja, om det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa får personalen ta del av de uppgifter som kan ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver.

Kravet på samtycke i en nödsituationer

Om det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa och det p.g.a. patientens tillstånd inte går att få ett samtycke, får vårdgivaren ta del av uppgifter i system för sammanhållen journalföring (exempelvis NPÖ) om uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver. Det ska alltså vara fråga om mera akuta nödsituationer.

Åtkomst till patientens uppgifter ska ske i två steg

I dessa situationer ska åtkomsten till patientens uppgifter ske i två steg. Först får vårdgivaren ta del av uppgift om vilken eller vilka andra vårdgivare som har gjort uppgifter om patienten tillgängliga. Om vårdgivaren med ledning av det bedömer att uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver, får vårdgivaren behandla de ospärrade uppgifterna.

Om patienten motsatt sig sammanhållen journalföring kan spärren inte forceras av akuten

Frågan ovan avser en situation där andra vårdgivare gjort uppgifter om patienten tillgängliga i systemet för sammanhållen journalföring. Om patienten däremot motsatt sig medverkan i sammanhållen journalföring och uppgifterna därmed är spärrade kan personalen på akuten inte forcera denna spärr för att ta reda på eventuella allergier.

Om det finns spärrade uppgifter om en patient och det föreligger fara för dennes liv eller allvarlig risk för dennes hälsa och patienten saknar möjlighet att själv häva spärren, får vårdgivaren ta del av uppgift om vilken eller vilka vårdgivare som har spärrat uppgifterna. Om vårdgivaren med ledning av det bedömer att de spärrade uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver, får vårdgivaren begära hos den vårdgivare som har spärrat uppgifterna att denne häver spärren.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Får en remissmottagare gå in i patientens journal hos remitterande vårdgivare?

Ja. Enligt reglerna för sammanhållen journalföring och de rutiner för hantering av remisser som finns.

Remisshantering över vårdgivargränser

Får personal hos remissmottagande vårdgivare genom direktåtkomst ta del av remitterande vårdgivares journalanteckningar för att kunna bedöma och besvara en remiss?

Det handlar bl.a. om att följa reglerna om sammanhållen journalföring. För att remissmottagande vårdgivare som sådan ska få ta del av patientuppgifter hos andra vårdgivare genom direktåtkomst krävs att

1. uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med,
2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, och
3. patienten samtycker till det.

Kravet på att vårdgivaren ska ha en aktuell patientrelation är uppfyllt redan genom att en remiss avseende patienten inkommer till vårdgivaren. Kravet i punkten 2 blir uppfyllt eftersom det är fråga om vård och behandling av en patient och genom att endast relevanta uppgifter används.

Samtycket behövs för direktåtkomsten

När det gäller samtycke har det traditionellt sett förutsatts att en patient som blir remitterad också har samtyckt till remitteringen och till det informationsutbyte som behövs för hanteringen av remissen ,t.ex. att remitterande läkare bifogar journalkopior med remissen. I detta fall handlar det dock om att remissmottagaren själv går in i remitterande vårdgivares journalanteckningar. För denna direktåtkomst krävs ett särskilt samtycke av patienten. Det är uppfyllt antingen genom att patienten, när denne besöker remissmottagande vårdgivare, lämnar sitt samtycke till direktåtkomsten eller genom att patienten redan hos remitterande vårdgivare lämnar samtycke för remissmottagande vårdgivares räkning. Om det av remissen framgår att patienten lämnat ett sådant samtycke i förväg är det alltså möjligt för personal hos remissmottagande vårdgivare att börja hantera remissen och ta del av remitterande vårdgivares journalanteckningar redan när remissen inkommer.

Den personal som ska hantera remissen deltar i vården av patienten och har ansvar för att patienten blir omhändertagen och att remissen blir besvarad enligt de rutiner som finns för detta. När det gäller remisser ska Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvård, tandvården m.m. följas.

Sammanhållen journalföring:

Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och **patienten samtycker** till det.

Om en patient remitteras till en vårdgivare från en annan – måste personalen ändå be om patientens samtycke för att få gå in i den remitterande vårdgivarens journal?

Det krävs ett samtycke, men det kan inhämtas redan i samband med att remissen skrivs. Om remittenten inhämtat samtycke i förväg behöver personalen bara kontrollera att samtycket finns. I sådant fall kan personal börja bedöma remissen och ta del av relevanta uppgifter hos den förste vårdgivaren innan personalen träffat patienten.

Att hämta in samtycke i förväg

Frågan handlar om personal hos remissmottagande vårdgivare genom direktåtkomst får ta del av remitterande vårdgivares journalanteckningar för att kunna bedöma och besvara remissen. Det handlar bl.a. om att följa reglerna om sammanhållen journalföring.

Samtycke krävs – men det kan inhämtas i förväg

En förutsättning för åtkomsten är att patienten har lämnat sitt samtycke. Däremot är det vårdgivaren som sådan som ska ha patientens samtycke, inte de enskilda yrkesutövarna.

Ett sådant samtycke kan lämnas på många olika sätt och vid flera olika typer av situationer. Samtycket kan exempelvis lämnas inför en kontakt med en vårdgivare, d.v.s. på förhand, eller i den stund patienten har fysisk eller elektronisk kontakt med vårdgivaren och dess personal.

I samband med att en patient remitteras till en annan vårdgivare kan det vara smidigt att inhämta patientens samtycke till att remissmottagaren får ta del av vårdgivarens uppgifter om patienten redan då remissen skrivs. Samtycket följer då med remissen och den som tar emot remissen kan förbereda sig för att ta emot patienten genom att ta del av de uppgifter som finns. Om det av remissen, eller på annat sätt, framgår att patienten lämnat ett sådant samtycke i förväg är det alltså möjligt för personal hos remissmottagande vårdgivare att börja hantera remissen och ta del av remitterande vårdgivares journalanteckningar redan när remissen inkommer.

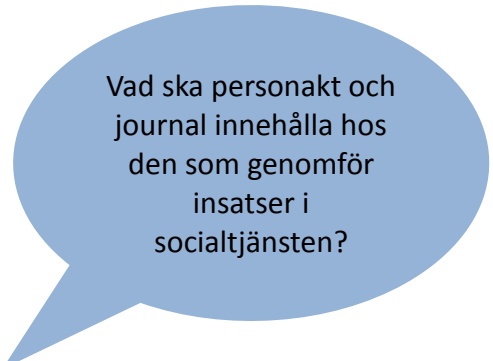
Den personal som ska hantera remissen deltar i vården av patienten och har ansvar för att patienten blir omhändertagen och att remissen blir besvarad enligt de rutiner som finns för detta. När det gäller remisser ska Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvård, tandvården m.m. följas.

6 Frågor om dokumentation i socialtjänsten

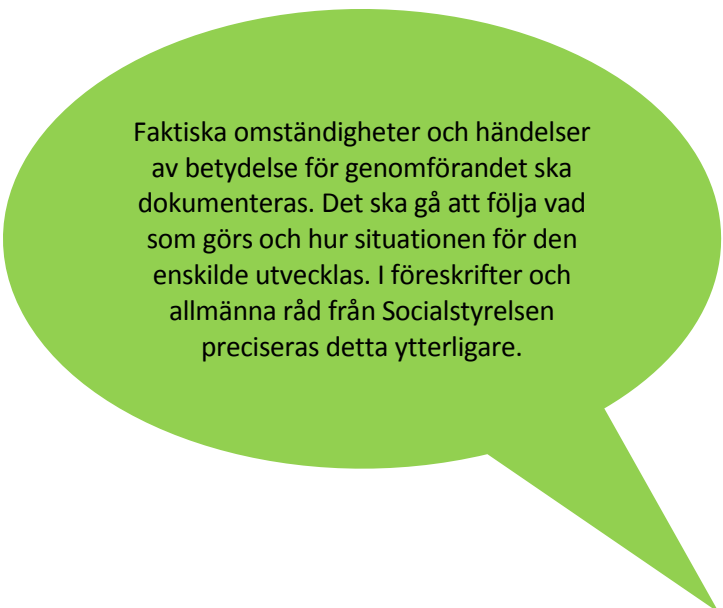
Avsnittet innehåller frågor och svar om dokumentation i verksamheter som omfattas socialtjänstlagstiftning.

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- socialtjänstlagen (2001:453),
- lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, och
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.



Vad ska personakt och journal innehålla hos den som genomför insatser i socialtjänsten?



Faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet ska dokumenteras. Det ska gå att följa vad som görs och hur situationen för den enskilde utvecklas. I föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen preciseras detta ytterligare.

Dokumentationens innehåll

Enligt grundläggande bestämmelser ska dokumentationen i socialtjänsten utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (11 kap. 5 § socialtjänstlagen och 21 a § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Dokumentationen i socialtjänsten ska tillgodose flera syften, bland annat behovet av rättssäkerhet för enskilda. För de som arbetar i socialtjänsten är dokumentationen ett viktigt arbetsinstrument bl.a. för den individuella planeringen, för handläggning av ärenden, för genomförandet och för uppföljning av handläggning och genomförandet av insatserna. När det gäller dokumentation vid genomförande av insatser är det därför viktigt att dokumentera händelser som har betydelse för genomförandet. Det ska gå att följa vad som faktiskt görs och hur situationen utvecklas för den enskilde. Vilka uppgifter det rör sig om är beroende av vilken insats det gäller och omständigheterna i det enskilda fallet.

Genomförandeplan

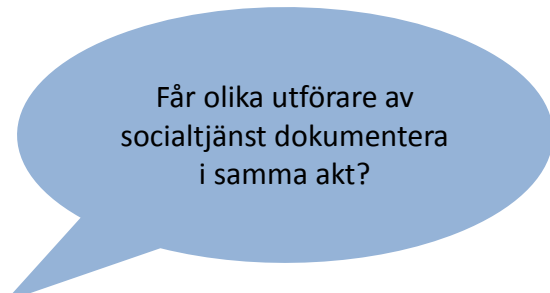
I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS preciseras vad dokumentationen i socialtjänsten bör innehålla. Av de allmänna råden till 6 kap. 1 § följer bland annat att det i en genomförandeplan bör dokumenteras hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Av planen bör bl.a. framgå vilka insatser eller delar av insatser som ingår, hur insatser ska genomföras och vilka mål som gäller. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Personakt och journal hos den som genomför insatsen

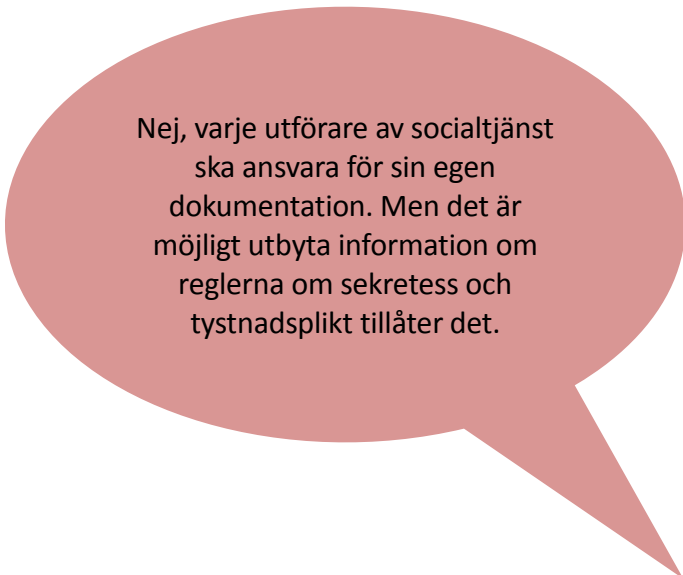
I 6 kap. 2 § SOSFS 2006:5 anges att genomförandet av ett beslut om en insats ska dokumenteras fortlöpande. Av de allmänna råden framgår att dokumentationen bör hållas samman i en personakt.

Vidare framgår att dokumentationen bör föras i en journal i den verksamhet som genomför insatsen. Av journalen bör det bl.a. framgå när insatsen eller olika delar av insatsen har påbörjats och

när insatsen har avslutats och av vilka skäl. Även uppgifter om omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat bör framgå. Vidare bör journalen utvisa när genomförandeplanen har upprättats, följts upp och reviderats, Dokumentationen bör också kunna svara på vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen och om den enskildes behov har förändrats. Ytterligare allmänna råd om dokumentationens innehåll finns i SOSFS 2006:5.



Får olika utförare av
socialtjänst dokumentera
i samma akt?

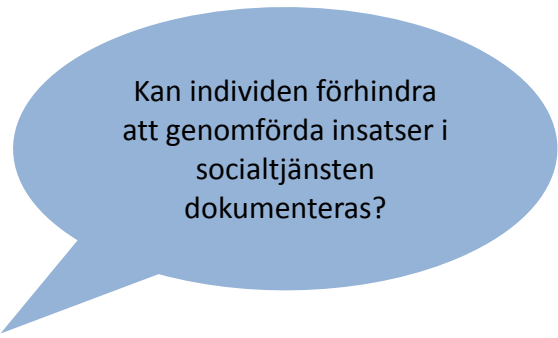


Nej, varje utförare av socialtjänst
ska ansvara för sin egen
dokumentation. Men det är
möjligt utbyta information om
reglerna om sekretess och
tystnadsplikt tillåter det.

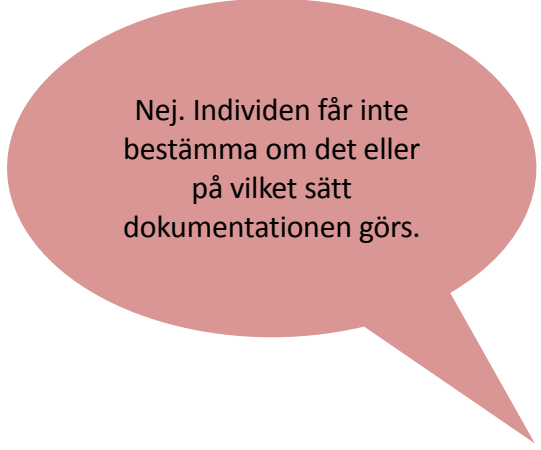
Olika utförare av socialtjänst ansvarar för sin egen dokumentation

Genomförandet av ett beslut om en insats ska dokumenteras fortlöpande. Om en beslutad insats genomförs av den beslutande nämnden, bör dokumentationen som rör handläggningen av ärendet och genomförandet av insatsen hållas samman i en och samma personakt. Om en beslutad insats däremot genomförs i privat verksamhet bör dokumentationen under genomförandet hållas samman i en personakt hos den utförare som genomför insatsen. (11 kap. socialtjänstlagen och 6 kap. SOSFS 2006:5).

Om olika utförare (t.ex. olika privata aktörer som bedriver socialtjänst) deltar i genomförandet av beslutade insatser i socialtjänsten ska respektive utförare således ansvara för sin egen dokumentation och hålla den separerad från övriga utförares.



Kan individen förhindra
att genomförda insatser i
socialtjänsten
dokumenteras?



Nej. Individen får inte
bestämma om det eller
på vilket sätt
dokumentationen görs.

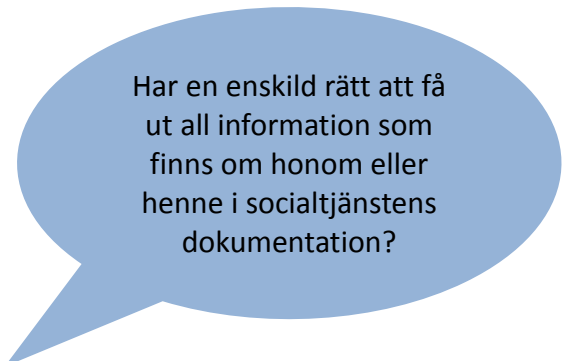
Krav på dokumentation – oavsett individens inställning

I socialtjänsten finns krav på att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras (11 kap. 5 § socialtjänstlagen och 21 a § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). En individ kan inte motsätta sig att dokumentation görs eller att personuppgifter hanteras, vare sig det görs manuellt på papper eller elektroniskt.


Individen kan inte heller bestämma i frågor som rör vem inom socialtjänsten som ska dokumentera. Det är ytterst den som bedriver socialtjänst som har att avgöra formerna för dokumentationen, självklart med beaktande av de krav som finns i lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Individens rätt till självbestämmande och integritet

Vid informationshantering i socialtjänsten ska individens rätt till självbestämmande och personlig integritet beaktas. Vid dokumentation innebär det exempelvis att uppgifter om individen ska vara korrekta och relevanta i förhållande till syftet med dokumentationen. Dokumenterade uppgifter om individen ska också hanteras och förvaras så att obehöriga inte kan komma åt dem. Individen bör också hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om individen anser att en uppgift är oriktig ska det antecknas.



Har en enskild rätt att få ut all information som finns om honom eller henne i socialtjänstens dokumentation?



Ja, förutom att det i vissa fall kan gälla sekretess mot den enskilde för uppgifter som andra personer lämnat till socialtjänsten.

Individens rätt att ta del av sina uppgifter inom socialtjänsten

Inom hälso- och sjukvården kan det ibland gälla sekretess gentemot patienten själv om det (med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen) är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. Men i socialtjänsten gäller inte sekretess till skydd för den enskilde i förhållande till den enskilde själv.

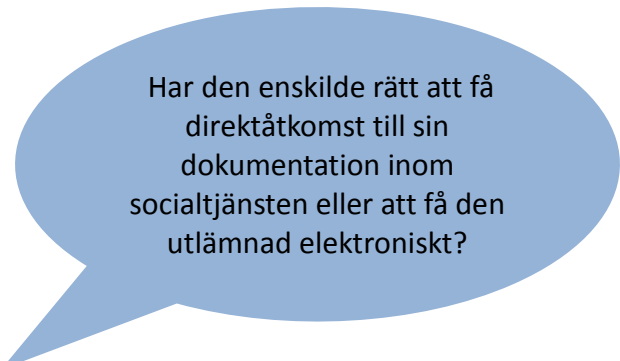
Sekretess i förmån för andra än den enskilde själv

Sekretess kan dock gälla till förmån för någon annan än den enskilde som är primärt berörd, t.ex. om det bland uppgifterna om den enskilde även finns information om någon annan person. För socialtjänstens del gäller sekretess för uppgifter i en anmälan i förhållande till den som anmälan avser, men endast om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs.

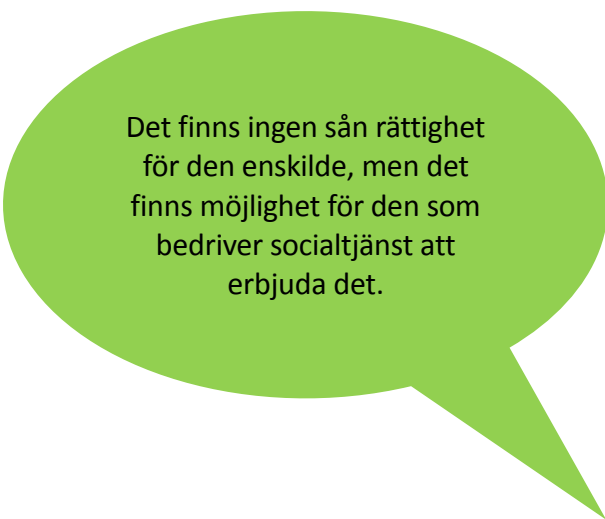
Frånsett sådana uppgifter som kan omfattas av sekretess enligt ovan har den enskilde rätt att få ta del av alla uppgifter som finns om honom eller henne i socialtjänstens dokumentation.

Privat verksamhet i socialtjänsten

För enskild verksamhet inom socialtjänsten, som inte omfattas av offentlighets- och sekretesslagen, finns särskilda bestämmelser i 7 kap. 4 § socialtjänstlagen och i 23 c § i lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) om att den enskilde ska få del av uppgifter rörande sig själv. Om den enskilde begär att få del av uppgifter i sin egen personakt i en enskild verksamhet ska en handling i personakten så snart som möjligt tillhandahållas den enskilde om inte annat följer av bestämmelserna om tystnadsplikt i 15 kap 1 § socialtjänstlagen eller 29 § LSS.



Har den enskilde rätt att få direktåtkomst till sin dokumentation inom socialtjänsten eller att få den utlämnad elektroniskt?



Det finns ingen sån rättighet för den enskilde, men det finns möjlighet för den som bedriver socialtjänst att erbjuda det.

