



Kommunförbundet Skåne



Rapport

Skånegemensam digitalisering – juridiska möjligheter och hinder

2018-06-15

Dina Jacobson, Dina Juridikpartners i Hbg Ab samt Helseplan Consulting
AB på uppdrag av arbetsgruppen Skånegemensam Digitalisering

Kommunförbundet Skåne

Besöksadress: Gasverksgatan 3A, Lund • Postadress: Box 53, 221 00 Lund

Webbadress: kfsk.se • Telefon: 072-885 4700

Innehåll

| | |
|---|----|
| Bakgrund till uppdraget..... | 3 |
| Utgångspunkter och avgränsning av uppdraget | 3 |
| Vilka författningar och andra regler styr? | 4 |
| Den enskildes rätt till inflytande, delaktighet och skydd för sin integritet..... | 4 |
| Tystnadsplikt och sekretess..... | 5 |
| Dokumentation och journalföring..... | 7 |
| Direktåtkomst och sammanhållen journalföring | 8 |
| Informationsdelning vid inskrivning och utskrivning från slutenvård..... | 12 |
| Sammanhållen individuell plan | 13 |
| Sammanfattning i punktform | 15 |

Skånegemensam digitalisering – juridiska möjligheter och hinder

Bakgrund till uppdraget

Kommunförbundet Skåne och Region Skåne samverkar i en arbetsgrupp – Skånegemensam digitalisering område hälsa – som bland annat har tillsatts utifrån Hälsa- och sjukvårdsavtalet och utvecklingsområdet e-hälsa.

Region Skåne har anlitat Helseplan Consulting Group AB för att genomföra en kartläggning i syfte att ge sammanfattande bild på hur informationsdelningen ser ut och få förslag på vad som skulle krävas för att åstadkomma mer sammanhållna gemensamma system, alternativt sömlös integration inom vård och omsorg när det gäller informationsöverföring. I arbetet ingår att redovisa vilka juridiska möjligheter och hinder det finns kring informationsöverföring mellan Region Skåne och Skånes 33 kommuner.

Den juridiska översynen har bedrivits i samarbete med undertecknad.

Utgångspunkter och avgränsning av uppdraget

Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns ett växande behov av att samverka i olika former, bland annat med informationsdelning. För den enskilde individen är ett bra och samlat omhändertagande ofta beroende av stöd och insatser från såväl landsting (region) och kommun som privata vårdgivare eller privata utförare av socialtjänsten. Stora strukturförändringar har genomförts de senaste åren, vilket bland annat medför att en individ som rör sig inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter allt fler vårdgivare och utförare av socialtjänsten. Det gäller särskilt personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg som oftast får sina behov tillgodosedda av flera olika aktörer, exempelvis en aktör i det särskilda boendet, en annan aktör inom primärvården och en tredje aktör inom specialistvården.

En grundläggande förutsättning för att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna till ställning till och utföra insatser av hög kvalitet – och med den enskilde individens bästa för ögonen – är att personalen har tillgång till aktuella och relevanta personuppgifter, exempelvis om tidigare och pågående insatser och behandlingar. Uppgifterna behöver också vara tillgängliga vid rätt tillfälle som underlag inför viktiga och i många fall tidskritiska beslut. Utan sådana uppgifter ökar risken för bland annat felmedicineringar, felbehandlingar och bristande beslutsunderlag.

Parallellt med strukturförändringar har den tekniska utvecklingen medfört helt nya möjligheter inom informationshanteringen. Det finns numera tekniska förutsättningar som betydligt effektiviserar och underlättar nödvändig informationsdelning genom olika digitala lösningar. De organisatoriska gränser som finns mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten medför samtidigt vissa juridiska och tekniska hinder när det gäller hantering av personuppgifter. Den enskilde individens självklara rätt till inflytande, delaktighet och skydd för sin integritet kan också medföra att tekniken inte kan eller bör tillämpas fullt ut.

I det följande redovisas övergripande för vilka juridiska möjligheter och hinder som finns när det gäller informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Underlaget är i första hand tänkt att utgöra stöd för Kommunförbundet Skåne och Region Skånes gemensamma uppdrag. Redovisningen är därför främst inriktad på patientgrupper som rör sig mellan regionen och kommunerna, dvs. oftast äldre personer och/eller kroniskt sjuka som behöver insatser med stöd av såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen. Insatser med stöd av LSS omfattas inte i detta sammanhang. Inte heller insatser enligt olika tvångslagar.