Den enskildes möjlighet till direktåtkomst

Den enskilde har ingen rätt att kräva att information lämnas ut genom direktåtkomst eller på annat sätt elektroniskt (utlämnande på medium för automatiserad behandling). Den som bedriver socialtjänst har dock själv en möjlighet att erbjuda sådana typer av utlämnanden.

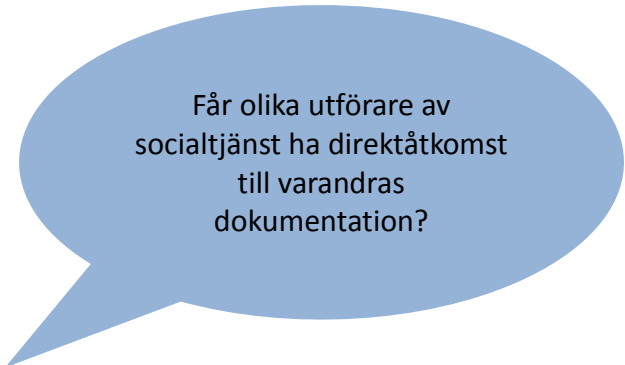
Utlämnande på medium för automatiserad behandling och genom direktåtkomst

Uppgifter som får lämnas ut till den enskilde kan lämnas ut på olika sätt elektroniskt. Det kan exempelvis handla om utlämnande på cd, usb eller genom en säker elektronisk överföring av information. För socialtjänstens del kan utlämnande även ske genom direktåtkomst, t.ex. att den enskilde loggar in på socialtjänstens hemsida för att ta del av uppgifter om sig själv.


Krav på säkerhetsåtgärder

Den som lämnar ut uppgifterna måste alltid försäkra sig om att utlämnandet sker på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem. Det gäller oavsett om utlämnandet sker genom direktåtkomst eller på annat sätt elektroniskt. Det innebär dels att uppgifterna kan behöva skyddas (t.ex. genom kryptering) vid en eventuell överföring, dels att säkerställa endast den avsedda mottagaren kan ta del av dem.

Om socialtjänsten erbjuder enskilda att logga in på en hemsida på Internet för att ta del av känsliga personuppgifter om hälsa eller personuppgifter som annars är integritetskänsliga måste den enskildes identitet säkerställas genom stark autentisering, t.ex. e-legitimation eller motsvarande.



Får olika utförare av
socialtjänst ha direktåtkomst
till varandras
dokumentation?



Nej, sådan
direktåtkomst är inte
tillåten.

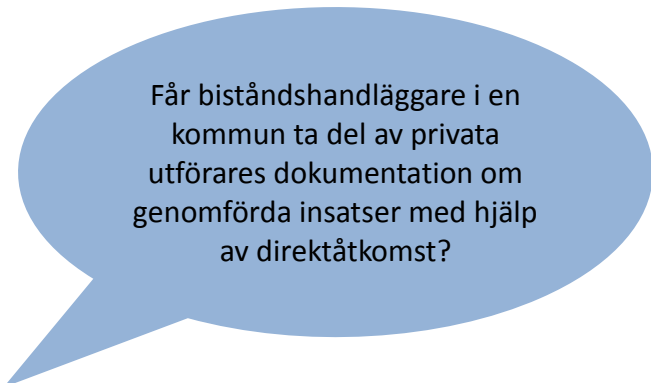
Direktåtkomst mellan olika utförare

Dagens regelverk medger inte att olika utförare (fysiska eller juridiska personer som bedriver socialtjänst, t.ex. kommunala och privata utförare) har direkt tillgång till varandras dokumentation och dokumentationssystem. Direktåtkomst mellan olika verksamheter med sekretessgränser mellan sig är därmed inte möjligt i socialtjänsten. Det saknas exempelvis bestämmelser som motsvarar hälso- och sjukvårdens möjligheter att i system för sammanhållen journalföring hålla uppgifter från flera olika vårdgivare tillgängliga för varandra genom direktåtkomst. Olika privata utförare av socialtjänst kan således inte ta del av varandras uppgifter om individen genom direktåtkomst. Inte heller kan en kommunal utförare av socialtjänst få tillgång till en privat utförares dokumentation om den enskilde med direktåtkomst.


Möjliga sätt att lämna ut information mellan utförare

Ett sätt att lösa behovet av informationsöverföring har därför under lång tid varit att, med stöd av individens samtycke, anteckna det viktigaste i en pärm eller dagbok som förvaras hos individen. Ett sådant sätt att överföra information kan fungera i vissa situationer och för vissa ändamål. Men det är samtidigt ett informationsutbyte som har betänkligheter ur såväl kvalitets- som integritetsperspektiv. Dessutom görs informationsutbytet inte på ett sätt som ger utförarna möjlighet att i förväg beakta informationen och anpassa sina insatser efter den. Informationen kommer ju nämligen utföraren till del först i mötet med den enskilde individen.

Även om direktåtkomst inte är tillåtet kan uppgifter lämnas ut på annat sätt elektroniskt mellan olika utförare inom socialtjänsten om personuppgiftsbehandlingen som sådan är tillåten samt sekretessen för uppgifterna bryts, t.ex. genom den enskildes samtycke. Ett sådant utlämnande kan t.ex. ske genom filöverföring eller på annat elektroniskt sätt. Då måste de krav på säkerhetsåtgärder som elektronisk kommunikation omgärdas av följas.



Får biståndshandläggare i en kommun ta del av privata utförares dokumentation om genomförda insatser med hjälp av direktåtkomst?



Nej, det är inte tillåtet med direktåtkomst över sekretessgränser i socialtjänsten.

Direktåtkomst mellan biståndshandläggare och privat utförare

I socialtjänsten gäller sekretess mellan kommunala myndigheter och mellan kommunala myndigheter och privata utförare av socialtjänst. En sådan sekretessgräns medför att sekretessbelagda uppgifter inte får lämnas ut över sekretessgränsen om inte en sekretessbrytande bestämmelse eller en sekretessprövning tillåter det.

Direktåtkomst

Direktåtkomst är ett sätt att lämna ut uppgifter över sekretessgränser utan att det görs en sekretessprövning i varje enskilt fall. Den som formellt ansvarar för utlämnandet gör därmed inte någon manuell aktivitet vid varje överföringstillfälle som kan jämföras med ett beslut om utlämnande och en sekretessprövning. Vid direktåtkomst är det i stället mottagaren som själv genom en manuell aktivitet och tekniska förutsättningar bereder sig åtkomst till uppgifter i den utlämnande verksamheten.

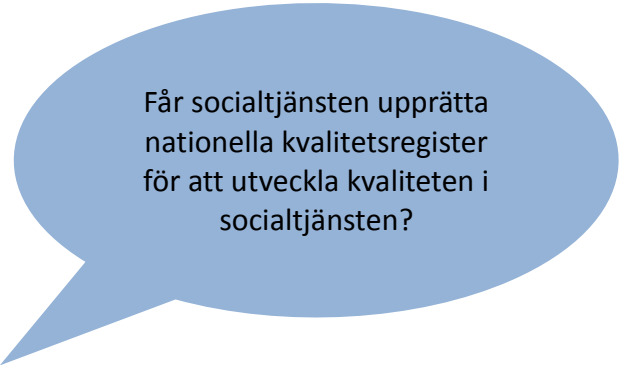
En grundläggande förutsättning för att direktåtkomst ska vara tillåten är att det finns en bestämmelse som bryter sekretessen eller tystnadsplikten för uppgifterna. Någon sådan bestämmelse mellan den privata utföraren och kommunens biståndshandläggare finns inte. Biståndshandläggaren får därför inte på eget initiativ genom direktåtkomst ta del av uppgifter som privata utförare av socialtjänst dokumenterar vid genomförandet av insatser.

Alternativa möjligheter – elektroniskt utlämnande på annat sätt

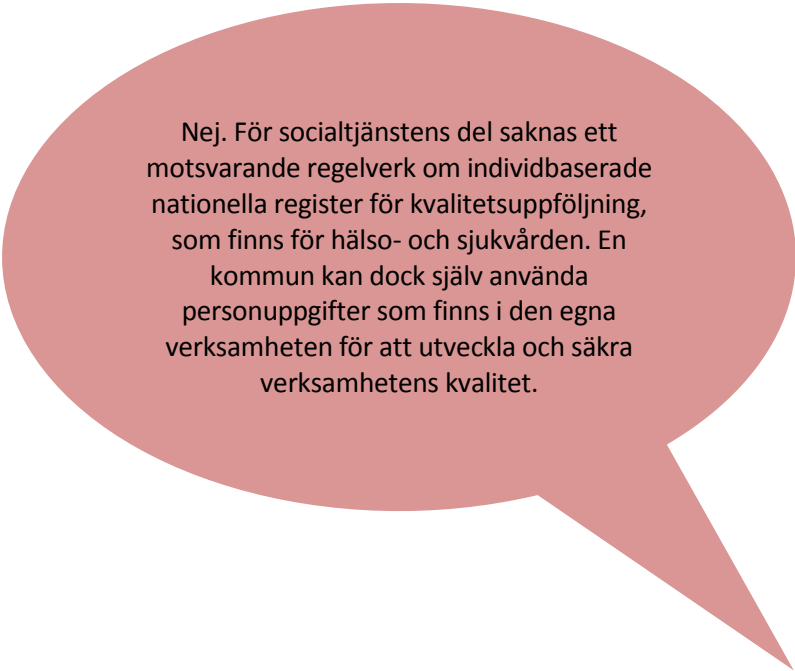
Även om direktåtkomst inte är tillåtet kan andra former av elektroniska utlämnanden vara möjliga. Det kan exempelvis handla om att lämna ut uppgifter på cd, usb eller genom en säker filöverföring. En förutsättning för ett sådant utlämnande är dock att den utlämnande verksamheten, t.ex. en privat utförare, antingen har individens samtycke eller vid en sekretessprövning kommer fram till att uppgifterna kan lämnas ut utan att den enskilde lider men.

Vid alla former av elektroniska utlämnanden måste de integritetsskyddande säkerhetskraven iakttas. Det kan, beroende på hur utlämnandet görs, exempelvis innebära krav på kryptering av uppgifterna och stark autentisering av mottagaren. För socialtjänstens

del framgår kraven på säkerhetsåtgärder av personuppgiftslagen och Datainspektionens praxis på området.



Får socialtjänsten upprätta nationella kvalitetsregister för att utveckla kvaliteten i socialtjänsten?



Nej. För socialtjänstens del saknas ett motsvarande regelverk om individbaserade nationella register för kvalitetsuppföljning, som finns för hälso- och sjukvården. En kommun kan dock själv använda personuppgifter som finns i den egna verksamheten för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten

Hälso- och sjukvården har genom ett särskilt regelverk i patientdatalagen möjligheter att upprätta individbaserade nationella register för utveckla och säkra vårdens kvalitet. Det innebär bland annat att uppgifter från flera vårdgivare i olika delar av landet kan registreras och hanteras i ett och samma register. Ansvaret för nationella kvalitetsregister ligger inte på en statlig myndighet, utan det är hälso- och sjukvården och dess egna myndigheter som har ansvaret. För varje nationellt kvalitetsregister är vanligtvis en landstingsstyrelse formellt ansvarig. Nationella kvalitetsregister är frivilligt både för vårdgivare och för patienter och omfattas av samma regelverk för sekretess och integritetsskydd som uppgifter i patientjournaler. Registren har en lång tradition och har funnits i omkring 40 år.

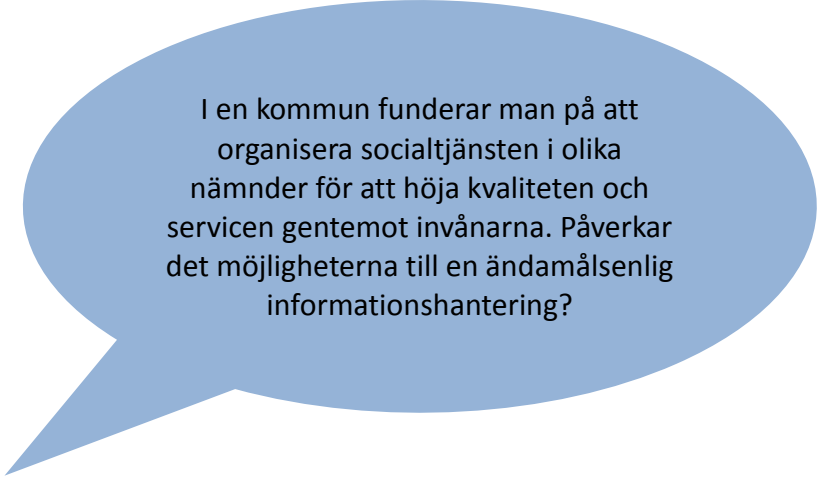
Motsvarande regelverk saknas i socialtjänsten

På socialtjänstens område finns inget motsvarande regelverk om individbaserad kvalitetsuppföljning på nationell nivå. Däremot finns vissa möjligheter för Socialstyrelsen att samla in uppgifter från kommunernas socialtjänstverksamheter.

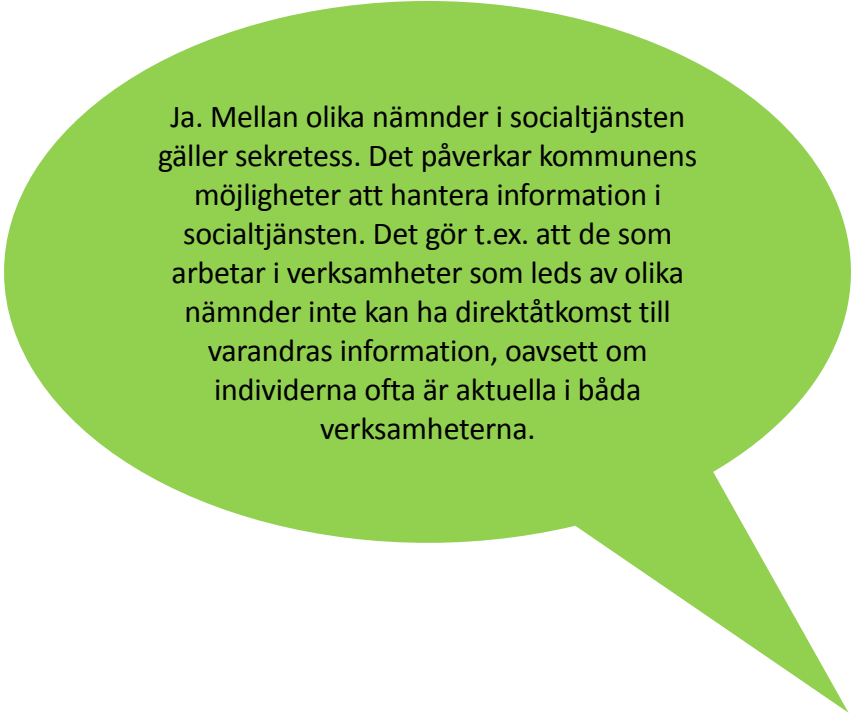
Andra alternativ

Även om det saknas regler för nationell kvalitetsuppföljning kan en kommun använda de personuppgifter som finns i den egna verksamheten för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Det följer av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Det finns heller inget hinder mot att kommuner sammanställer uppgifter om verksamhetens resultat och kvalitet och sedan jämför sig med andra kommuner. Sammanställningarna ska vara utformade på ett sådant sätt att enskilda individer inte kan identifieras. Om kommunerna kommit överens om vilka termer och begrepp som ska användas, hur kvaliteten i verksamheten ska mätas, vad som ska sammanställas och hur det ska göras m.m., kan en stor likhet med de nationella kvalitetsregistren uppnås utan att personuppgifter lämnar de enskilda kommunerna.



I en kommun funderar man på att organisera socialtjänsten i olika nämnder för att höja kvaliteten och servicen gentemot invånarna. Påverkar det möjligheterna till en ändamålsenlig informationshantering?



Ja. Mellan olika nämnder i socialtjänsten gäller sekretess. Det påverkar kommunens möjligheter att hantera information i socialtjänsten. Det gör t.ex. att de som arbetar i verksamheter som leds av olika nämnder inte kan ha direktåtkomst till varandras information, oavsett om individerna ofta är aktuella i båda verksamheterna.

Sekretess mellan nämnder i socialtjänsten påverkar möjligheterna att utbyta information

Genom regler i offentlighets- och sekretesslagen uppstår sekretess runt olika myndigheter. I en kommunal nämndorganisation ses varje nämnd med underlydande förvaltning som en egen myndighet i sekretesshänseende. För en kommun som överväger att organisera socialtjänsten i olika nämnder, t.ex. efter geografisk uppdelning eller utifrån olika sakområden, är det nödvändigt att uppmärksamma att en sådan förändring gör att det uppstår sekretessgränser mellan nämnderna. För att en sekretessbelagd uppgift ska få lämnas ut från den ena nämnden till den andra krävs antingen att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter det, att den enskilde samtycker eller att en sekretessprövning resulterar i att uppgifterna kan lämnas ut.

Om en uppgift får lämnas ut mellan verksamheter som leds av de olika nämnderna, t.ex. med stöd av den enskildes samtycke, kan utlämnandet göras på flera olika sätt. Det kan exempelvis göras muntligt, på papper eller genom elektroniskt utlämnande som t.ex. cd, usb eller filöverföring. Uppgifterna får dock inte lämnas ut genom direktåtkomst.

Direktåtkomst inte tillåten


Direktåtkomst är ett sätt att lämna ut uppgifter över sekretessgränser utan att det görs en sekretessprövning i varje enskilt fall. Den som formellt ansvarar för utlämnandet gör därmed inte någon manuell aktivitet vid varje överföringstillfälle som kan jämföras med ett beslut om utlämnande och en sekretessprövning. Vid direktåtkomst är det i stället mottagaren som själv direkt bereder sig åtkomst till uppgifter i den utlämnande verksamheten. För att det ska vara tillåtet att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst krävs att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter det. Någon sådan bestämmelse finns inte på socialtjänstens område. Inte heller den enskildes samtycke gör det tillåtet med direktåtkomst. Till skillnad från socialtjänsten finns det för kommunens hälso- och sjukvård sekretessbrytande bestämmelser som gör det möjligt att organisera sjukvården i flera nämnder utan att det uppstår sekretess mellan dem. Genom bestämmelser i patientdatalagen är direktåtkomst mellan nämnderna också tillåtet.

7 Frågor om integrerade verksamheter mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård


Avsnittet innehåller frågor och svar om hantering av personuppgifter i verksamheter som omfattas både av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftning.

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- patientdatalagen (2008:355),
- lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten,
- socialtjänstlagen (2001:453),
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården,
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS, och
- förarbetsuttalanden i prop. 2007/08:126.



Får uppgifter från
socialtjänsten finnas
i patientjournalen?



Ja, om det är uppgifter
som har betydelse för en
god och säker vård av
patienten.

Socialtjänstuppgifter i patientjournalen

Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård. Även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas och för att kunna ge patienten ett så bra omhändertagande som möjligt. En väl förd patientjournal har viktig för patientsäkerheten och ökar tryggheten för patienter, närstående och personal.

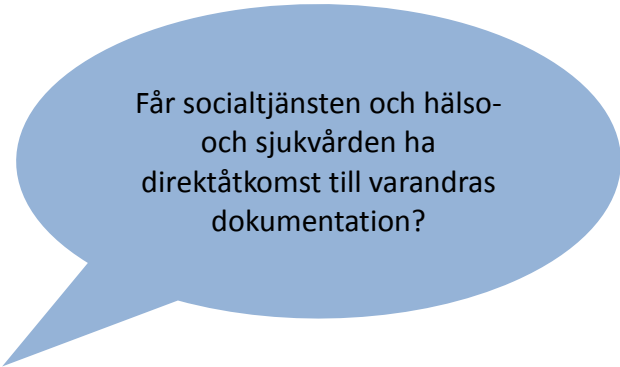
Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för god och säker vård

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Det är t.ex. uppgift om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om ställda diagnoser, anledning till mer betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder m.m. Journalen får också innehålla de uppgifter som behövs för den administration som sker i den patientinriktade verksamheten.