Vilka författningar och andra regler styr?

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten styrs av en mängd olika författningar. Därutöver finns det inom hälso- och sjukvårdens område politiskt beslutade riktlinjer i form av sjukvårdshuvudmännens regelverk samt lokala rutiner och riktlinjer som beslutas inom ramen för verksamhetens ledningssystem. Dessa regelverk, rutiner och riktlinjer kompletterar och tolkar gällande bestämmelser utifrån verksamheternas förutsättningar.

Lagar som främst är aktuella i detta sammanhang:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
- Patientsäkerhetslagen(2010:659), PSL
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355), PDL
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL
- Personuppgiftslagen (1998:204), PUL (upphörde den 24 maj 2018)
- EU:s dataskyddsförordning, GDPR (trädde i kraft den 25 maj 2018)
- Lag (2018:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- Socialtjänstlagen (2001:453), SoL
- Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Lagarna kompletteras av ett antal olika föreskrifter och allmänna råd, bland annat:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Den enskildes rätt till inflytande, delaktighet och skydd för sin integritet

Som framgått ovan har aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ett berättigat intresse av att få tillgång till nödvändig och tillförlitlig information i rätt tid för att kunna erbjuda den enskilde en god och säker vård samt sociala insatser av god

kvalitet. Detta ska balanseras mot den enskildes grundläggande rätt till delaktighet, inflytande och skydd för integriteten. I de allra flesta fall står de olika intressen inte i motsats till varandra, men i undantagsfall kan det ena eller andra intresset ha företräde i det enskilda fallet. Denna balans kommer till uttryck på olika sätt i författningarna.

Den viktiga principen att hälso- och sjukvårdsåtgärder inte får vidtas utan patientens samtycke framgår endast indirekt av HSL och PSL. Enligt dessa lagar ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Med införandet av patientlagen reglerades uttryckligen att all hälso- och sjukvård är frivillig för den enskilde. Enligt 4 kap. 2 § får inte hälso- och sjukvård ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller någon annan lag. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligt eller muntligt. Ett samtycke kan också komma till uttryck genom patientens handlande, s.k. konkludent eller tyst samtycke. Patienten visar då genom sitt agerande att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten kan när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Innan samtycket inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. patientlagen. Det betyder att hälso- och sjukvårdspersonalen så långt det är möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste ha fungerande rutiner för hur informationen ska lämnas, hur man försäkras sig om att patienten har förstått informationen och hur man därefter frågar om patientens ställningstagande.

Principen om att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet gäller även inom socialtjänstens område och regleras i SoL. I lagens portalparagraf betonas att socialtjänsten ska utformas med hänsyn till den enskildes eget ansvar för sin och andras sociala situation. (1 kap. 1 § SoL). Skydd för den enskildes integritet och krav på samtycke regleras på olika sätt i aktuella författningar, exempelvis bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess, dokumentation och journalföring, särskilda krav vid elektronisk direktåtkomst, sammanhållen journalföring etc. Detta utvecklas i det följande.

Tystnadsplikt och sekretess

Bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess inom offentlig socialtjänst och hälso- och sjukvård regleras i OSL. Dessa bestämmelser är till för att skydda individens integritet och begränsar vilka som får ta del av uppgifter om enskildas personliga förhållanden och hälsotillstånd.

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL). Regler om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården finns i 6 kap. PSL.

I PDL finns dessutom bestämmelser om hur den som arbetar i vården får använda sin åtkomst till personuppgifter i informationssystemen, så kallad inre sekretess. Den som arbetar åt en vårdgivare får endast ta del av dokumenterade personuppgifter om han eller hon deltar i vården av en patient eller av annat skäl behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL).

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Bestämmelser som reglerar sekretessen i privat drivna verksamheter finns i 15 kap. SoL.

Bestämmelser i OSL innebär att det runt myndigheter finns sekretessgränser som gäller både gentemot andra myndigheter och enskilda (juridiska och enskilda personer). Mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns självfallet en sekretessgräns, men det finns också en sekretessgräns runt en myndighet inom hälso- och sjukvården i förhållande till en privat vårdgivare, och runt en myndighet inom socialtjänsten i förhållande till en enskild verksamhet som bedriver socialtjänst.

Sekretessbestämmelser innebär att en offentlig verksamhet inte får lämna ut uppgifter som omfattas av sekretess över sekretessgränser, om inte en tillämplig sekretessbrytande bestämmelse eller menprövning tillåter det.

Det finns flera olika sekretessbrytande bestämmelser, exempelvis uppgiftsskyldighet till en annan myndighet om sådan skyldighet följer av lag eller förordning. En annan sekretessbrytande bestämmelse medger utlämnande av nödvändiga uppgifter i vården och behandlingen av patienter som av olika skäl inte kan samtycka (25 kap. 13 § OSL). I vissa fall kan det vara straffritt att lämna ut sekretessbelagda uppgifter trots att varken menprövning eller sekretessbrytande bestämmelser har tillämpats. Det förutsätter dock att det föreligger fara för någons liv eller hälsa (24 kap. 4 § Brottsbalken).

Den vanligaste sekretessbrytande bestämmelsen – inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten – är att den enskilde samtycker till att uppgifter får lämnas ut. Inom hälso- och sjukvården finns dessutom en sekretessbrytande bestämmelse om sammanhållen journalföring (se nedan).

Det skydd som personuppgifter har av reglerna om tystnadsplikt och sekretess kan den enskilde således själv förfoga över genom att ge tillstånd till att skyddade uppgifter ändå får lämnas ut. (12 kap. 2 § OSL). I detta sammanhang bortses från undantagsbestämmelser när sekretess kan gälla även i förhållande till den enskilde själv.

Enligt OSL måste ett samtycke inte vara uttryckligt, även ett tyst eller så kallat presumerat samtycke går att godta. Observera dock att ett sådant samtycke inte är tillräckligt inom ramen för sammanhållen journalföring (se nedan). Den enskildes samtycke behöver inte heller vara skriftligt, men muntliga samtycke bör dokumenteras enligt ett uttalande från Justitieombudsmannen (JO).¹ JO har vidare uttalat att ett samtycke inom socialtjänstens område bör vara uttryckligt och skriftligt, eftersom det ofta kan bli fråga om att lämna ut uppgifter av mer känslig natur.²

Den enskilde kan återkalla sitt samtycke när som helst, oavsett i vilken form samtycket har lämnats.

Det är den myndighet eller verksamhet som har de sekretesskyddade uppgifterna som måste göra en prövning av om uppgifterna kan lämnas ut. Det innebär att varje berörd

¹ JO 2003/04 s. 289.

² JO 1990/91 s. 366.

verksamhet själv ska inhämta patientens samtycke. JO har i ett beslut uttalat att det inte är tillräckligt med en form av generellt samtycke, dvs. att en aktör inhämtar samtycke för övriga.³

Det finns inget som hindrar att den enskilde lämnar sitt samtycke i förväg, med tanke på en kommande situation. Om samverkan behövs över sekretessgränserna kan det vara lämpligt att, i samband med inhämtande av samtycke till den åtgärd som behövs, samtidigt inhämta samtycke till att lämna ut sekretessbelagda uppgifter.

Om uppgifter får lämnas ut enligt regleringen om sekretess och tystnadsplikt, kan de lämnas ut muntligen, på papper eller elektroniskt på vissa it-medier. Observera att det begreppet inte omfattar elektronisk direktåtkomst (se nedan).

Uppgifterna kan lämnas ut elektroniskt på olika sätt. Det kan exempelvis handla om utlämnande på cd, usb eller genom en säker elektronisk överföring. Den som lämnar ut uppgifterna måste alltid försäkra sig om att utlämnande sker på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem.⁴

Dokumentation och journalföring

Bestämmelser om vårddokumentation finns i PDL och tillhörande föreskrifter från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2016:40).

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 individriktade patientverksamheten, dvs. även sådana uppgifter som faller vid sidan av skyldigheten att föra patientjournal.

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 kö-placeringar, tidbokningar, olika former av interndebiteringar, ekonomiska regleringar mellan kommuner och landsting i egenskap av huvudmän och privata vårdgivare m.m. Även It-stödet Mina planer omfattas av begreppet (se avsnittet Sammanhållen individuell plan).

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 gällande regelverk, avgör formerna för journalföringen.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 5 § PDL). I lagen och Socialstyrelsens föreskrifter utvecklas det ytterligare vad en patientjournal bör innehålla. Även sådant som dokumenterats inom ramen för socialtjänstens verksamhet kan ha stor betydelse i vården av patienter och därmed dokumenteras i patientjournalen. Det kan handla om uppgifter att en person bor i ett särskilt boende, är beviljad hemsjukvård och socialtjänst etc.