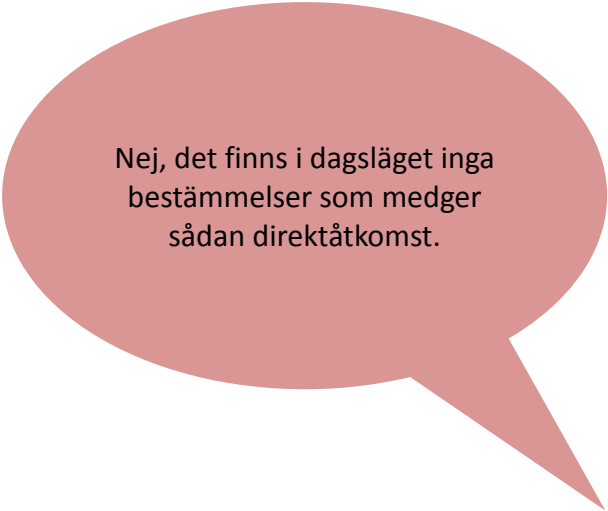
Uppgifter i patientjournalen kommer från olika källor – bl.a. socialtjänsten

De uppgifter som dokumenteras i en patientjournal kan komma från olika källor. Förutom det som personalen själv dokumenterar med anledning av vad som framkommer vid undersökning m.m. av patienten kan patienter, närstående och andra bidra med viktig information för att patienten ska få bästa möjliga vård och omhändertagande. Även sådant som dokumenterats inom ramen för socialtjänstens verksamhet kan ha stor betydelse i vården av patienter i hälso- och sjukvården och därmed dokumenteras i patientjournalen. Inte minst kan sådana basala uppgifter som att en äldre person bor på ett särskilt boende, är beviljad hemsjukvård och hemtjänst m.m. vara av vikt för den personal som t.ex. inom slutenvården möter patienten och ska ta initiativ till samordnad vårdplanering. Sådana uppgifter kan även vara tillgängliga för personal i primär- eller slutenvård i system för sammanhållen journalföring, om de dokumenterats i patientjournalen i den kommunala hälso- och sjukvården.

I integrerade verksamheter för personer med sammansatta behov av vård och omsorg är det ofta svårt att bedöma vad som är hälso- och sjukvård och vad som är socialtjänst. Det medför självklart även svårigheter vad gäller dokumentationen i dessa verksamheter. Det kan visa sig att uppgifter som är noterade i den sociala dokumentationen även är viktiga att ha tillgång till för att ge patienten bästa möjliga vård. I sådana fall finns det inget rättsligt hinder för personalen i den integrerade verksamheten att dokumentera dessa uppgifter även i patientjournalen. Det är mot bakgrund av kraven på patientjournalens innehåll snarare en skyldighet.



Får socialtjänsten och hälso-
och sjukvården ha
direktåtkomst till varandras
dokumentation?



Nej, det finns i dagsläget inga
bestämmelser som medger
sådan direktåtkomst.

Direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

I patientdatalagen är det uttömmande reglerat under vilka omständigheter direktåtkomst är tillåtet. Det är tillåtet mellan olika myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom samma lands-ting eller kommun, det är tillåtet enligt reglerna om sammanhållen journalföring och det finns även regler som reglerar direktåtkomst i samband med nationella kvalitetsregister. Det finns också bestämmelser som gör det möjligt för vårdgivaren att medge direktåtkomst till patienten själv.

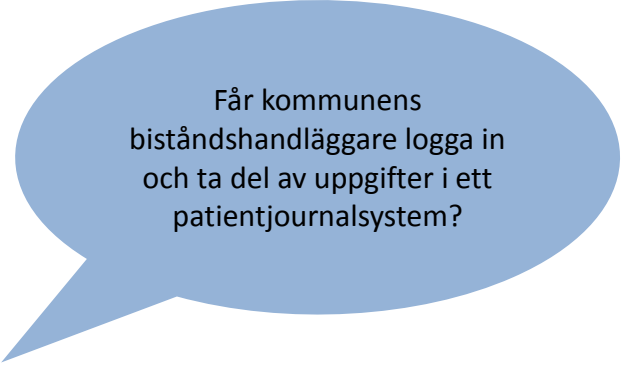
Bestämmelser om direktåtkomst saknas

I dagsläget saknas däremot bestämmelser som tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns varken i hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller i socialtjänstlagstiftningen.


Annat elektroniskt utlämnande möjligt

Även om direktåtkomst inte är tillåtet finns det möjligheter att på annat sätt lämna ut uppgifter elektroniskt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Uppgifter, som med stöd av den enskildes samtycke eller efter en sekretessprövning, får lämnas ut kan också lämnas ut på medium för automatiserad behandling. Det innebär att uppgifter kan lämnas ut elektroniskt t.ex. på cd, usb eller genom filöverföring. Vid ett sådant elektroniskt utlämnande av känsliga uppgifter måste gällande säkerhetskrav iakttas. Det innebär bland annat att uppgifterna måste överföras på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem.

Samordnad vårdplanering i samband med att den som skrivs ut från slutenvården har behov av insatser från socialtjänsten, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är ett exempel på en process där uppgifter kan lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst.



Får kommunens
biståndshandläggare logga in
och ta del av uppgifter i ett
patientjournalssystem?



Nej, det är bara de som
arbetar hos en vårdgivare i
hälso- och sjukvården som
får göra det.
Biståndshandläggaren
arbetar i socialtjänsten.

Biståndshandläggare och åtkomst till patientjournalen

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av patientuppgifter om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete i hälso- och sjukvården. En biståndshandläggare kan inte anses arbeta hos en vårdgivare och behöva patientuppgifter för arbete inom hälso- och sjukvården. Eftersom biståndshandläggaren arbetar inom den kommunala socialtjänsten hamnar biståndshandläggaren utanför de personalkategorier som får logga in i ett journalsystem och ta del av uppgifter om enskilda patienter.

Utlämnande genom direktåtkomst är inte tillåtet

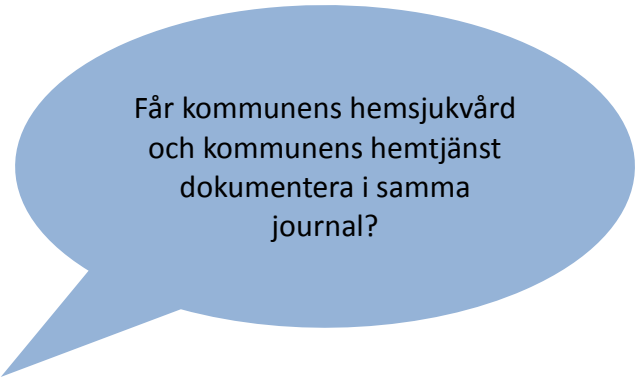
En annan fråga är om den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst skulle kunna lämna ut uppgifter till exempelvis en biståndshandläggare i socialtjänsten. I patientdatalagen är det emellertid uttömmande reglerat under vilka omständigheter utlämnande genom direktåtkomst är tillåtet. Sådan direktåtkomst är tillåten mellan olika myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom samma landsting eller kommun samt enligt reglerna om sammanhållen journalföring. Det finns även bestämmelser som reglerar direktåtkomst i samband med nationella kvalitetsregister och regler som gör det möjligt för en vårdgivare att lämna ut uppgifter till patienten själv genom direktåtkomst.

Det finns alltså inga bestämmelser som tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

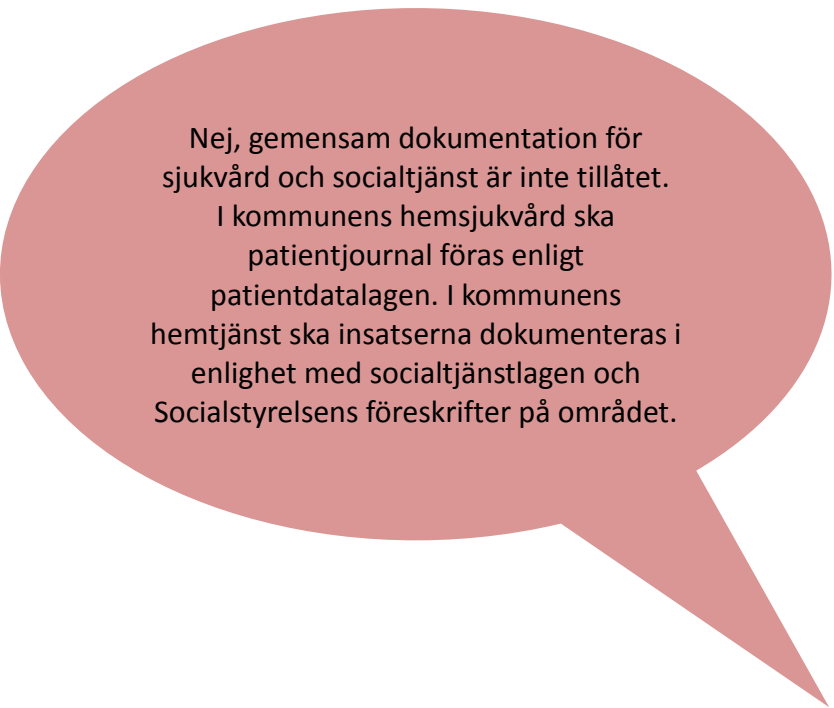
Annat elektroniskt utlämnande kan vara tillåtet

Även om det inte är tillåtet med direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan det vara möjligt att på annat sätt elektroniskt lämna ut uppgifter mellan dessa verksamheter, d.v.s. genom utlämnande på medium för automatiserad behandling. Ett sådant utlämnande är bara tillåtet om sekretessen för uppgifterna bryts, t.ex. genom den enskildes samtycke eller genom menprövning. Om sekretessen inte hindrar ett utlämnande från hälso- och sjukvården till socialtjänsten kan utlämnandet således ske t.ex. genom filöverföring eller annat elektroniskt sätt. Vid sådana utlämnanden är det även nödvändigt att iaktta de krav på säkerhets-

åtgärder som gäller när så känsliga personuppgifter hanteras elektroniskt mellan två aktörer.



Får kommunens hemsjukvård
och kommunens hemtjänst
dokumentera i samma
journal?



Nej, gemensam dokumentation för
sjukvård och socialtjänst är inte tillåtet.
I kommunens hemsjukvård ska
patientjournal föras enligt
patientdatalagen. I kommunens
hemtjänst ska insatserna dokumenteras i
enlighet med socialtjänstlagen och
Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Olika dokumentationsregler och olika sekretessregler = gemensam dokumentation inte tillåten

För hemsjukvårdens del gäller patientdatalagen med bland annat krav på dokumentation i en patientjournal. Uppgifter i hemsjukvården omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen i offentlighets- och sekretesslagen samt av tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Hur dokumentationen ska göras i hemtjänsten styrs av socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5). För hemtjänstens del gäller även lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter i hemtjänst omfattas av socialtjänstsekretess i offentlighets- och sekretesslagen samt av tystnadsplikt i socialtjänstlagen och LSS.

Ovanstående innebär bland annat att den kommunala hemsjukvården ska föra patientjournal, medan hemtjänsten ska föra en social journal. I de regelverk som styr dokumentationen i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten finns inga bestämmelser som gör det möjligt med en gemensam dokumentation. Även bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar en sådan gränsöverskridande dokumentation.

Direktåtkomst mellan sjukvård och socialtjänst inte möjlig

Ett alternativ till gemensam dokumentation är att hemsjukvården och hemtjänsten skulle ha direktåtkomst till varandras dokumentation. Regler som tillåter direktåtkomst mellan sjukvård och socialtjänst finns dock inte i dag.

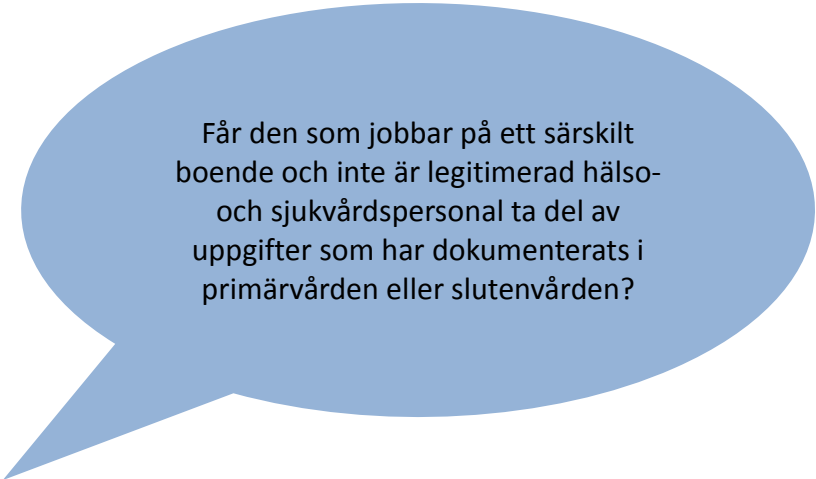
Alternativa möjligheter – elektroniskt utlämnande på annat sätt

Även om direktåtkomst inte är tillåtet kan andra former av elektroniska utlämnanden vara möjliga, t.ex. att lämna ut uppgifter på cd, usb eller genom en säker filöverföring. En förutsättning för ett sådant utlämnande är att den utlämnande verksamheten, t.ex. den som bedriver hemsjukvård, antingen har individens samtycke eller vid en sekretessprövning kommer fram till att uppgifterna kan lämnas ut till den som bedriver hemtjänst utan att den enskilde lider men. Vid elektroniskt utlämnande måste integritetsskyddande

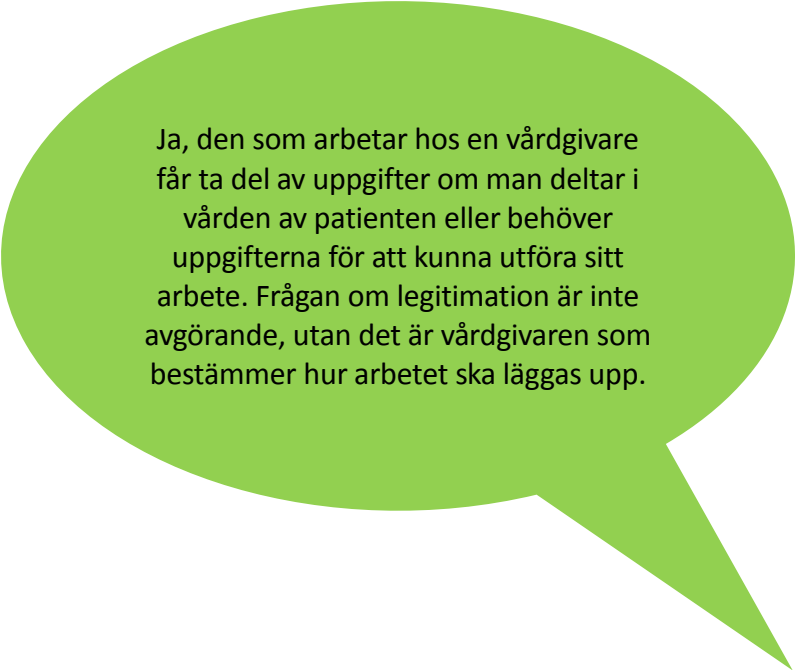
säkerhetskrav iakttas, vilket kan innebära krav på kryptering av uppgifterna och stark autentisering av mottagaren.

Utredning pågår

Utredningen om rätt information i vård och omsorg överväger förslag för en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens huvudbetänkande ska överlämnas den 30 april 2014.



Får den som jobbar på ett särskilt boende och inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ta del av uppgifter som har dokumenterats i primärvården eller slutenvården?



Ja, den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av uppgifter om man deltar i vården av patienten eller behöver uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Frågan om legitimation är inte avgörande, utan det är vårdgivaren som bestämmer hur arbetet ska läggas upp.

Personal på särskilda boenden och patientjournalen

Personal som arbetar på särskilda boenden arbetar både inom hälso- och sjukvården och inom omsorgen. I den utsträckning en medarbetare som inte är legitimerad, exempelvis en undersköterska, deltar i vården av patienter får medarbetaren ta del av de uppgifter som behövs för att kunna utföra sitt arbete.

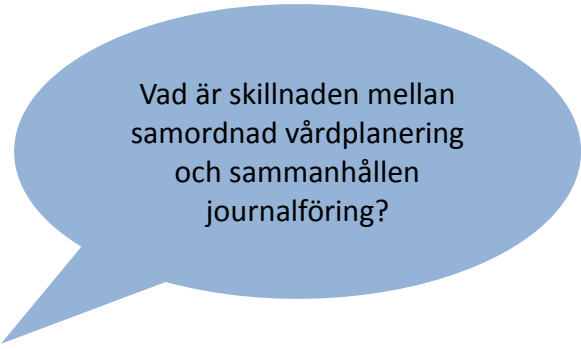
Av patientdatalagen följer att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Legitimation inte avgörande – vårdgivaren organiserar arbetet

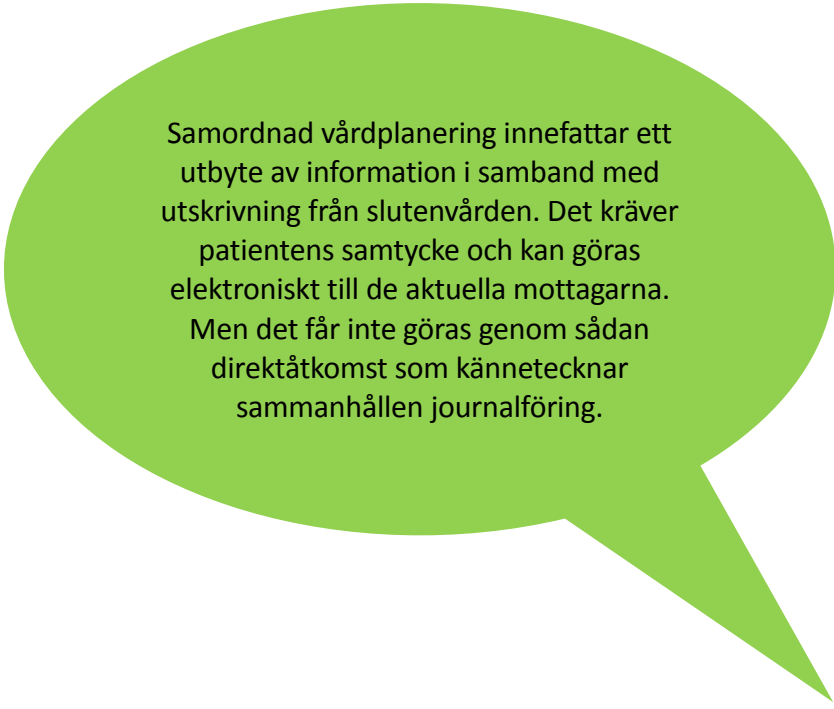
Skyldigheten att föra patientjournal gäller främst den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården. I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournaler, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare. Vårdgivaren ska ha rutiner för journalföring som ser till att sådana uppgifter som behövs för en god och säker vård dokumenteras i patientjournalen och att de yrkesutövare som behöver uppgifterna får tillgång till dem. Den som deltar i vården av en patient kan behöva ta del av och dokumentera uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling, även om den anställde inte är journalföringspliktig enligt lag.

Det innebär i ett särskilt boende att det är vårdgivaren som bestämmer vilka utöver legitimerad personal som ska skriva i och ha tillgång till journalen. När det gäller personalens tillgång till uppgifter behöver vårdgivaren bestämma vilka medarbetare som har behov av att kunna läsa uppgifter som är dokumenterade i den egna verksamheten och vilka som har behov av att läsa uppgifter hos andra vårdgivare, t.ex. i primär- eller slutenvården. Det finns därmed inga rättsliga hinder för en undersköterska att ta del av andra vårdgivares uppgifter exempelvis i NPÖ eller andra system för sammanhållen journalföring. Det kan däremot finnas praktiska hinder, som t.ex. att undersköterskan inte är upplagd i HSA-katalogen och saknar SITHS-kort.

Reglerna om åtkomst till uppgifter i sammanhållen journal-
föring ska självklart tillämpas oavsett vilken medarbetare som ska
ta del av uppgifter.



Vad är skillnaden mellan samordnad vårdplanering och sammanhållen journalföring?



Samordnad vårdplanering innefattar ett utbyte av information i samband med utskrivning från slutenvården. Det kräver patientens samtycke och kan göras elektroniskt till de aktuella mottagarna. Men det får inte göras genom sådan direktåtkomst som kännetecknar sammanhållen journalföring.