³ Jfr JO:s beslut den 31 maj 2011 (dnr. 6300-2009)

⁴ Socialstyrelsens rapport Sekretess- och tystnadspliktsgränser. I socialtjänsten och hälso- och sjukvården, s. 39

Hur dokumentationen ska göras i hemtjänsten styrs bland annat av socialtjänstlagen (SoL) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5). För hemtjänstens del gäller även lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Enligt grundläggande bestämmelser ska dokumentationen i socialtjänsten omfatta beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (11 kap. 5 § SoL). Dokumentationen i socialtjänsten ska tillgodose flera syften, bland annat behovet av rättssäkerhet för enskilda. Den enskilde individen får inte bestämma om eller på vilket sätt dokumentationen görs.

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.

Genomförandet av ett beslut om en insats ska dokumenteras fortlöpande i en social 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 reviderat. 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.

I de regelverk som styr dokumentationen i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten saknas bestämmelser som möjliggör en gemensam dokumentation för insatser som utförs inom respektive verksamhetsområde. Även bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar en sådan gränsöverskridande dokumentation. Observera dock att planeringen av insatser som erbjuds med stöd av HSL och SoL kan dokumenteras i en sammanhållen individuell plan, SIP (se nedan).

Direktåtkomst och sammanhållen journalföring

Vad innebär elektronisk direktåtkomst till dokumentation?

Direktåtkomst är en form av elektroniskt utlämnande till en extern mottagare. Sådan åtkomst sker när den som är ansvarig för informationen inte har kontroll över vilka uppgifter som en mottagare vid ett visst givet tillfälle tar del av. Regleringen i OSL, som har beskrivits ovan, bygger däremot på att ansvarig för uppgifterna i varje enskild situation bedömer om uppgifterna är sekretessbelagda när någon begär ut dem. Direktåtkomst innebär att en sekretessprövning inte sker varje gång någon tar del av uppgifterna.⁵ En patient kan motsätta sig att uppgifter om honom eller henne är tillgängliga genom elektronisk åtkomst för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare (4 kap. 4 § PDL).

I PDL är det uttömmande reglerat när elektronisk direktåtkomst är möjligt. 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. I dagsläget saknas däremot bestämmelser

⁵ Prop. 2007/08:126 s. 246.

som tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns varken i hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller i socialtjänstlagstiftningen. Olika utförare av socialtjänst får inte heller ha direktåtkomst till varandras dokumentation. Som tidigare framkommit finns det möjligheter att på annat sätt lämna ut uppgifter 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.

Vad innebär sammanhållen journalföring?

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation (6 kap. patientdatalagen). Eftersom det finns en sekretessbrytande bestämmelse i OSL behöver den vårdgivare som gör uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare, inte göra någon sekretessprövning i varje enskilt fall (25 kap. 11 § 3 OSL).

Varje elektronisk journalhandling är knuten till en viss vårdgivare som ansvarar för de handlingar som upprättas eller inkommer i sin verksamhet. Den sammanhållna journalföringen innebär alltså inte att hälso- och sjukvårdspersonal ska föra anteckningar i en annan vårdgivares journalhandlingar, utan det är enbart en möjlighet att ta del av andra vårdgivares uppgifter om en patient.

Genom att samarbeta via sammanhållen journalföring kan både offentliga och privata vårdgivare på frivillig väg bygga upp system för elektronisk uppgiftslämning i gemensamma databaser eller andra gränsöverskridande informationssystem för vårddokumentation.⁶ Hur systemen ska byggas upp får vårdgivarna själva bestämma. Reglerna för sammanhållen journalföring innebär dock enligt förarbetena vissa krav på systemen och de måste tekniskt och organisatoriskt utformas och anpassas så att dessa krav kan uppfyllas.⁷ Alla uppgifter om en patient behöver inte ingå i den sammanhållna journalföringen, utan kan begränsas till delar av det som dokumenteras i en patientjournal eller andra uppgifter om en patient.⁸ Det innebär att vårdgivarna kan bygga upp ett system där exempelvis bara vissa medicinska basfakta är tillgängliga. Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett exempel på ett sådant system för att utbyta vissa uppgifter om en patient.⁹

Information och samtycke innan uppgifterna görs tillgängliga

Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring, ska patienten informeras om vad sammanhållen journalföring innebär. Patienten ska också få information om att han eller hon kan motsätta sig att uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring och att vårdgivaren då ska spärra uppgifterna (6 kap. 2 § PDL). Vid varje vårdepisod ska patienten få en möjlighet att motsätta sig att uppgifterna görs tillgängliga för utomstående vårdgivare. Begreppet vårdepisod får tolkas utifrån den aktuella situationen och kan exempelvis avse en enskild vårdkontakt, en viss typ av behandling eller en viss tidsperiod (se avsnittet Hur länge gäller ett samtycke?).

⁶ Prop. 2007/08:126 s. 105

⁷ Prop. 2007/08:126 s. 106 och 248.

⁸ Prop. 2007/08:126 s. 248

⁹ Socialstyrelsens handbok Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, s. 41

Patienten kan dock inte motsätta sig att uppgifterna förs in i journalen eller det elektroniska system som vårdgivaren använder, utan det gäller bara att uppgiften spärras för andra vårdgivare. En sådan spärr får endast hävas av patienten själv eller vid en akut nödsituation.¹⁰ Hur informationen ska lämnas överlåts till vårdgivaren att bestämma enligt lokala rutiner. Informationen kan lämnas skriftligt eller muntligt. I detta skede krävs inget aktivt samtycke från den enskilde. Bestämmelsen kräver alltså inte att den enskilde ska lämna ett uttryckligt och informerat samtycke till att uppgifter om honom eller henne får göras tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring, utan innebär endast att patienten har möjlighet att motsätta sig detta. En patient kan spärra delar av eller samtliga uppgifter i vårddokumentationen. Däremot går det inte att spärra själva informationen att det finns spärrad uppgifter och vilken vårdgivare som har gjort spärren. I detta sammanhang bortses från särskilda regler som gäller vårdnadshavare och barn.

Kraven för att få behandla uppgifter

För att en vårdgivare ska få behandla ospärrade uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga i systemet med sammanhållen journalföring, krävs det enligt 6 kap. 3 § PDL att:

1. uppgifterna rör en patient som det finns 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.

I detta sammanhang är det främst av intresse vad kraven på aktuell patientrelation och samtycke innebär i det enskilda fallet.

Vad menas med aktuell patientrelation?

Det är vårdgivaren som sådan som ska ha en aktuell patientrelation, inte hälso- och sjukvårdspersonalen. En patientrelation kan uppstå på en mängd olika sätt – inte bara genom ett fysiskt möte med personal hos en vårdgivare – 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 ineliggande på avdelning,
- får beslut om särskilt boende för äldre,
- blir beviljad hemsjukvård,
- kommunicerar elektroniskt med vårdgivare.

Ovanstående tolkning och exemplifiering har gjorts av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.¹¹

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.

¹⁰ Prop. 2007/08:126 s. 112

¹¹ Se utredningens delredovisning Frågor och svar. Att ta del av, använda och utbyta uppgifter i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Många gånger kan det vara enkelt att konstatera att en patientrelation är avslutad, exempelvis om en patient skrivs ut för fortsatt vård eller uppföljning hos öppen primärvård i annan vårdgivares regi. Andra gånger kan det vara svårare att avgöra om det föreligger en aktuell patientrelation.

Vilket krav ställs på den enskildes samtycke?

I denna del krävs ett aktivt samtycke från patientens sida. Enligt förarbetena till PDL ska det vara ett sådant samtycke som avses i personuppgiftslagen (PUL), dvs. det ska vara frivilligt, särskilt och otvetydigt.¹² Det betyder att den enskilde verkligen ska ha ett val samt att generella samtycke inte är möjliga. Vidare får det inte heller råda någon tvekan om att patienten godtar personuppgiftsbehandlingen. Kraven ska givetvis föregås av att patienten får information om vad han eller hon samtyckt till.

PUL har numera upphört och ersatts av EU:s dataskyddsförordning (GDPR). Någon ändring i denna del har dock inte skett. Enligt förordningen ska samtycket vara frivilligt, specifikt och utgöra en otvetydig viljeyttring. Samtycket kan vara skriftligt, inklusive elektroniskt, eller en muntlig förklaring. Den enskilde har rätt att återkalla sitt samtycke när som helst.

Enligt förarbetena till PDL är det inget som hindrar att ett samtycke lämnas i förväg innan den aktuella patientrelationen har uppstått. Patienten kan redan i samband med att uppgifter om honom eller henne görs tillgängliga i ett sammanhållet journalsystem samtycka till att annan vårdgivare får ta del av uppgifterna. Detta är möjligt under förutsättning att samtycket är särskilt och otvetydigt. Ett praktiskt exempel då samtycke kan lämnas i förväg är då patienten befinner sig i en vårdprocess som inbegriper flera olika vårdgivare och där patienten skickas runt mellan dessa i ett remissförfarande.¹³ Observera att generellt samtycke inte är tillräckligt, dvs. att en aktör hämtar in samtycken för övriga.