Skillnad mellan sammanhållen journalföring och samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering ska genomföras för patienter som efter att ha vårdats inom den slutna vården bedöms ha ett behov av fortsatt vård och stöd av primärvård samt kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den samordnade vårdplaneringen genomförs med stöd av individens samtycke och ofta med delaktighet från anhöriga. Syftet med planeringen är att ta fram en vårdplan som beskriver vilka insatser som behövs efter utskrivningen från den slutna vården för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås. Det ska även framgå vilken aktör som ansvarar för vad. I samband med vårdplaneringen behöver de inblandade aktörerna utbyta information om individen för att kunna ta fram en vårdplan som tillgodoser individens behov av fortsatt vård och omsorg. Informationsutbytet kan göras på flera olika sätt. I dag är det vanligast med ett elektroniskt utlämnande av uppgifterna. Ett sådant utlämnande kännetecknas bl.a. av att det är den som lämnar ut uppgifter som avgör vilka uppgifter som ska lämnas ut, till vem de ska ske och när. Ytterligare en omständighet är att den som tar emot uppgifterna ska ta emot dem, förvara dem och i övrigt hantera dem i enlighet med de regler som gäller för mottagarens verksamhet.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär en möjlighet för olika vårdgivare i hälso- och sjukvården att utbyta information genom direktåtkomst i konkreta situationer där en patient är i behov av vård. Till skillnad från ett vanligt elektroniskt utlämnande innebär direktåtkomsten bl.a. att den som är i behov av information själv kan bereda sig åtkomst till andra vårdgivares uppgifter utan att begära ut dem. Många gånger innebär sammanhållen journalföring endast att mottagaren tar del av informationen utan att sedan på annat sätt hantera den vidare i sin egen verksamhet. Det informationsutbytet är särskilt reglerat i patientdatalagen och omfattar inte socialtjänsten.

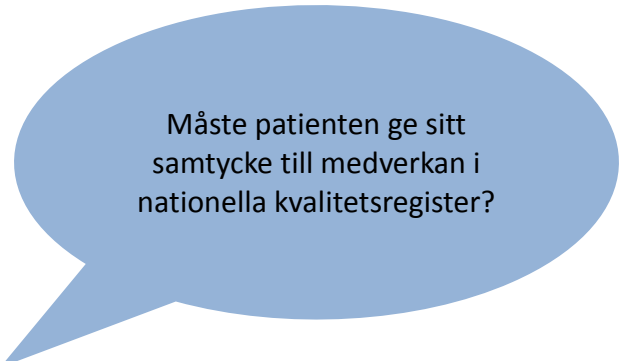
Några skillnader mellan samordnad vårdplanering och sammanhållen journalföring

Vid en jämförelse blir det tydligt att samordnad vårdplanering och sammanhållen journalföring är två skilda företeelser där syftena och sättet för informationsutbyte skiljer sig åt. Ytterligare en skillnad är att den samordnade vårdplaneringen inkluderar socialtjänsten medan sammanhållen journalföring är ett sätt att utbyta information endast mellan vårdgivare i hälso- och sjukvården. Det är nödvändigt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att vara medvetna om dessa skillnader för att kunna utforma ändamålsenliga IT-stöd som lever upp till regelverkens krav på informationshantering.

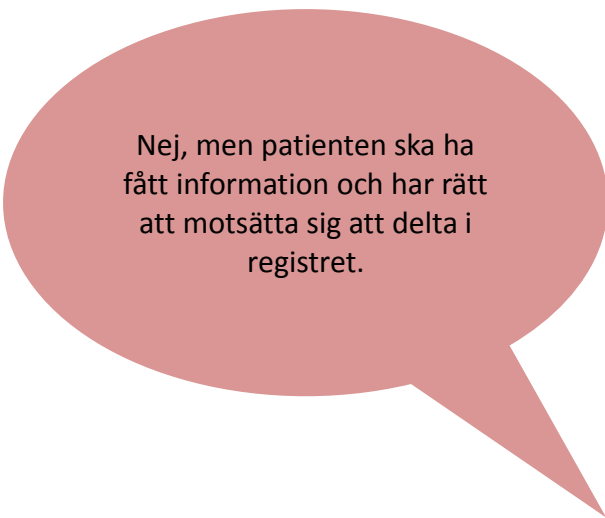
8 Frågor om nationella eller regionala kvalitetsregister i hälso- och sjukvården

Avsnittet innehåller frågor och svar om nationella kvalitetsregister.
För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- 7 kap. patientdatalagen (2008:355), och
- förarbetsuttalanden i prop. 2007/08:126.



Måste patienten ge sitt samtycke till medverkan i nationella kvalitetsregister?



Nej, men patienten ska ha fått information och har rätt att motsätta sig att delta i registret.

Betydelse av patientens inställning till registrering i kvalitetsregister

Vid registrering i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister i hälso- och sjukvården ska den enskilde få information om vad registreringen innebär och en möjlighet att motsätta sig denna.

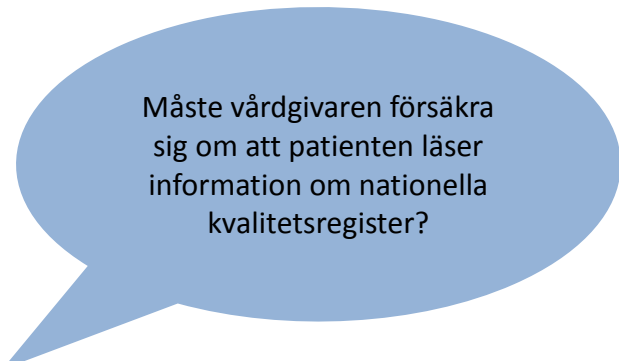
Inget krav på samtycke, men patienten har rätt att motsätta sig

Det krävs alltså inget sådant uttryckligt samtycke som avses i personuppgiftslagen för personuppgiftsbehandling i nationella eller regionala kvalitetsregister. I stället ges den enskilde en möjlighet att motsätta sig registreringen. Det innebär i praktiken att ett tyst samtycke gäller för personuppgiftsbehandling i ett kvalitetsregister. Precis som vid hantering av vårddokumentation i system för sammanhållen journalföring gäller därutöver regler om inre sekretess, behörighetsstyrning, åtkomstkontroll etc. även när vårdgivare hanterar personuppgifter i nationella kvalitetsregister.

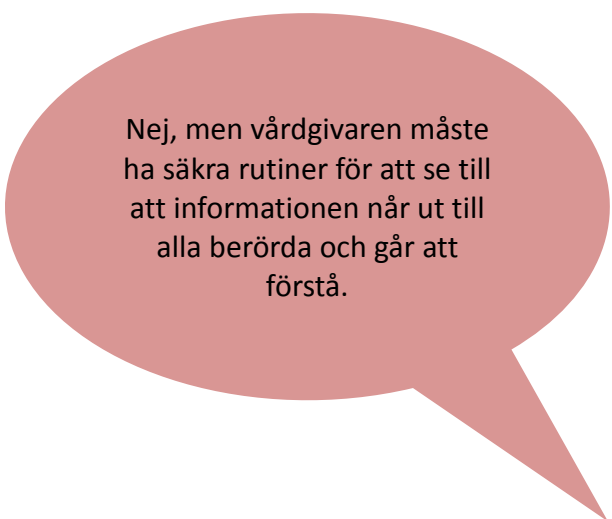
Vårdgivarens informationsplikt

För att patienten ska bli medveten om rätten att motsätta sig en medverkan i ett nationellt kvalitetsregister krävs att vårdgivaren informerar patienten om detta och tillhandahåller den information som i övrigt ska ges enligt patientdatalagen. Det är den vårdgivare som vill inkludera en patients uppgifter i ett kvalitetsregister som ska fullgöra informationsplikten. Informationen ska som huvudregel lämnas innan uppgifter om patienten registreras.

Det finns inget krav på att patienten måste ha tagit del av informationen om ett kvalitetsregister, men vårdgivaren ska ha gjort patienten medveten om att informationen finns och var den finns tillgänglig samt om att registrering görs för det fall patienten inte motsätter sig.



Måste vårdgivaren försäkra sig om att patienten läser information om nationella kvalitetsregister?



Nej, men vårdgivaren måste ha säkra rutiner för att se till att informationen når ut till alla berörda och går att förstå.

Information till patienten

Från integritetssynpunkt är det viktigt att patienten tillhandahålls utförlig information om den hantering av personuppgifter som registrering i ett nationellt kvalitetsregister innebär. Informationen behövs för att patienten ska bli medveten om rätten att motsätta sig medverkan och i övrigt kunna ta tillvara sina rättigheter. Det är den vårdgivare som vill inkludera en patients uppgifter i ett kvalitetsregister som ska fullgöra informationsplikten. Informationen ska som huvudregel lämnas innan uppgifter om patienten registreras.

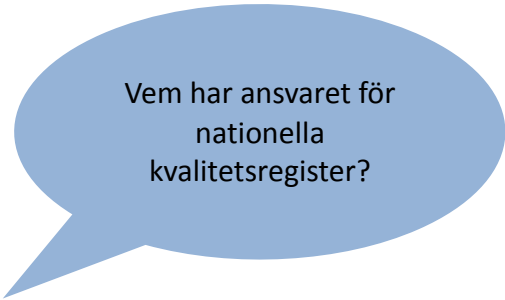
Det finns inget krav på att informationen till patienten ska lämnas på ett särskilt sätt, t.ex. skriftligt. Det har överlämnats till varje vårdgivare att bestämma hur informationen ska ges. Informationen ska dock vara utformad på ett sätt som kan förstås av patienten och som uppfyller kraven på innehåll enligt patientdatalagen.

Inte heller finns det krav på att patienten måste ha tagit del av informationen om ett kvalitetsregister, men vårdgivaren ska ha gjort patienten medveten om att informationen finns och var den finns tillgänglig samt om att registrering görs för det fall patienten inte motsätter sig. Det är sedan upp till den enskilde patienten att själva avgöra om informationen ska läsas eller inte. Om patienten haft en möjlighet att ta del av fullständig information och därefter inte motsatt sig medverkan i registret genom att meddela vårdgivaren det, får vårdgivaren inkludera patientens uppgifter i kvalitetsregistret.


Behov av säkra och verksamhetsanpassade rutiner

Det är därför nödvändigt att ha säkra rutiner både för att information faktiskt tillhandahålls och att den uppfyller patientdatalagens krav på innehåll. Vårdgivaren behöver därför tillhandahålla informationen på ett sådant sätt att den kommer samtliga patienter som registreras i ett kvalitetsregister till del. Det är i allmänhet inte tillräckligt att vårdgivaren endast informerar på internet eller genom broschyr eller annat anslag i väntrum, OM inte detta kompletteras med någon form av hänvisning till patienten att ta del av informationen.

Eftersom hänsyn ska tas till den enskilde patientens möjligheter att tillgodogöra sig informationen kan vårdgivaren även behöva olika informationsrutiner för olika situationer. Tillvägagångssättet för att informera patienter kan även skilja sig åt mellan olika typer av verksamheter hos en vårdgivare, bland annat beroende på hur många kvalitetsregister som är relevanta i olika verksamheter. Vårdgivare kan därför behöva utforma rutiner som är anpassade efter förutsättningarna i respektive verksamhet.



Vem har ansvaret för
nationella
kvalitetsregister?



För varje nationellt kvalitetsregister finns
en myndighet som har det centrala
ansvaret för inrapporterade uppgifter.
Det är vanligtvis en landstingsstyrelse
eller motsvarande. Sedan är varje
vårdgivare ansvarig för sin hantering av
uppgifter i samband med registrering
m.m.

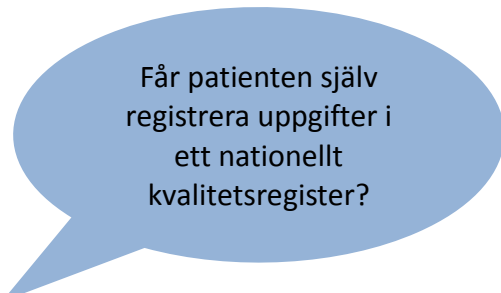
Myndighet med centralt ansvar

För varje nationellt kvalitetsregister finns en myndighet som har det centrala ansvaret för inrapporterade uppgifter. Enligt 7 kap. 7 § patientdatalagen får endast myndigheter inom hälso- och sjukvården vara personuppgiftsansvarig för central behandling av personuppgifter i ett nationell eller regionalt kvalitetsregister. Det är vanligtvis en landstingsstyrelse eller motsvarande som formellt har detta centrala ansvar.

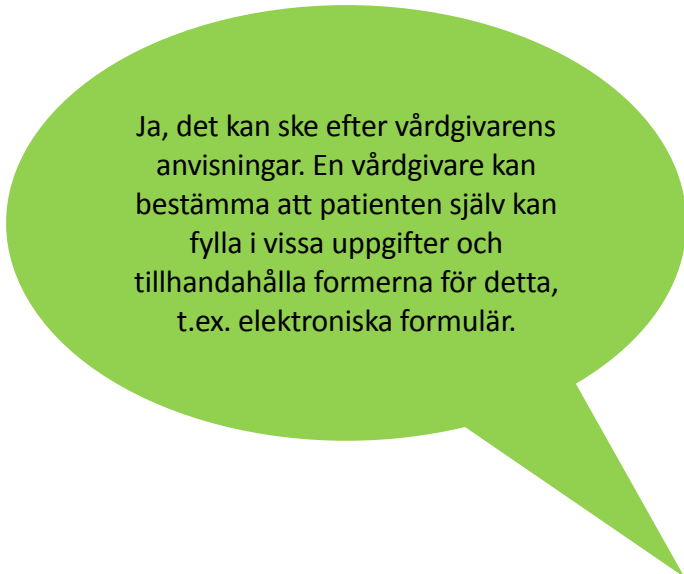
I det centrala ansvaret ligger bland annat ett ansvar för den övergripande säkerheten kring kvalitetsregistret och för att felaktiga uppgifter rättas. Uppgifter i kvalitetsregister ska enligt lagstiftningen skyddas på ett flertal olika sätt. Generellt gäller exempelvis samma krav på sekretess och säkerhet för uppgifter i kvalitetsregister som för uppgifter i patientjournaler.

Varje vårdgivare ansvarar för sin hantering i samband med registrering m.m.

Den vårdgivare som registrerar uppgifter i ett kvalitetsregister är dock själv ansvarig för sin egen hantering av uppgifterna i samband med att de registreras eller i ett senare skede används för lokal kvalitetssäkring. Det innebär bl.a. ett ansvar för att patienterna informerats på ett korrekt sätt, att det är rätt uppgifter som registreras, att uppgifterna används på rätt sätt, att behörigheten för åtkomst till registret är anpassad efter personalens behov m.m.



Får patienten själv registrera uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister?



Ja, det kan ske efter vårdgivarens anvisningar. En vårdgivare kan bestämma att patienten själv kan fylla i vissa uppgifter och tillhandahålla formerna för detta, t.ex. elektroniska formulär.

Patientens registrering av uppgifter

Den vårdgivare som registrerar uppgifter i ett kvalitetsregister ansvarar för ett ändamålsenligt insamlande av uppgifterna. Om vårdgivaren anser att uppgifter som patienten bidrar med är av värde för ändamålet med kvalitetsregistret kan denne bestämma om detta och hur det ska gå till.

Vårdgivaren bestämmer och tillhandahåller möjligheter

Att patienter med hjälp av den tekniska utvecklingen elektroniskt kan bidra med uppgifter till ett kvalitetsregister innebär inte att patienten har någon ovillkorlig rätt att på eget initiativ registrera uppgifter i ett kvalitetsregister. Men vårdgivaren kan i sina rutiner för att inhämta den information som behövs för kvalitetsutvecklingen av vården tillhandahålla definierade möjligheter för patienten att bidra med viktig information.

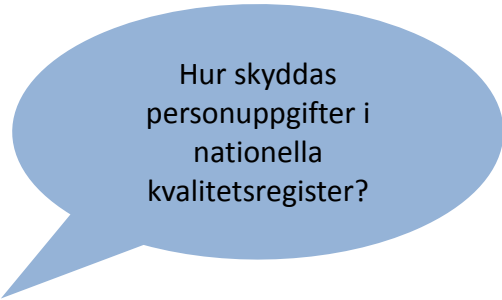
På samma sätt som att en vårdgivare kan be en patient fylla i en pappersenkät som sedan manuellt registreras i ett kvalitetsregister, kan en patient tillhandahållas ett elektroniskt formulär som efter vårdgivarens anvisning kan fyllas i av patienten och elektroniskt överförs till kvalitetsregistret.

Vidare är det, både ur ett kvalitets- och ur ett integritetsperspektiv, viktigt att de elektroniska formulären som patienter ska fylla i utformas på ett sådant sätt att det så långt möjligt endast är de efterfrågade uppgifterna som kan registreras.

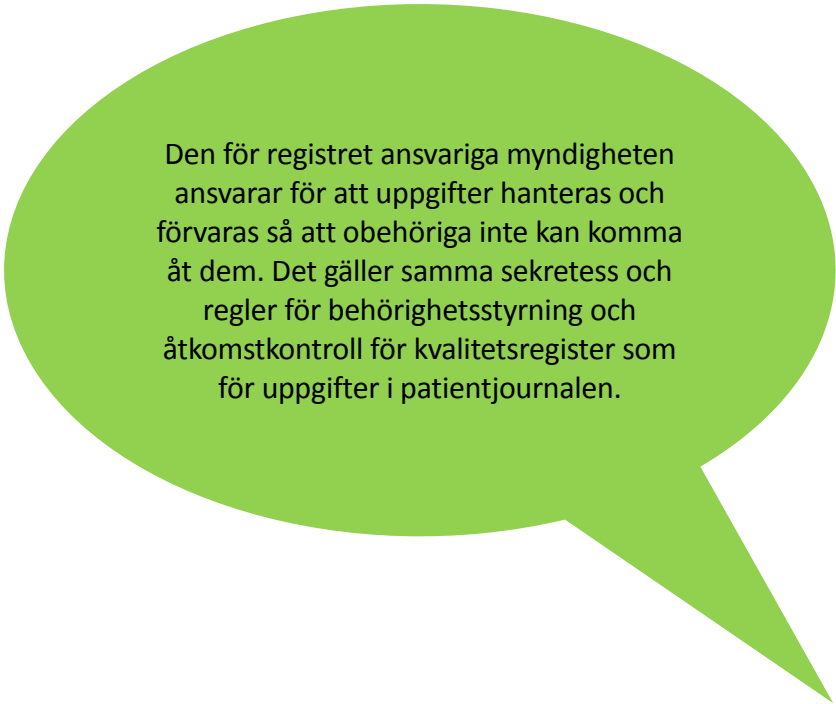
Krav på säkerhetsåtgärder

En allt större del av den elektroniska kommunikationen mellan vårdgivare och patienter går i dag via internet. Av den anledningen är det nödvändigt att vårdgivare som tillhandahåller dessa möjligheter även ser till att vidta de säkerhetsåtgärder som krävs, t.ex. för att skydda uppgifterna från obehörig åtkomst.

Även med hänsyn till behovet av tillförlitliga uppgifter och hög datakvalitet kan vårdgivare behöva vidta lämpliga åtgärder. Det kan exempelvis handla om att säkerställa att det verkligen är den avsedda patienten som bidrar med information till kvalitetsregistret.



Hur skyddas
personuppgifter i
nationella
kvalitetsregister?



Den för registret ansvariga myndigheten ansvarar för att uppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte kan komma åt dem. Det gäller samma sekretess och regler för behörighetsstyrning och åtkomstkontroll för kvalitetsregister som för uppgifter i patientjournalen.

Uppgifter skyddas på flera sätt

Uppgifter i kvalitetsregister ska enligt lagstiftningen skyddas på ett flertal olika sätt. Generellt gäller exempelvis samma krav på sekretess och säkerhet för uppgifter i kvalitetsregister som för uppgifter i patientjournaler.

Sekretess för uppgifterna

Utlämnande av uppgifter från ett kvalitetsregister får exempelvis göras med stöd av den enskildes samtycke. I övrigt får det endast göras om det står klart att den enskilde eller någon denne närstående inte lider men av utlämnandet. I annat fall får uppgifter endast lämnas ut i avidentifierad form.

När det gäller sammanställning av uppgifter som ska presenteras öppet, t.ex. för att informera allmänheten om kvaliteten i hälso- och sjukvården, måste det göras på ett sådant sätt att individernas identitet inte röjs.

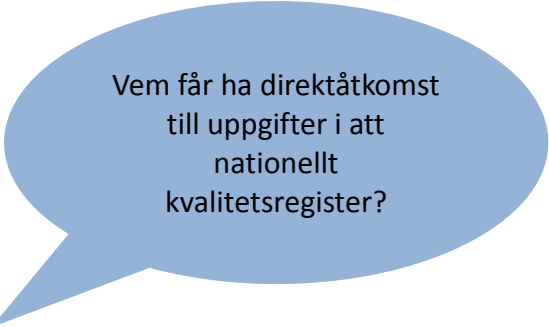
Skydd mot intrång och krav på stark autentisering

Säkerhetskraven innebär också att den myndighet som är centralt ansvarig för registret har att skydda uppgifter i registret från intrång och att se till att utlämnande av uppgifter görs på ett säkert sätt. Det senare innebär t.ex. att personal hos en vårdgivare ska logga in med SITHS-kort eller annan lösning för stark autentisering för att över internet ta del av inrapporterade uppgifter på individnivå.

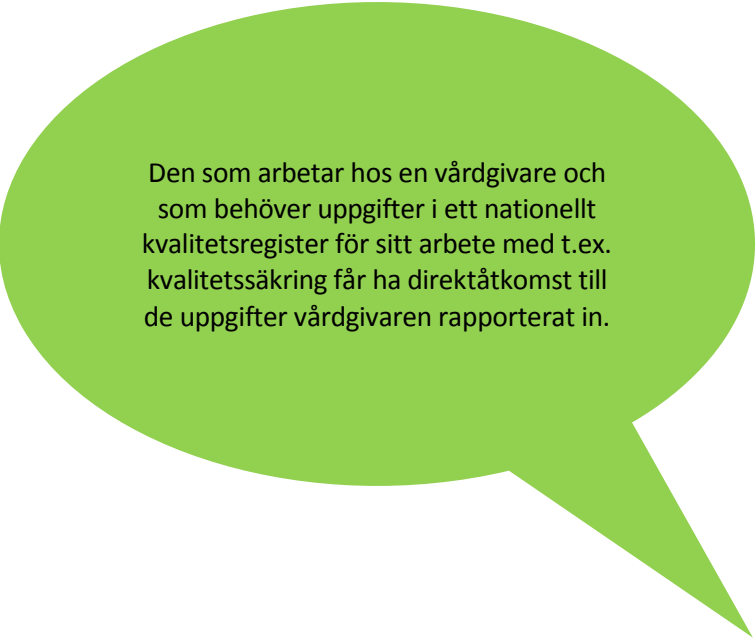
Behörighetsstyrning och åtkomstkontroll

När det gäller vilken personal hos såväl inrapporterande vårdgivare som inom den centrala myndigheten som ska ha tillgång till personuppgifter i ett kvalitetsregister gäller patientdatalagens allmänna bestämmelser om inre sekretess och tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst till personuppgifter. Av dessa bestämmelser följer att endast den som behöver tillgång till personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister för att utföra arbete för ändamål för vilka registren är tillåtna, får ha åtkomst till

sådana uppgifter. Det innebär att det vanligtvis endast är ett fåtal personer hos den centralt ansvariga myndigheten som har tillgång till identifierbara uppgifter. Vårdgivaren ska ha rutiner för tilldelning av behörighet för åtkomst och för åtkomstkontroll.



Vem får ha direktåtkomst till uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister?



Den som arbetar hos en vårdgivare och som behöver uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister för sitt arbete med t.ex. kvalitetssäkring får ha direktåtkomst till de uppgifter vårdgivaren rapporterat in.

Direktåtkomst till inrapporterade uppgifter

En vårdgivare får, enligt 7 kap. 9 § patientdatalagen, ha direktåtkomst till de personuppgifter som vårdgivaren rapporterat till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. Direktåtkomsten till ett nationellt kvalitetsregister får bara användas för sådana ändamål för vilka registren är tillåtna.

Vilka medarbetare får ha direktåtkomst?

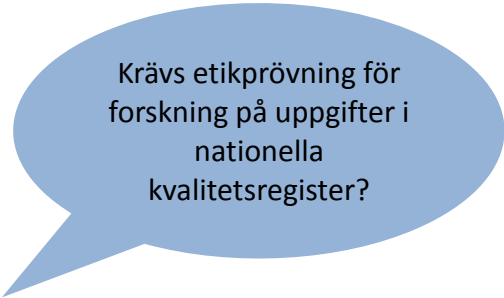
När det gäller vilka medarbetare hos en vårdgivare som får ta del av inrapporterade personuppgifter genom direktåtkomst gäller patientdatalagens allmänna regler om inre sekretess, behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Det innebär att den som arbetar hos en vårdgivare och som behöver uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister för sitt arbete inom hälso- och sjukvården får ha direktåtkomst till de uppgifter vårdgivaren rapporterat in.

Vad får medarbetaren använda direktåtkomsten till?

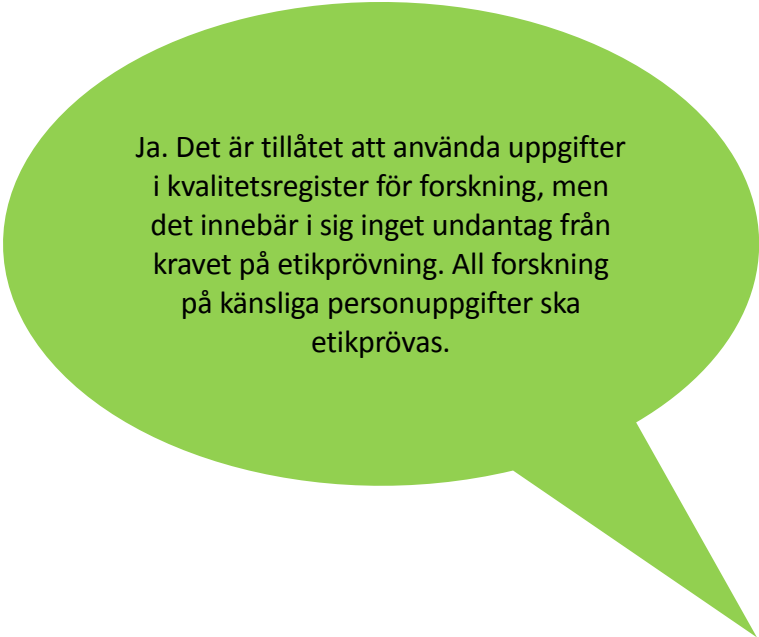
Direktåtkomsten får bara användas för sådana ändamål för vilka kvalitetsregistren är tillåtna. I detta fall innebär det i praktiken att direktåtkomsten får användas för att säkra och utveckla vårdens kvalitet, framställa statistik och lämna ut uppgifter i enlighet med lag eller förordning. Det går inte att uttömmande ange i vilka situationer det är tillåtet för en medarbetare att ha direktåtkomst till uppgifter, men några konkreta exempel är:

- a) för att registrera uppgifter i ett kvalitetsregister,
- b) för att kontrollera och validera registrerade uppgifter, t.ex. jämföra med patientjournal,
- c) för att arbeta med vårdgivarens kvalitetssäkringsarbete, t.ex. göra sammanställningar och beräkningar som ger underlag för att kunna följa upp och jämföra medicinsk och annan kvalitet,
- d) för att framställa statistik, t.ex. för att informera allmänheten om vårdgivarens kvalitet och resultat
- e) för att kunna administrera ett lagligt utlämnande av uppgifter, m.m.

Ovanstående gäller endast direktåtkomst till själva personuppgifterna. Tillgång till rena statistiska uppgifter som registret genererar och som presenteras utan att de registrerades identitet röjs, är en annan sak. Sådana uppgifter kan i regel tillhandahållas öppet och exempelvis publiceras för att informera allmänheten om verksamhetens kvalitet och resultat.



Krävs etikprövning för forskning på uppgifter i nationella kvalitetsregister?



Ja. Det är tillåtet att använda uppgifter i kvalitetsregister för forskning, men det innebär i sig inget undantag från kravet på etikprövning. All forskning på känsliga personuppgifter ska etikprövas.

Forskning tillåtet som sekundärt ändamål

Det är enligt patientdatalagen tillåtet att använda personuppgifter som behandlas inom hälso- och sjukvården för forskningsändamål. När det gäller nationella eller regionala kvalitetsregister framgår av 7 kap. 5 § patientdatalagen att uppgifter som samlats in i ett kvalitetsregister för kvalitetssäkringsändamål också får användas för forskning inom hälso- och sjukvården. För att det ska vara tillåtet krävs dock ett etikgodkännande och i förekommande fall att uppgifterna kan lämnas ut utan hinder av sekretess.

Krav på etikgodkännande

Det förhållande att det är tillåtet att behandla uppgifterna för forskningsändamål innebär inte att det görs något undantag från lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och den lagens krav på etikprövning. För forskning på känsliga personuppgifter krävs alltid ett godkännande från en etikprövningsnämnd, oavsett om uppgifterna finns i en patientjournal, i ett nationellt kvalitetsregister eller i någon annan uppgiftssamling i hälso- och sjukvården.

Sekretessprövning och utlämnande av uppgifter


Att ett forskningsprojekt blivit godkänt av en etikprövningsnämnd innebär att forskningen får bedrivas under de förutsättningar som beskrivits i etikansökan och enligt vad som i övrigt framgår av etikprövningsnämndens beslut. Ett etikgodkännande har dock ingen sekretessbrytande effekt, vilket innebär att en vårdgivare som har att lämna ut uppgifter för forskning alltid måste bedöma om uppgifterna kan lämnas ut med hänsyn till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Om den aktuella forskningsverksamheten ska bedrivas av en självständig verksamhetsgren inom myndigheten, av en annan myndighet eller av en enskild eller ett enskilt organ, krävs därför att en sekretessprövning resulterar i att uppgifterna kan lämnas ut till forskningsverksamheten.

9 Frågor om informationssäkerhet

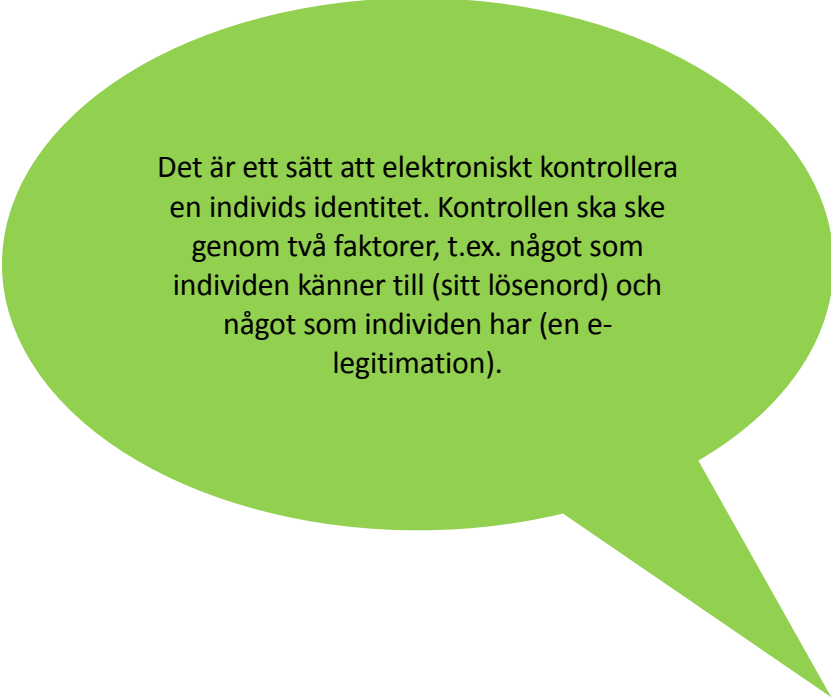
Avsnittet innehåller frågor och svar om krav på informationssäkerhet i hälso- och sjukvården och socialtjänsten

För att besvara frågorna har vi i första hand använt

- patientdatalagen (2008:355),
- personuppgiftslagen (1998:204),
- socialtjänstlagen (2001:453),
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, och
- praxis från Datainspektionen.



Vad är stark
autentisering?



Det är ett sätt att elektroniskt kontrollera en individs identitet. Kontrollen ska ske genom två faktorer, t.ex. något som individen känner till (sitt lösenord) och något som individen har (en e-legitimation).

Stark autentisering

Stark autentisering är ett begrepp som används för att beskriva ett sätt att elektroniskt kontrollera en individs identitet, exempelvis i samband med att individen tar del av uppgifter över internet.

Stark autentisering kännetecknas av att identiteten kontrolleras på minst två olika sätt. Det kan exempelvis ske genom

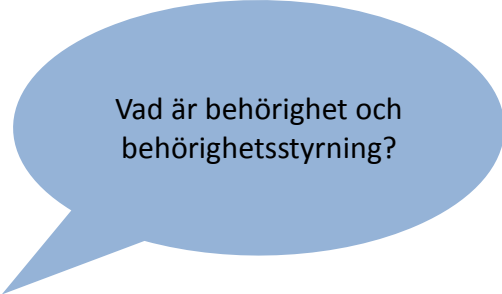
- något som användaren känner till (t.ex. sitt lösenord)
- något som användaren har (t.ex. smart kort, engångskod)
- användaren själv (t.ex. fingeravtryck, avläsning av iris).

E-legitimation som ett exempel

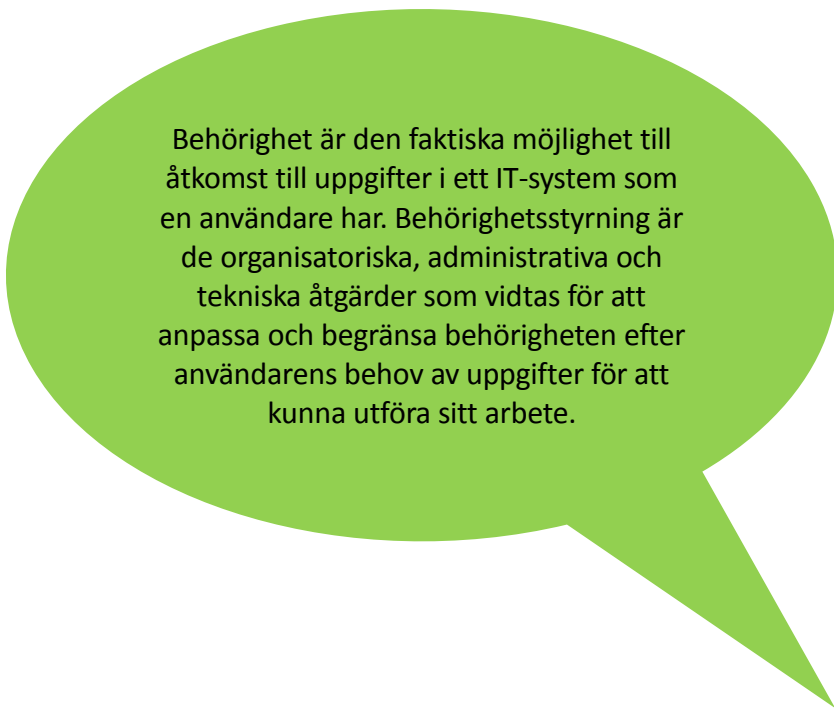
En etablerad metod för autentisering är att använda en e-legitimation. Det är i dagsläget ett certifikat som man antingen sparar på sin dator (certifikat på fil), på ett smartkort eller i en mobiltelefon. Med hjälp av certifikatet och det tillhörande lösenordet skapas förutsättningar för stark autentisering. Denna metod används exempelvis i hälso- och sjukvården, där SITHS-kort är en lösning för stark autentisering av personal.

I egenskap av privatperson finns också behov av att i olika sammanhang använda lösningar för stark autentisering, t.ex. vid kontakt med banker, Skatteverket eller Försäkringskassan. Även när enskilda kontaktar hälso- och sjukvården elektroniskt, t.ex. för att ta del av uppgifter i Mina vårdkontakter, behöver den enskildes identitet kontrolleras med en metod för stark autentisering.

Stark autentisering bidrar till att säkerställa att ingen obehörig kan ta del av känslig information.



Vad är behörighet och behörighetsstyrning?



Behörighet är den faktiska möjlighet till åtkomst till uppgifter i ett IT-system som en användare har. Behörighetsstyrning är de organisatoriska, administrativa och tekniska åtgärder som vidtas för att anpassa och begränsa behörigheten efter användarens behov av uppgifter för att kunna utföra sitt arbete.

Behörighet för åtkomst och behörighetsstyrning

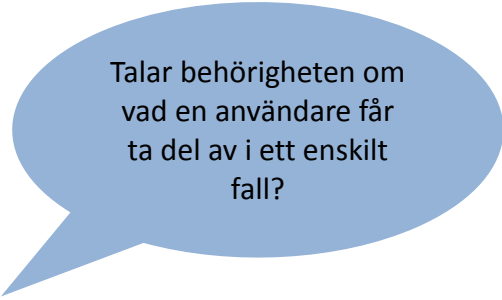
Behörighet för åtkomst är en användares faktiska möjlighet att ta del av uppgifter exempelvis i ett journalsystem i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Behörighetsstyrning är de organisatoriska, administrativa och tekniska åtgärder som vidtas för att anpassa och begränsa behörigheten efter användarens behov för att kunna utföra sitt arbete.

Krav på behörighetsstyrning

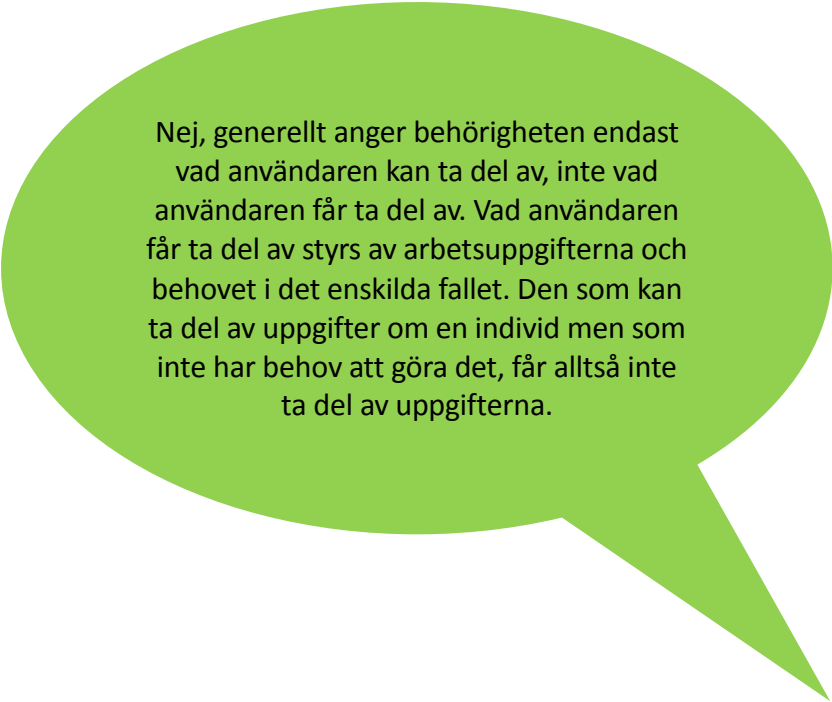
I verksamheter som hanterar en stor mängd mycket integritets-känsliga uppgifter, som t.ex. socialtjänsten och hälso- och sjukvården, ställs stora krav på en ändamålsenlig behörighetsstyrning. För hälso- och sjukvårdens del finns uttryckliga krav i patientdatalagen och i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14. Där regleras bland annat att vårdgivare ska göra en individuell behörighetstilldelning utifrån varje användares behov att kunna utföra sina arbetsuppgifter och ge en god och säker vård. För socialtjänstens del gäller motsvarande krav på behörighetsstyrning utifrån användarnas behov av uppgifter för att kunna utföra sitt arbete i socialtjänsten. Kraven finns inte uttryckligt angivna i författningsbestämmelser, utan har sin grund i personuppgiftslagens säkerhetsbestämmelser och Datainspektionens praxis på området.

Vid behörighetsstyrning är det svårt att vid varje givet tillfälle uppnå ett exakt förhållande mellan en användares behov och användarens behörighet för åtkomst, men ambitionen måste vara att komma så nära som möjligt. En del av utmaningen ligger i att det i vissa verksamheter är svårt att förutse vilka individer som en användare kommer att möta i sitt yrke. I vissa delar av hälso- och sjukvården är den osäkerheten ett naturligt inslag som måste vägas in i styrningen av behörigheterna. Det är viktigt att behörigheten är anpassad till de tänkbara behov som finns, så att inte kvaliteten och säkerheten i vården av patienterna riskeras. Dessa svårigheter utgör dock inget skäl för att låta bli att göra de begränsningar av behörigheterna som är motiverade. Sådana uppgifter som en användare inte alls har något behov av ska inte heller ska vara tekniskt åtkomliga för användaren, d.v.s. inte ligga inom användarens behörighet. Vid en väl fungerande behörighetsstyrning ska behörigheten inte heller endast vara begränsad till vissa individer i systemet utan också till

vilka uppgifter om vilka individer. Vid behörighetsstyrning måste hänsyn därför tas till medarbetarnas arbetsuppgifter och verksamhetens karaktär. Det finns exempelvis i regel behov av en vidare behörighet för en läkare verksam i akutsjukvård än en barnmorska på en kvinnoklinik. Ett annat exempel är att administrativ personal i en verksamhet kanske inte behöver en behörighet som omfattar samtliga uppgifter om individer som hanteras i andra verksamheter.



Talar behörigheten om vad en användare får ta del av i ett enskilt fall?



Nej, generellt anger behörigheten endast vad användaren kan ta del av, inte vad användaren får ta del av. Vad användaren får ta del av styrs av arbetsuppgifterna och behovet i det enskilda fallet. Den som kan ta del av uppgifter om en individ men som inte har behov att göra det, får alltså inte ta del av uppgifterna.

Skillnad mellan vad användaren kan göra och vad användaren får göra

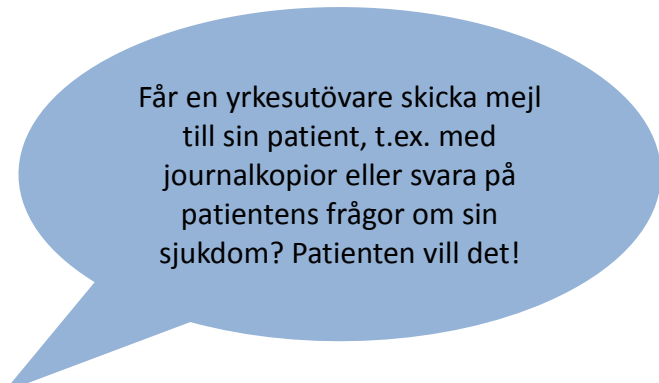
Det är inte endast användarens behörighet för åtkomst till uppgifter som avgör vad som är tillåtet och inte tillåtet i enskilda fall. Behörigheten anger generellt endast vad användaren kan göra, d.v.s. vilka tekniska möjligheter användaren har att ta del av uppgifter. För att en användare ska få ta del av uppgifter krävs dessutom att han eller hon har behov av de aktuella uppgifterna för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Naturligtvis krävs även att uppgifterna ska användas för ett syfte som är lagligt. Den som kan ta del av uppgifter om en individ men som inte har behov av att göra det, får oavsett behörigheten inte ta del av uppgifterna.

Ju vidare användarens behörighet är, desto större kan utrymmet sägas bli mellan vad användaren kan göra och vad denne får göra. En sådan situation ställer även stora krav på olika former av integritetsskyddande åtgärder som verkar både preventivt och reaktivt. Det handlar exempelvis om kontinuerlig information till användarna om vilka förväntningar ledningen har på hur uppgifterna ska användas i verksamheten, om vad som är tillåtet och inte, systematiska och fortlöpande kontroller av användarnas åtkomst till uppgifter, information till användarna om de åtkomstkontroller som genomförs m.m. Andra åtgärder kan vara att bygga in integritetsskyddande funktioner i IT-systemen som dels gör det lätt för användarna att göra rätt, dels vid behov uppmärksammar användarna på behovet av motiverade ställningstaganden för att ta del av information. En annan sak som kan motverka otillåten åtkomst är att lämna ut information om den åtkomst som förekommit till individerna själva, exempelvis patienter i sjukvården och individer i socialtjänsten.

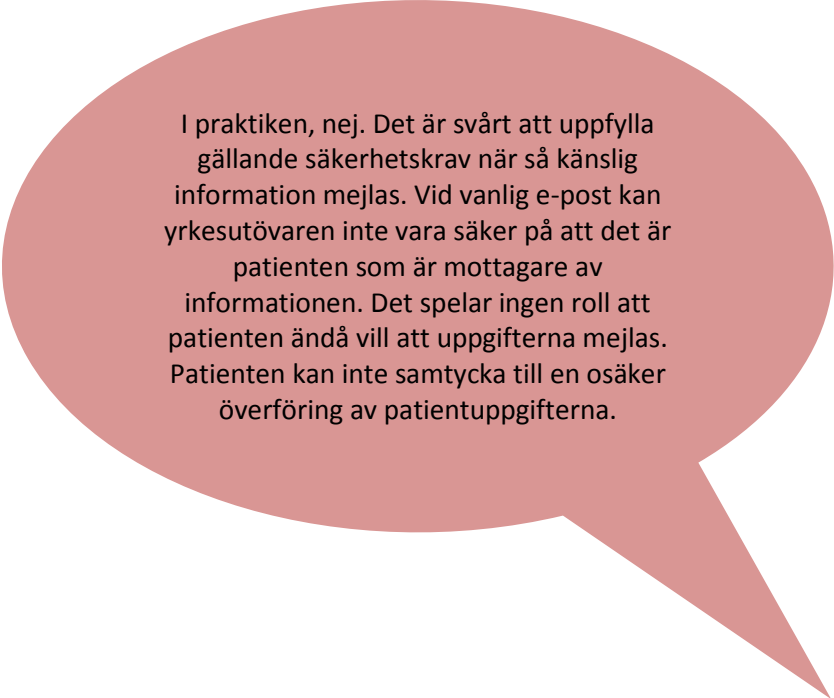
Frågor som rör informationshantering bör ha en naturlig plats i ledningens strategier för kunskapsstyrning. Riktlinjer för hantering av uppgifter behöver utformas tillsammans med dem som arbetar i verksamheterna. Övergripande riktlinjer på ledningsnivå kan behöva konkretiseras i respektive verksamhet.

För hälso- och sjukvårdens del uttrycks den tillåtna åtkomsten till stor del i bestämmelsen om inre sekretess (4 kap. 1 § patientdatalagen) som reglerar att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete i hälso- och sjukvården. I socialtjänsten gäller mot-

svarande princip, även om den inte är uttryckt i lag på samma sätt, d.v.s. att endast den som behöver uppgifterna för sitt arbete i socialtjänsten får ta del av dem.



Får en yrkesutövare skicka mejl till sin patient, t.ex. med journalkopior eller svara på patientens frågor om sin sjukdom? Patienten vill det!



I praktiken, nej. Det är svårt att uppfylla gällande säkerhetskrav när så känslig information mejlas. Vid vanlig e-post kan yrkesutövaren inte vara säker på att det är patienten som är mottagare av informationen. Det spelar ingen roll att patienten ändå vill att uppgifterna mejlas. Patienten kan inte samtycka till en osäker överföring av patientuppgifterna.

Mejla till sin patient

När känsliga uppgifter, t.ex. om en persons hälsa, kommuniceras över internet eller annat öppet nät är det viktigt att skydda uppgifterna så att obehöriga inte kan komma åt dem. Det ställs krav både på att uppgifterna skyddas vid överföringen och att endast den avsedda mottagaren kan ta del av uppgifterna.

Ingen obehörig ska kunna ta del av uppgifterna

För hälso- och sjukvårdens del regleras kraven i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring. Av föreskrifterna följer bl.a. att vårdgivare som använder öppna nät (t.ex. internet) för att hantera patientuppgifter ansvarar för att det finns rutiner som säkerställer att överföring av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna.

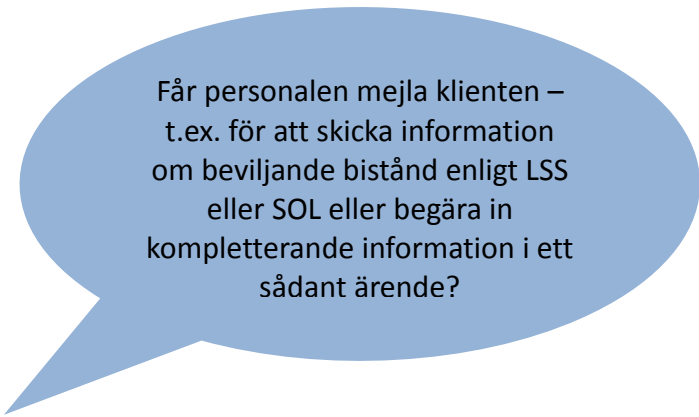
Dessa krav är svåra att uppfylla vid e-postkommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. När ett e-postmeddelande skickas mellan olika e-postservrar över ett öppet nät passerar det andra servrar på vägen. Om informationen i e-postmeddelandet är okrypterad eller på annat sätt oskyddad finns det inget som hindrar att kopior av informationen sparas undan vid var och en av dessa servrar. Det finns heller inga möjligheter att utan särskilda åtgärder säkerställa att adressaten verkligen är den tänkta mottagaren.

Slutsatsen är att hälso- och sjukvården endast får skicka e-post med känsliga uppgifter till patienter om det görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna. I praktiken är e-post därför inte lämpligt för kommunikation mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Vissa möjligheter till undantag finns för påminnelser och kallelser som skickas till patienter (2 kap. 5 § SOSFS 2008:14).

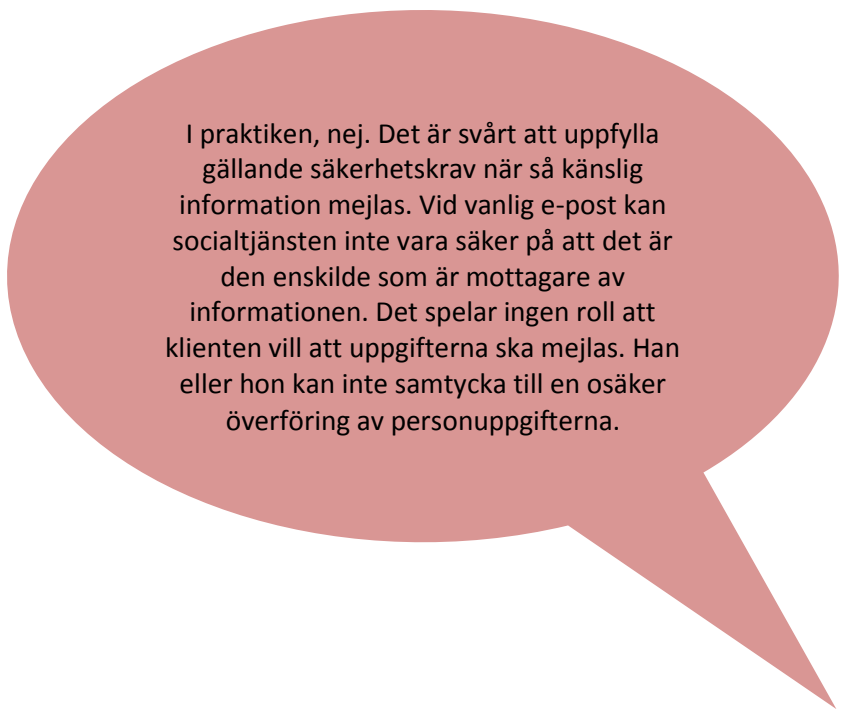
Även om patienten vill att känsliga uppgifter skickas via e-post utan att säkerhetskraven är uppfyllda, får hälso- och sjukvården inte göra det. Säkerhetskraven är skyddsregler som individen själv inte kan samtycka bort.

Andra alternativ

I stället för e-post har hälso- och sjukvården bland annat utvecklat funktioner för kommunikation genom Mina vårdkontakter. Där kan en patient, efter att ha loggat in med stark autentisering, ta del av uppgifter och kommunicera med hälso- och sjukvården. Motsvarande lösningar finns exempelvis även vid kontakter med Försäkringskassa eller kommunala myndigheter.



Får personalen mejla klienten – t.ex. för att skicka information om beviljande bistånd enligt LSS eller SOL eller begära in kompletterande information i ett sådant ärende?



I praktiken, nej. Det är svårt att uppfylla gällande säkerhetskrav när så känslig information mejlas. Vid vanlig e-post kan socialtjänsten inte vara säker på att det är den enskilde som är mottagare av informationen. Det spelar ingen roll att klienten vill att uppgifterna ska mejlas. Han eller hon kan inte samtycka till en osäker överföring av personuppgifterna.

Mejla till den enskilde

De uppgifter som hanteras inom ramen för socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade är integritetskänsliga och rör ofta enskildas hälsa, vilka är att betrakta som känsliga personuppgifter i personuppgiftslagens mening. Uppgifterna omfattas även av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. När så känsliga uppgifter kommuniceras över internet eller annat öppet nät är det nödvändigt att skydda uppgifterna så att obehöriga inte kan komma åt dem. Det ställs krav både på att uppgifterna skyddas vid överföringen och att endast den avsedda mottagaren kan ta del av uppgifterna.

Säkerhetskrav

Genom Datainspektionens praxis har det slagits fast att känsliga personuppgifter och personuppgifter som av andra skäl är särskilt integritetskänsliga endast får lämnas ut via öppna nät till användare vars identitet är säkerställd med stark autentisering, t.ex. e-legitimation eller motsvarande. Uppgifterna ska också krypteras vid överföringen.

Svårigheter att uppfylla kraven vid e-post

Dessa krav är svåra att uppfylla vid e-postkommunikation mellan socialtjänsten och enskilda individer. När ett e-postmeddelande skickas mellan olika e-postservrar över ett öppet nät passerar det andra servrar på vägen. Om informationen i e-postmeddelandet är okrypterad eller på annat sätt oskyddad finns det inget som hindrar att kopior av informationen sparas undan vid var och en av dessa servrar. Det finns heller inga möjligheter att utan särskilda åtgärder säkerställa att adressaten verkligen är den tänkta mottagaren.

Slutsatsen är att socialtjänsten endast får skicka e-post med känsliga uppgifter till enskilda om det görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna. I praktiken är e-post därför inte lämpligt för kommunikation mellan socialtjänsten och den enskilde. Även om den enskilde vill att känsliga uppgifter skickas via e-post utan att säkerhetskraven är uppfyllda, får socialtjänsten inte göra det. Säkerhetskraven är skyddsregler som individen själv inte kan samtycka bort.

10 Systematiskt kvalitetsarbete – att följa upp och förbättra resultatet för patienterna

Promemorians syfte och avgränsning

Frågan om det är tillåtet för hälso- och sjukvårdspersonal att del av uppgifter för att följa upp utfallet för en patient man vårdat har debatterats under de senaste åren. Röster har höjts för att lagstiftningen borde ändras och det har spridits en osäkerhet och otrygghet hos personalen om vad som egentligen gäller. Vår uppfattning är att osäkerheten till stor del bottnar i en okunskap om lagstiftningens möjligheter och i en avsaknad av aktiv rättstillämpning från vårdgivarnas sida. Syftet med denna promemoria är därför att belysa de legala förutsättningarna för att ta del av och använda patientuppgifter som ett led i vårdgivares arbete med att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Promemorian tar endast sikte på vad som gäller för att ta del av patientuppgifter *inom* en och samma vårdgivares verksamhet. För utbyte av information över vårdgivargränser i syfte att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten gäller andra förutsättningar än vad som anges i denna promemoria. I promemorian berörs inte heller frågor om nationella eller regionala kvalitetsregister. Med en vårdgivares verksamhet avses exempelvis den hälso- och sjukvårdsverksamhet som ett landsting eller en kommun själv bedriver i egen regi eller som en privat vårdgivare bedriver.

Vårdgivarens ansvar för kvaliteten

Vårdgivaren ska enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i upprätthålls. Det innebär att vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att en god och säker vård bedrivs i verksamheten. Vårdgivarens ansvar för kvaliteten innefattar bl.a. ett ansvar för hur personuppgifter ska hanteras och ett ansvar för personalens kompetens.

Vårdgivaren är skyldig att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur detta kvalitetsarbete ska bedrivas. Tanken är att vårdgivaren med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska uppnå kvalitet i verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Vårdgivare fullgör således sitt ansvar för att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten genom en antal olika aktiviteter, som alla tillsammans bidrar till en övergripande systematik och en struktur för ledning av kvalitetsarbetet. Att ta del av patientuppgifter för att säkra och följa upp vårdens resultat är endast en av många saker som görs inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för kvaliteten

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen har den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ett personligt yrkesansvar och ska bland annat bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Det innebär ett ständigt lärande att arbeta inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kontinuerligt få återkoppling på sina egna och andras bedömningar och insatser för att bli bättre yrkesutövare och på så sätt öka säkerheten och kvaliteten i vården. För att utveckla sin kliniska förmåga kan det vara

nödvändigt att följa upp hur det gick för patienten. Utan att veta vad man gör och vilket resultat det medför för patienterna är det inte möjligt att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. En sådan uppföljning är också ett sätt att visa omtanke och respekt för patienten.

Ett sätt att arbeta med kvalitet är att följa upp de bedömningar och insatser som görs, för att på sådant sätt få underlag för att initiera förbättringsarbeten m.m. Att personal som deltagit i vården av en patient följer upp sina egna bedömningar och insatser är därför många gånger en naturlig utgångspunkt för ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Ur ett medborgarperspektiv har patienter och närstående även rätt att förutsätta att läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, barnmorskor och tandläkare med flera vet vilka resultat de är med och skapar för sina patienter.

Lagstiftningen ger möjligheter till kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

Av patientdatalagen följer bland annat att uppgifter om patienter får användas för att ”systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten” (2 kap. 4 § punkten 4 PDL). Detta syfte knyter an till vårdgivarens grundläggande skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att vara aktiv inom detta område.

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av uppgifter om en patient antingen om man deltar i vården av patienten eller om man av ”annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete” (4 kap. 1 § PDL). Ett exempel på ett sådant annat skäl är just att personal kan behöva ta del av uppgifter för sitt arbete med att kvalitetssäkra sina insatser och bedömningar m.m.

Detta innebär att det på en generell nivå är tillåtet för personal att ta del av patientuppgifter för att följa upp, säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. I lagen anges dock inte närmare hur detta ska gå till. Patientdatalagen är i detta avseende, precis som annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område, en ramlag. Tanken bakom valet av denna lagstiftningsteknik är att det är svårt för lagstiftaren att detaljreglera en sådan komplex verksamhet som hälso- och sjukvården. Därför måste lagarna fyllas ut av föreskrifter och vägledning på myndighetsnivå. Men även sådana riktlinjer är ofta inte tillräckligt verksamhetsnära för att ge bra vägledning. Lagstiftningen måste också få ett konkret innehåll genom en aktiv

tillämpning av de som ska använda lagstiftningen, det vill säga vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Ett exempel på ett sådant område är just kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.

Här finns ett behov av en aktiv tillämpning som resulterar i verksamhetsnära riktlinjer för hur respektive vårdgivare vill arbeta med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Behov av riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet

Patientdatalagen gör det möjligt för vårdgivare att använda patientuppgifter för att följa upp, säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Det är dock inte i detalj reglerat hur det ska göras, vilken personal som ska göra det eller vilka uppgifter som behöver användas. Här förlitar sig lagstiftaren på kompetensen som finns hos hälso- och sjukvårdens aktörer. Det är där kunskapen finns om hur man på bästa sätt mäter, följer och utvecklar kvaliteten i verksamhetens olika delar. I vårdgivarens ansvar för att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten ligger alltså även ett ansvar för att närmare avgöra hur det ska gå till, samt vilka uppgifter om vilka patienter som behöver användas och hur kunskap ska återföras till verksamheten.

Att använda patientuppgifter inom ramen för vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete kan ske på en många olika sätt. Det kan handla såväl om att de enskilda yrkesutövarna kontinuerligt följer upp resultaten av sina bedömningar och åtgärder som att vårdgivaren initierar särskilt inriktade kvalitetsarbeten med fokus på avgränsade delar av verksamheten t.ex. en viss process eller en viss intervention.

I den allmänna debatten hörs ibland att enskilda yrkesutövares uppföljning av enstaka patienter inte skulle vara ett sådant systematiskt kvalitetsarbete som lagstiftaren angett i hälso- och sjukvårdslagen och patientdatalagen. Utredningens uppfattning är dock att sådana åtgärder mycket väl kan utgöra en del av vårdgivarens arbete med att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Sådan kvalitetssäkring som sker när den som deltagit i vården av patienten följer upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder blir tillsammans med övriga yrkesutövares motsvarande uppföljningar av patienter ett omfattande och ständigt pågående kvalitetsarbete.

Genom att formulera närmare riktlinjer för hur kvalitetsarbetet ska gå till uppnås även en tydlig systematik. Systematiken handlar i detta fall bland annat om att avgöra vad som ska följas upp, när det ska göras, hur det ska göras, vem som ska göra det, vilka uppgifter som är relevanta för uppföljningen samt hur erfarenheterna ska återföras. Om exempelvis en vårdgivares akutläkare har som rutin att efter en bedömning av blindtarm följa upp detta när patienten flyttats för vidare vård och behandling på avdelning uppnås en systematik. Om respektive akutläkare även noterar de variationer som tydliggörs vid uppföljningen och vårdgivaren sedan tillhandahåller möjligheter för gemensam återföring till verksamheten uppnås en ännu tydligare struktur för ett ständigt förbättringsarbete för ökad kvalitet.

Lagstiftaren hindrar inte den anestesiläkare som vill ta del av information om patienten för att ta reda på om bedömningen läkaren gjorde kring en narkos föll väl ut eller om resultatet för patienten blev sämre än förväntat. Det finns inte heller rättsliga hinder för ortopederna som opererade ett barns benbrott att – oavsett om det är en annan läkare som träffar barnet vid det kommande återbesöket – ta del av röntgenbilderna med mera från återbesöket för att kvalitetssäkra sin insats vid operationen. Tvärtom kräver lagstiftaren att det bedrivs ett kvalitetsarbete av detta slag i verksamheten, d.v.s. ett arbete som på något sätt tydliggör vilka resultat som skapas för patienterna.

Det är därmed inte regelverket som hindrar akutläkare, kirurger, ortopederna, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tandläkare med flera från att följa upp sina bedömningar och åtgärder. Det som hindrar och skapar osäkerhet är att det saknas tydliga riktlinjer från vårdgivaren som beskriver att detta kan vara en del av vårdgivarens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Utan sådana riktlinjer riskerar enskilda yrkesutövarers ansträngningar att följa upp hur det går för patienterna även att bedömas som otillåtna.

Riktlinjerna bör vara verksamhetsnära

Rutiner och riktlinjer för kvalitetsarbetet behöver utformas nära och tillsammans med professionsföreträdare för respektive verksamhet. Det går säkert att ha en övergripande riktlinje på vårdgivar-nivå som generellt beskriver hur man arbetar med kvalitetssäkring,

men sannolikt behöver den sedan konkretiseras i respektive verksamhet. Åtminstone om vi ser framför oss en effektiv uppföljning med förutsättningar för jämförelser och bredare slutsatser.

Systematiken, det vill säga när uppföljning ska ske och vilka uppgifter som behövs, kan skilja sig åt beroende på verksamhetens karaktär, till exempel akutsjukvård, anestesi- och intensivvård jämfört med psykiatri, reumatologi och så vidare. Den kan också skilja sig åt beroende på enskilda yrkesutövares kompetens och erfarenhet. På samma sätt kan formerna för återföring av erfarenheter och kunskap variera. Den gemensamma faktorn är dock alltid behovet av att följa upp och säkra kvaliteten.

Riktlinjerna ska inte beskriva vad personalen får göra, utan vad vårdgivaren förväntar sig att personalen ska göra. Det bör med andra ord inte vara upp till enskilda medarbetare att själv avgöra om hon eller han ska arbeta med kvalitetssäkring. Det berättigade intresset från patienter, närstående, kollegor och ledning är att kvaliteten i verksamheten ständigt följs upp och utvecklas.

Juristens roll som stöd i riktlinjearbetet

Frågor om vad som är angeläget att följa upp, när det bör göras och vilka patientuppgifter som behöver hanteras för att i olika verksamheter säkra och följa upp resultatet för patienterna, är inte i första hand frågor som ska avgöras av jurister. Det är i stället ett uppdrag för de som har kompetens i frågor om hur kvaliteten i verksamheten säkras och hur resultatet för patienterna förbättras, det vill säga vårdprofessionerna och personer med särskild kunskap i frågor om kvalitetsutveckling och förbättringsarbete.

En jurist bör däremot vara delaktig i processen och vara ett konkret stöd i arbetet med att finna lösningar för hur kvalitetsarbetet rent praktiskt får gå till. I sin roll bör juristen även granska riktlinjerna så att de bland annat ger uttryck för

1. en systematik för hur kvalitetsarbetet ska gå till,
2. hur kunskap ska föras tillbaka till verksamheten,
3. vilken typ av uppgifter som ska hanteras, samt
4. vilka personalkategorier som omfattas.

IT-systemen bör utvecklas

För att arbetet med att följa upp, säkra och utveckla verksamhetens kvalitet ska bli så effektiv och ändamålsenlig som möjligt, samtidigt som patienternas behov av integritetsskydd tillgodoses, behöver sannolikt även IT-systemen i hälso- och sjukvården utvecklas. Det bör exempelvis i större utsträckning än i dag vara möjligt för personal att ta del av de uppgifter om patienterna som behövs för kvalitetssäkringen utan att samtidigt bli exponerad för information som inte är relevant i sammanhanget.

Genom att ta fram verksamhetsnära riktlinjer som så långt som möjligt ger vägledning kring vad som ska följas upp och hur det ska gå till borde förutsättningarna att utveckla ändamålsenliga funktioner i IT-systemen bli bättre.

Dra lärdom av nationella kvalitetsregister

Mycket av den systematik som saknas i kvalitetsarbetet på den verksamhetsnära nivån finns redan på en nationell och regional nivå genom de nationella kvalitetsregistren.

I de registren har hälso- och sjukvården tagit ställning till vad som ska mätas, vilka uppgifter som behövs för att göra det, hur det ska göras, vilka mätpunkter och uppföljningsintervall som ska gälla, vilka patientrapporterade utfallsmått som ska användas och vilken personal som ska ha tillgång till uppgifterna etc.

Till skillnad från verksamhetens journalsystem, som kan innehålla information som inte har relevans för personalens behov vid kvalitetssäkringen, har även systemstöd för respektive register byggts upp. Det gör det möjligt för personalen att endast ta del av det som behövs i det enskilda fallet. Förutom att det möjliggör en mer effektiv och kvalitetssäkrad uppföljning är det självklart även positivt för patienterna ur ett integritetsperspektiv.

Frågan om kvalitetssäkring över vårdgivargränser utreds

Som nämns i promemorians inledning gäller andra förutsättningar för kvalitetssäkring över vårdgivargränser. Det är exempelvis inte tillåtet att genom direktåtkomst till en annan vårdgivares journalsystem eller motsvarande ta del av patientuppgifter för att säkra och utveckla kvaliteten i den egna verksamheten. Inte heller är det

tillåtet för vårdgivare att ha direktåtkomst till uppgifter som en annan vårdgivare registrerat i nationella kvalitetsregister, även om patienten varit föremål för vård hos båda vårdgivarna.

Detta innebär bland annat att vårdens organisation exempelvis i frågor om antal vårdgivare, nivå av specialisering och mått av patientrörlighet, har stor betydelse för möjligheterna att använda patientuppgifter för att kvalitetssäkra vården och patienternas processer. Dagens regelverk medför att landsting eller kommuner som har få privata vårdgivare i sitt offentligfinansierade system ges bättre förutsättningar att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten än vad landsting och kommuner med en större mångfald av aktörer ges.

Dessa och andra frågor relaterade till informationshantering i hälso- och sjukvården utreds för närvarande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg. Utredningens huvuduppdrag är att öka förutsättningarna för en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens huvudbetänkande ska överlämnas den 30 april 2014.

11 Att ta del av patientuppgifter i system för sammanhållen journalföring

Promemorians syfte och avgränsning

Syftet med promemorian är att belysa förutsättningarna för vårdgivare att ta del av patientuppgifter som andra vårdgivare har gjort tillgängliga i system för sammanhållen journalföring. Det handlar om sådant informationsutbyte *mellan vårdgivare* som görs med direktåtkomst enligt regelverket i 6 kap. patientdatalagen (2008:355).

Inom den offentliga hälso- och sjukvården som kommuner och landsting själva driver är det den juridiska personen landstinget eller kommunen som är vårdgivare enligt patientdatalagen. Privata företag som bedriver hälso- och sjukvård med privat eller offentlig finansiering är däremot självständiga vårdgivare. Även sådana bolag, föreningar och stiftelser där kommuner och landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande (äger mer än 50 %) är egna juridiska personer och utgör därför självständiga vårdgivare.

Promemorian tar enbart sikte på att redogöra för de förutsättningar som gäller för att en vårdgivare i en konkret situation ska få ta del av uppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring (skede 2). Villkoren för att i ett första skede få göra uppgifter tillgängliga i systemet berörs endast översiktligt (skede 1).

Vad är sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär att olika vårdgivare, privata som offentliga, kommun- som landstingsfinansierade och helt privata, kan dela med sig av sin vårddokumentation till varandra genom direktåtkomst.

Lagstiftaren har delat in sammanhållen journalföring i två olika skeden. Det första handlar om att vårdgivare lämnar ut uppgifter så att de blir potentiellt tillgängliga för andra vårdgivare i systemet för sammanhållen journalföring (skede 1). Det andra skedet handlar om att vårdgivare, i konkreta situationer när patienten är i behov av vård, tar del av de aktuella uppgifterna (skede 2).

I stället för att som tidigare, på ett mer tidskrävande och ibland osäkert sätt, begära att journalkopior lämnas ut från en vårdgivare till en annan, kan vårdgivarna hålla vårddokumentation ständigt åtkomlig för varandra så att den som är behörig och som behöver informationen i samband med vård kan ta del av den. Informationsutbytet görs genom så kallad direktåtkomst, där den som har behov av informationen själv kan ta del av den utan att först göra en formell begäran hos den som dokumenterat uppgifterna. Det kan exempelvis handla om att behörig personal på ett landstingsdrivet sjukhus själv kan ta del av patientuppgifter som dokumenterats på en privat driven vårdcentral, utan att först kontakta den vårdgivare som driver vårdcentralen och be att få journalkopior.

Innan vårddokumentation görs tillgänglig (skede 1) för andra vårdgivare i system för sammanhållen journalföring ska patienten enligt 6 kap. 2 § patientdatalagen få information om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om rätten att motsätta sig att uppgifterna blir åtkomliga på det sättet. Om patienten motsätter sig får uppgifterna inte göras tillgängliga i systemet för sammanhållen journalföring.

Det är endast vårddokumentation som får delas mellan vårdgivare i sammanhållen journalföring. Med vårddokumentation avses dels de uppgifter som behövs för att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. patientdatalagen och annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter (journalföringen), dels den administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

I ett system för sammanhållen journalföring behöver vårdgivare inte dela all vårddokumentation om alla patienter, utan det är upp

till de samverkande vårdgivarna att avgöra vilka uppgiftsmängder systemet ska innehålla.

Vilka villkor gäller för att få ta del av uppgifter genom sammanhållen journalföring?

För att en vårdgivare ska få använda uppgifter som en annan vårdgivare gjort åtkomlig i systemet för sammanhållen journalföring måste uppgifterna röra en patient som vårdgivaren har en *aktuell patientrelation* med. Uppgifterna ska även *antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador* hos patienten eller för att utfärda intyg om vården. Vidare måste även patienten samtycka till att uppgifterna används hos vårdgivaren. Dessa förutsättningar regleras i dag av 6 kap. 3 § patientdatalagen och berörs närmare nedan.

Samtliga bestämmelser om tillåtna ändamål och tillåten behandling vänder sig till vårdgivaren.

1. Det ska röra en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med

Det är vårdgivaren som ska ha en aktuell relation med patienten för att få ta del av hans eller hennes uppgifter. Bestämmelsen handlar alltså inte om vilka yrkesutövare hos vårdgivaren som får ta del av uppgifter utan anger endast under vilka förutsättningar vårdgivaren som sådan får använda direktåtkomsten till systemet för sammanhållen journalföring. Vårdgivaren får alltså bara ta del av uppgifter från andra vårdgivare om det handlar om patienter som också vårdas eller behandlas inom den egna verksamheten.

En patientrelation kan uppstå på en mängd olika sätt, exempelvis genom att patienten kommer på ett planerat besök eller kommer till en vårdinrättning och söker vård. Patientrelationen kan även uppstå t.ex. när patienten remitteras till vårdgivaren, bokar ett besök, vårdas ineliggande på en avdelning, beviljas hemsjukvård, flyttar in på särskilt boende eller genom att patienten kommunicerar med vårdgivaren elektroniskt m.m. Patientrelationen behöver inte uppstå genom ett fysiskt möte med personal hos en vårdgivare. Exempelvis måste den vårdgivare som tar emot en elektronisk remiss från en annan vårdgivare anses ha en aktuell patientrelation

med den patient som omfattas av remissen. Endast det faktum att en person listat sig på en vårdcentral innebär emellertid inte att det ständigt finns en aktuell patientrelation för vårdgivaren. Beträffande patienter som ofta och på regelbundet återkommande och planerade besök träffar t.ex. sin vårdcentralsläkare kan dock patientrelationen anses ha en pågående aktualitet.

Kravet riktar sig alltså inte till de enskilda yrkesutövarna. Det förhållande att en vårdgivare har en aktuell patientrelation med en patient har ingenting att göra med vilken personal som har rätt att ta del av uppgifter om patienten. Den senare frågan styrs, precis som vid åtkomst av uppgifter i den egna verksamheten, framför allt av personalens behov i förhållande till deras arbetsuppgifter och deltagande i vården och behandlingen av patienten.

Precis på samma sätt som en patientrelation kan uppstå på många olika sätt kan relationen även avslutas flera sätt. Om en person som vårdats inlagd på sjukhus skrivs ut utan att det finns behov av några återbesök, efterkontroller eller liknande bör patientrelationen inte längre betraktas som aktuell. På motsvarande sätt upphör den aktuella patientrelationen när en person inte längre är i behov av hemsjukvård eller andra sjukvårdsinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Tekniska funktioner för att bekräfta den aktuella patientrelationen

Det kan i viss utsträckning vara möjligt att bygga in integritets- skyddande och behörighetsbegränsande funktioner i IT-systemen som gör att vårdgivarens relation med patienten kan kontrolleras automatiskt. Ett sätt att göra det kan vara att ta fram tekniska funktioner som gör att en vårdgivare inte når uppgifter om en patient i ett system för sammanhållen journalföring om inte patienten redan är registrerad hos vårdgivaren, d.v.s. har en patientjournal upprättad i vårdgivarens verksamhet. Vid en slagning mot systemet för sammanhållen journalföring kan därmed en kontroll göras mot vårdgivarens eget vårddokumentationssystem för att verifiera att patienten är aktuell i verksamheten. En sådan funktion kan exempelvis bidra till att en kommunal vårdgivare inte har teknisk möjlighet att ta del av uppgifter om andra patienter än de som är föremål för kommunens hälso- och sjukvård, t.ex. i särskilda boende eller i hemsjukvården. Genom sådana tekniska funktioner minskas risken för obehörig åtkomst samtidigt som systemet gör det lättare för

yrkesutövarna att göra rätt. Inom ramen för utvecklingen av den Nationella Patientöversikten, NPÖ, har exempelvis en liknande funktion kallad "tillgänglig patient", TGP, framtagits. Såvitt utredningen förstår syftar den tekniska funktionen, TGP, till att begränsa urvalet av patienter som vårdpersonalen över huvud taget kan ta del av i NPÖ till att motsvara de patienter som redan finns registrerade i verksamheten.

2. Uppgifterna ska antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten

Förutom att vårdgivaren ska ha en aktuell patientrelation med patienten ska uppgifterna även kunna antas ha betydelse för vården av patienten eller för att utfärda intyg.

Bestämmelsen bör ses som ett uttryck för att direktåtkomsten till andra vårdgivares uppgifter inte får användas för andra syften än vård och behandling eller intygsutfärdande, d.v.s. som en grundläggande bestämmelse om tillåtna ändamål för personuppgiftsbehandlingen. Det innebär att det bara är tillåtet för vårdgivaren att använda uppgifterna för de uppräknade ändamålen. Det är den som behöver uppgifterna i sitt möte med patienten som bedömer om uppgifterna behövs för att ge vård i det enskilda fallet eller om de behövs för att utfärda ett intyg om vården, d.v.s. tar ställning till om ändamålen är uppfyllda.

Om man läser bestämmelsen i 6 kap. 3 § patientdatalagen ordagrant är det vårdgivaren som ska bedöma om uppgifterna behövs i vården av patienten. I praktiken är det sällan möjligt för en vårdgivare som sådan att ta ställning till om uppgifterna *kan antas* ha betydelse för vård i det enskilda fallet. Lagstiftaren har sannolikt avsett att det är hälso- och sjukvårdspersonalen eller andra som arbetar åt en vårdgivare som ska göra denna bedömning. Det är den som ska utföra vården som kan bedöma om uppgifterna behövs.

3. Patienten ska samtycka till att uppgifterna används hos vårdgivaren

För att vårdgivaren ska få ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring måste det som ett tredje villkor också finnas ett samtycke från patienten. Genom samtycket ger patienten

sitt godkännande till vårdgivaren att ta del av den relevanta informationen genom direktåtkomst.

Det ska vara fråga om ett aktivt samtycke från patienten sida. För att vara giltigt ska det även vara frivilligt, särskilt och otvetydigt. Kravet på att det ska vara frivilligt ger uttryck för att patienten ska ha ett fritt val. Att samtycket ska vara särskilt innebär att det inte får vara för generellt eller oprecist. Patienten ska kunna förstå vad samtycket handlar om och omfattar. Kravet på att samtycket ska vara otvetydigt innebär att det inte får råda någon tvekan om att patienten verkligen godtar informationsinhämtningen.

Ett sådant samtycke kan lämnas på många olika sätt och vid flera olika typer av situationer. Samtycket kan exempelvis lämnas inför en kontakt med en vårdgivare, d.v.s. på förhand, eller i den stund patienten har fysisk eller elektronisk kontakt med vårdgivaren och dess personal. I samband med att en patient remitteras till en annan vårdgivare kan det till exempel vara smidigt att inhämta patientens samtycke till att remissmottagaren får ta del av vårdgivarens uppgifter om patienten redan då remissen skrivs. Samtycket följer då med remissen och den som tar emot remissen kan förbereda sig för att ta emot patienten genom att ta del av de uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring som behövs.

Hur länge ett samtycke gäller är beroende av den aktuella situationen. Bedömningen av hur lång tid samtycket ska gälla blir olika beroende på om det gäller ett enstaka besök på en mottagning eller en längre vårdprocess under ett visst sjukdomsförlopp. Om det går att förklara för patienten hur vårdperioden och den planerade vården ser ut och vad samtycket omfattar kan det vara rimligt att hämta in ett samtycke för t.ex. en episod av hemsjukvård eller en vistelse på ett särskilt boende. För den enskilde patienten ska det vara tydligt vad samtycket omfattar och hur länge det gäller. Det är då också viktigt att patienten vet att hon eller han kan dra tillbaka samtycket.

Även när det gäller kravet på samtycke är det viktigt att understryka att ett samtycke till åtkomst av uppgifter i system för sammanhållen journalföring primärt ska rikta sig till vårdgivaren som sådan – inte till enskilda yrkesutövare. Det är vårdgivarens arbetsledning och organisatoriska förutsättningar samt patientens hälsoproblem som i det enskilda fallet avgör vilken hälso- och sjukvårdspersonal som har ett behov av att ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring.

Den eller de yrkesutövare som i dessa situationer är inblandade i patientens vård och behandling behöver därmed i första hand kontrollera om patienten har lämnat ett samtycke. Om det inte finns blir det hans eller hennes uppgift att be patienten om ett samtycke för vårdgivaren att ta del av journaluppgifter hos en annan vårdgivare.

Behov av IT-stöd för samtyckeshantering

Praktiskt innebär detta bl.a. att vårdgivare behöver ta fram riktlinjer för verksamhetens samtyckeshantering. Riktlinjerna bör bland annat ge personalen stöd i hur de ska agera i frågor som rör inhämtande av samtycke, registrering av samtycke, kontroll av samtycke, samtyckets omfattning m.m.

Vidare kan hälso- och sjukvårdspersonal behöva en informationskälla för patienternas samtycken. Det kan utgöras av ett IT-stöd där personal får reda på om samtycke finns, hur länge det sträcker sig m.m. Genom IT-stödet bör det även vara möjligt för personal att vid behov inhämta och registrera samtycke för vårdgivarens räkning. Förutom att det gynnar integritetsskyddet och minskar administrationen behöver inte patienten få frågan om samtycke fler gånger än vad som är motiverat.

Även när samtycke inhämtas i förväg, exempelvis när en remittent inhämtar samtycke å remissmottagande vårdgivares räkning, finns behov av att i ett IT-stöd tydliggöra om samtycke finns eller inte.

Personer med tillfälligt nedsatt beslutsförmåga – t.ex. medvetlösa

I patientdatalagen finns särskilda bestämmelser som tar sikte på vad som ska gälla om en person tillfälligt saknar möjlighet att lämna samtycke enligt ovan. Den bristande förmågan kan exempelvis bero på att individen är medvetlös, alkohol- eller narkotikapåverkad eller i någon form av chock.

I en sådan situation när samtycke inte kan inhämtas får vårdgivare använda sin direktåtkomst till systemet för sammanhållen journalföring om det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa samt att det kan antas att uppgifterna har

betydelse för den vård eller behandling som omgående måste sättas in. Det handlar således om mer akuta nödsituationer. Åtkomsten ska ske i två steg där vårdgivaren i ett första steg tar del av uppgift om vilken eller vilka vårdgivare som har gjort uppgifter om patienten tillgängliga i systemet och sedan med ledning av det i ett andra steg bedömer vilka av dessa uppgifter som kan antas ha betydelse för den vård som patienten omgående behöver.

Personer med inte endast tillfälligt nedsatt beslutsförmåga

Kravet på samtycke medför att informationsutbyte rörande vuxna personer som inte endast tillfälligt har nedsatt beslutsförmåga inte kan göras genom sammanhållen journalföring, med mindre än att en legal ställföreträdare kan lämna samtycke i patienten ställe. I praktiken saknas dock den typen av ställföreträdare som kan anses ha i sitt uppdrag att agera i den enskildes ställe på hälso- och sjukvårdsområdet.

En konsekvens av dagens reglering är bland annat att den som saknar förmåga att ta ställning till informationshanteringen i sammanhållen journalföring ställs utanför de möjligheter till ett mer patientsäkert och effektivt informationsutbyte som lagstiftaren tillhandahåller alla andra medborgare. Personer som av olika skäl inte endast tillfälligt har nedsatt beslutsförmåga riskerar därför att få vård på osäkrare villkor och av lägre kvalitet än andra.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg har i delbetänkandet Rätt information – kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45) föreslagit förändrad lagstiftning så att sammanhållen journalföring ska vara tillåtet även i samband med vård av personer som av olika anledningar och över tid har nedsatt beslutsförmåga. Utredningens förslag bereds för närvarande i regeringskansliet.

12 Studerandens möjligheter att ta del av och använda patientuppgifter

Promemorians syfte och avgränsning

Studeranden i hälso- och sjukvården kan ha behov av att använda patientuppgifter i olika situationer och för olika syften. Det kan exempelvis handla om att ta del av uppgifter för att kunna ge en god och säker vård av en patient som den studerande möter. På motsvarande sätt kan en studerande ha behov av att ta del av uppgifter för att i efterhand kvalitetssäkra sina bedömningar och åtgärder i konkreta patientmöten. Men det kan även handla om att ta del av patientuppgifter för ren utbildning som inte har något med den studerandes deltagande i vården av en patient att göra. Syftet med denna promemoria är att belysa de legala förutsättningarna för studeranden att använda patientuppgifter.

De olika situationerna kan grovt delas upp i sådana som föränleds av att en studerande utför arbetsuppgifter som kan jämföras med det som övriga yrkesutövare hos en vårdgivare utför och sådana som uteslutande föränleds av den studerandes behov av utbildning. I den första situationen omfattas den studerande av samma möjligheter och krav som gäller för övriga yrkesutövare, men när uppgifter ska användas för rena utbildningssyften får studeranden t.ex. inte logga in i journalsystemet och ta del av uppgifterna.

Nedan redogörs för vad som gäller dels när studeranden tar del av uppgifter som ett led i arbetet hos en vårdgivare, dels när uppgifter ska användas för rena utbildningssyften.

Grundläggande bestämmelser för alla som arbetar hos en vårdgivare

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). Vilka sådana andra skäl som är tillåtna framgår av bestämmelserna i 2 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen och av enskilda medarbetares arbetsuppgifter, uppdrag eller motsvarande.

Av 2 kap. 4 § följer att uppgifter om patienter får användas om det behövs för

1. att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter (journalföring),
2. administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall,
3. att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
4. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
5. administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten
6. att framställa statistik om hälso- och sjukvården.

Detta kompletteras sedan i 2 kap. 5 § av en bestämmelse som bland annat tydliggör att patientuppgifter som behandlas för något av de ovan uppräknade ändamålen även får behandlas för sådant utlämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

Åtkomst till journalsystemet är tillåtet när studerande deltar i vården eller på annat sätt behöver uppgifter för sitt arbete

Det innebär att när en studerande som ett led i sin praktik deltar i vården av patienten och har patientens samtycke och vårdgivarens tillåtelse till det, anses delta i vården av patienten precis som övrig personal. I sådant fall kan studenten i den utsträckning det behövs

för arbetet ta del av uppgifter i journalsystemet och dokumentera i patientjournalen.

En yrkesutövare eller en student kan delta i vården av en patient på många olika sätt, exempelvis genom att träffa patienten personligen, bli konsulterad av en kollega, delta i en rond, ge sjukvårdsrådgivning på telefon, kommunicera med patienten över internet, m.m. Det är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för att organisera och fördela det dagliga arbetet så att yrkesutövare kan bidra med sin kompetens i vården av patienterna. När studeranden på olika sätt deltar i den patientnära verksamheten för att deras kompetens kan komma till användning deltar de således i patientens vård och behandling på precis samma sätt som övriga medverkande. Vårdgivare kan då låta studeranden få ta del av uppgifter och dokumentera i patientjournalen i den omfattning som behövs.

Normalt sett bör den studerandes åtgärder ske under en handledares uppsikt och ledning.

Studeranden kan följa upp sina bedömningar och insatser i enlighet med vårdgivarens riktlinjer

Förutom att ta del av uppgifter i konkreta vårdsituationer kan det även ingå i den studerandes arbetsuppgifter hos en vårdgivare att ta del av uppgifter för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det kan handla om att den studerande som ett led vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete ska följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder. Vårdgivare bör ta fram verksamhetsnära riktlinjer för hur patientuppgifter ska hanteras för att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Ren utbildningsverksamhet regleras inte i patientdatalagen – uppgifterna måste ”lämnas ut” för att användas i utbildningen

Patientdatalagen reglerar hur vårdgivare får använda personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Det är framför allt vårdgivares individriktade arbete med patienter och sådant som knyter an till det, t.ex. verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring, som i första hand avses. Renodlad undervisnings- och utbildningsverksamhet är inte hälso- och sjukvård och omfattas därmed inte av patientdata-

lagens tillämpningsområde. Utbildningsverksamhet är i förhållande till den individriktade hälso- och sjukvården i sekretesshänseende att betrakta som en självständig verksamhetsgren. Det innebär att uppgifter som ska användas i sådan utbildningsverksamhet formellt måste lämnas ut från hälso- och sjukvården. Processen för att ta fram, bearbeta, lämna ut och använda uppgifter i undervisning och utbildning kan därför sägas bestå av följande steg.

1. Att ta fram relevanta uppgifter.
2. Att inhämta patientens samtycke eller bearbeta underlaget så att patientens identitet inte röjs.
3. Att lämna ut uppgifterna för att användas i undervisning.

Nedan redogörs kort för vad som gäller och vad vårdgivare behöver tänka på i dessa tre olika steg.

1. Att ta fram relevanta uppgifter ("patientfall")

Även om utbildning är en självständig verksamhetsgren i förhållande till den individriktade patientverksamheten m.m. är utbildning en central uppgift för hälso- och sjukvården. I vissa medarbetares uppdrag ingår därför att medverka till och delta i utbildning av läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor m.fl. Dokumentation i patientjournaler är en viktig kunskapskälla i utbildningsverksamheten. En uppgift att ta fram relevanta patientfall kan därför ses som en arbetsuppgift som kan tilldelas vissa personer inom olika verksamheter i hälso- och sjukvården där undervisning bedrivs. Den hantering av personuppgifter som görs i samband med att underlag för undervisning tas fram kan därför anses utföras som ett led i ett tillåtet utlämnande av uppgifter.

All hantering av personuppgifter ska göras med beaktande av patienternas behov av integritetsskydd. Det innebär bl.a. att inte fler uppgifter än nödvändigt ska användas med hänsyn till det syfte och de behov som finns i enskilda situationer. Vid hantering av personuppgifter för syften som inte rör enskilda patienters vård och behandling, t.ex. utbildning, är det särskilt angeläget att vårdgivare tar ställning till vilka uppgifter som är motiverade att använda och hur hanteringen i övrigt kan utformas så att patienternas personliga integritet respekteras. Vid en sådan bedömning kan det inte anses motiverat att samtliga som har tillgång till ett journal-

system ska ha möjlighet att fritt leta efter intressanta fallbeskrivningar. Inte heller är detta en uppgift som får läggas på de studerande själva.

Det finns sannolikt en mängd olika sätt att organisera detta på. Ett sätt kan vara att lägga uppgiften att ta fram fallbeskrivningar på ett fåtal personer för att balansera behovet av undervisningsmaterial och patienternas behov av integritetsskydd. De kan då inom ramen för sina verksamhetsområden få i särskilt uppdrag att uppmärksamma och se till att viktiga patientfall används för att utbilda kommande yrkesutövare. Dessa personer kan exempelvis vara handledare, utbildningsläkare, utbildningssjuksköterska etc. Ett annat sätt att lösa det på kan vara att ge den som är ansvarig för patientens vård i uppdrag att uppmärksamma de som arbetar närmare utbildningsverksamheten, t.ex. handledare, på relevanta patientfall.

2. Att inhämta patientens samtycke eller bearbeta uppgifterna så att patientens identitet inte röjs

Eftersom ren utbildningsverksamhet inte betraktas som en del i den individinriktade hälso- och sjukvården måste sekretessen brytas för att studerande ska få ta del av uppgifter om patienter i rena undervisningssituationer. Sekretessen kan patienten själv bryta genom att ge sitt samtycke till utlämnandet och användningen av uppgifterna. Ett annat alternativ är att avidentifiera de uppgifter som ska användas i undervisningen så att patientens identitet inte röjs.

3. Att lämna ut uppgifterna för att användas i utbildning – t.ex. elektroniskt

Om sekretessen har brutits kan uppgifterna lämnas ut för att användas i utbildning och undervisning. Ett sådant utlämnande kan ske på flera olika sätt, t.ex. manuellt på papper eller genom olika former av elektroniska utlämnanden.

Uppgifterna kan exempelvis lämnas ut elektroniskt genom cd, usb, filöverföring eller på annat sätt. Vårdgivare som i stor omfattning medverkar i utbildningsverksamhet behöver rutiner och tekniska stöd för att tillhandahålla relevant information i utbildnings-

situationer. Att införa ett särskilt IT-stöd för utlämnande som möjliggör att patientjournaler avidentifieras och tillhandahålls elektroniskt skulle kunna bidra till en informationshantering som tillgodoser både de studerandes behov av kunskapsunderlag och patienternas behov av integritetsskydd.

Det är däremot inte tillåtet att lämna ut uppgifterna genom direktåtkomst, d.v.s. på ett sådant sätt att de studerande själva direkt i journalsystemet kan söka fram och ta del av de relevanta uppgifterna. I patientdatalagen är det uttömmande reglerat under vilka omständigheter direktåtkomst är tillåtet. Det är tillåtet mellan olika myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom samma landsting eller kommun, det är tillåtet enligt reglerna om sammanhållen journalföring och det finns även regler som reglerar direktåtkomst i samband med nationella kvalitetsregister. Det finns också bestämmelser som gör det möjligt för vårdgivaren att medge direktåtkomst till patienten själv. Men det finns inga bestämmelser som tillåter direktåtkomst i renodlat utbildnings- eller undervisningssyfte. Patientens inställning till direktåtkomst spelar inte någon roll. Direktåtkomst till journaluppgifter i utbildningssyfte är därför inte tillåtet. Ett utlämnande till en student måste därför göras på något annat sätt än genom direktåtkomst.

Hur skiljer man på vad som är vad – finns det en gråzon?

Sannolikt finns situationer där det krävs en noggrann bedömning av om tillgång till uppgifter behövs för syften som har att göra med studerandens arbete hos en vårdgivare eller om syftet är kopplat till behov av utbildning av blivande yrkesutövare. Det kan därför finnas visst utrymme för tolkning och behov av analys av vilken situation det egentligen handlar om.

Vårdgivare behöver därför ta ett aktivt ansvar för att tillhandahålla rutiner, riktlinjer, kunskaps- och kompetensstöd m.m. till de verksamheter som ska hantera sådana gråzoner. Både för ordinarie personal och för studerande bör det så långt möjligt vara tydligt vad som gäller.

Det är viktigt att göra en förutsättningslös bedömning utifrån vad verksamheten vill göra med uppgifterna och varför – inte vad verksamheten kallar det. Detta eftersom det i vardagligt tal ofta används ord som inte återfinns bland de tillåtna syftena för användning av patientuppgifter. Den verksamhet som säger att stude-

randen måste få ta del av patientuppgifter för att ”lära sig” av sitt arbete bör därmed inte avvisas utan en närmare analys av vad det egentligen ger uttryck för. Bara för att uttryck som ”lära sig”, ”fortbilda sig”, ”utveckla sig” etc. används behöver det inte handla om sådant som faller utanför patientdatalagens tillämpningsområde. Det verksamheten och enskilda medarbetare ger uttryck för skulle exempelvis kunna vara aktiviteter som ryms inom ramen för vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete. I sådant fall kan t.ex. studeranden med stöd av vårdgivarens riktlinjer, precis som andra som medverkar i vården av patienter, följa upp utfallet av sina bedömningar och åtgärder.

Har patientdatalagen försämrat möjligheterna för utbildning?

Ofta hörs uppfattningar om att patientdatalagen har försämrat möjligheterna för utbildning och undervisning i hälso- och sjukvården. Utredningens uppfattning är att så inte är fallet. Reglerna för hur uppgifter får användas i undervisning var samma i den lagstiftning som gällde innan patientdatalagen. När hälso- och sjukvården hade pappersjournaler var det exempelvis inte tillåtet att utan patienternas samtycke ge en studeranden en bunt journaler för att läsa i utbildningssyfte. På motsvarande sätt och av samma skäl är det i dag inte tillåtet att ge en studerande fri tillgång till uppgifter i ett journalsystem för att lära sig. Patientdatalagen har därmed inte försämrat möjligheterna för utbildning och undervisning i hälso- och sjukvården.

Även om patientdatalagen inte haft för avsikt att specifikt underlätta för utbildning har lagen faktiskt medfört möjligheter som tidigare inte fanns. I den lagstiftning som föregick patientdatalagen, d.v.s. bland annat vårdregisterlagen, fanns begränsningar i hur vårdgivare fick lämna ut personuppgifter. Det var exempelvis inte tillåtet att elektroniskt lämna ut personuppgifter från ett vårdregister (t.ex. patientjournal) för att användas i utbildningsverksamhet. Den begränsningen togs bort i och med patientdatalagen, vilket gör det möjligt (som ovan beskrivs) med olika former av elektroniska utlämnanden till den som ska använda uppgifter i utbildning och undervisning.

IT-stöd som på ett effektivt och säkert sätt kan administrera utlämnanden till utbildningsverksamheten skulle, tillsammans med en aktiv tillämpning från vårdgivares sida, kunna bidra till att stude-

randens behov av uppgifter tillgodoses på ett bättre sätt än vad som är fallet i dag.

Statens offentliga utredningar 2014

Kronologisk förteckning

1. Vissa bostadsbeskattningsfrågor. Fi.
2. Framtidens valfrihetssystem
– inom socialtjänsten. S.
3. Boende utanför det egna hemmet
– placeringsformer för barn och unga. S.
4. Det måste gå att lita på konsument-
skyddet. Ju.
5. Staten får inte abdikera
– om kommunaliseringen av den svenska
skolan. U.
6. Män och jämställdhet. U.
7. Skärpta straff för vapenbrott. Ju.
8. Översyn av statsskuldspolitiken. Fi.
9. Förändrad assistansersättning
– en översyn av ersättningsystemet. S.
10. Ett steg vidare – nya regler och åtgärder
för att främja vidareutnyttjande
av handlingar. S.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet
2014. Forskningsdebatt, alternativ och
beslutsfattande. M.
12. Utvärdera för utveckling – om utvärdering
av skolpolitiska reformer. U.
13. En digital agenda i människans tjänst
– en ljusnande framtid kan bli vår. N.
14. Effektiv och rättssäker
PBL-överprövning. S.
15. Investeringsplanering för försvarsmateriel
En ny planerings-, besluts- och
uppföljningsprocess. Fö.
16. Det ska vara lätt att göra rätt
Åtgärder mot felaktiga utbetalningar
inom den arbetsmarknadspolitiska
verksamheten. A.
17. Genomförande av Seveso III-direktivet.
Fö.
18. Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. Ju.
19. Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat
genomförande. U.
20. Läkemedel för särskilda behov. S.
21. Bredband för Sverige in i framtiden. N.
22. Genomförande av EU:s nya
redovisningsdirektiv. Ju.
23. Rätt information på rätt plats i rätt tid. S.

Statens offentliga utredningar 2014

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Det måste gå att lita på konsumentskyddet. [4]
- Skärpta straff för vapenbrott. [7]
- Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. [18]
- Genomförande av EU:s nya redovisningsdirektiv. [22]

Försvarsdepartementet

- Investeringsplanering för försvarsmateriel
 - En ny planerings-, besluts- och uppföljningsprocess. [15]
- Genomförande av Seveso III-direktivet. [17]

Socialdepartementet

- Framtidens valfrihetssystem
 - inom socialtjänsten. [2]
- Boende utanför det egna hemmet
 - placeringsformer för barn och unga. [3]
- Förändrad assistansersättning
 - en översyn av ersättningssystemet. [9]
- Ett steg vidare – nya regler och åtgärder för att främja vidareutnyttjande av handlingar. [10]
- Effektiv och rättssäker PBL-överprövning. [14]
- Läkemedel för särskilda behov. [20]
- Rätt information på rätt plats i rätt tid. [23]

Finansdepartementet

- Vissa bostadsbeskattningsfrågor. [1]
- Översyn av statsskuldspolitiken. [8]

Utbildningsdepartementet

- Staten får inte abdikera
 - om kommunaliseringen av den svenska skolan. [5]
- Män och jämställdhet. [6]
- Utvärdera för utveckling – om utvärdering av skolpolitiska reformer. [12]
- Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande. [19]

Miljödepartementet

- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2014. Forskningsdebatt, alternativ och beslutsfattande. [11]

Näringsdepartementet

- En digital agenda i människans tjänst
 - en ljusnande framtid kan bli vår. [13]
- Bredband för Sverige in i framtiden. [21]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Det ska vara lätt att göra rätt
 - Åtgärder mot felaktiga utbetalningar inom den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. [16]