Hur länge gäller samtycket?

Ett aktivt samtycke från patienten ska alltså finnas för att vårdgivaren ska få ta del av uppgifter i systemet för sammanhållen journalföring. Ett sådant samtycke kan som framgått lämnas på många olika sätt och vid flera olika typer av situationer.

Hur länge samtycket gäller är beroende av den aktuella situationen, exempelvis 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 omfattar. Endast det förhållandet att en patient är listad på en vårdcentral utgör inte stöd för synsättet att ett samtycke ska gälla på obestämd tid framåt till dess patienten listar sig på en annan vårdcentral.

Bedömningen hur länge ett samtycke ska gälla skiljer sig givetvis 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. inneliggande 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. Om det går att avgränsa vårdepisoden antingen till att avse en

¹² Prop. 2007/08:126 s. 252

¹³ Prop. 2007/08:126 s. 253 samt Socialstyrelsens handbok Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, s. 43.

viss tidsperiod eller till en viss typ av behandling är det lättare för patienten att överblicka vad samtycket gäller. Ovanstående tolkning av hur länge samtycket gäller har gjorts av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.¹⁴

Samtycke om patienten saknar beslutsförmåga

I PDL finns en särskild bestämmelse som gäller personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke till behandling av uppgifter i ett system med sammanhållen journalföring (6 kap. 3a§ PDL). Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i dessa fall göra en bedömning om patienten saknar förmåga att lämna nödvändigt samtycke och – så långt som det är möjligt – försöka klarlägga patientens inställning. Om det inte finns något konkret som visar att patienten skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen, får vårdgivaren behandla uppgifterna om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.

Nödöppning av uppgifter

Om det föreligger fara för patientens liv eller allvarlig risk för dennes hälsa och det på grund av 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. I PDL finns bestämmelser om hur nödöppning ska ske av dels ospärrade, dels spärrade uppgifter.

Informationsdelning vid inskrivning och utskrivning från slutenvård

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård innehåller bestämmelser som syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

När en patient skrivs in i den slutna vården ska den behandlande läkaren under vissa omständigheter skicka ett inskrivningsmeddelande till berörda myndigheter och aktörer. Ett sådant meddelande ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt en beräknad tidpunkt för utskrivning (2 kap. 2 §). Bestämmelsen reglerar en uppgiftsskyldighet och har en sekretessbrytande effekt. Det innebär att den slutna vården inte behöver inhämta patientens samtycke innan meddelande skickas.

Om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det, ska den slutna vården till berörda enheter överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården (3 kap. 2 §).

¹⁴ Se utredningens delredovisning Frågor och svar. Att ta del av, använda och utbyta uppgifter i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Informationsöverföring vid utskrivning förutsätter således att uppgifter kan lämnas ut efter en menprövning eller att det finns en sekretessbrytande bestämmelse enligt OSL. Som tidigare framkommit är den vanligaste sekretessbrytande bestämmelsen att den enskilde lämnar sitt samtycke till informationsöverföringen.

Det är den myndighet/aktör som har de sekretesskyddade uppgifter som måste göra en prövning av om uppgifterna kan lämnas ut. Varje berörd myndighet och aktör ska själv inhämta patientens samtycke, dvs. det är inte tillräckligt med ett generellt samtycke.¹⁵ Samtycke kan lämnas i olika former och dokumenteras hos respektive verksamhet.

Personuppgiftsbehandling som sker i samband med informationsöverföringen omfattas av PDL.

I detta sammanhang kan nämnas att Kommunförbundet Skåne och Region Skåne i samverkan har tagit fram en rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Sammanhållen individuell plan

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Bestämmelser om en sådan plan kallas för samordnad individuell plan – SIP – och regleras i 2 kap. 7 § SoL samt 16 kap. 4 § HSL.

I bestämmelserna anges att en SIP ska upprättas när den enskilda har behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilda samtycker till det. Samtycket kan ges på olika sätt och det finns inget krav på en viss form av samtycke. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Av förarbetena framgår att det räcker att en av huvudmännen gör bedömningen att en plan behöver upprättas för att skyldigheten ska inträda för båda. För vissa personer bör huvudmännen utgå från att det finns behov av en SIP. Det gäller personer med omfattande behov, exempelvis personer som har kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, demenssjukdom och annan somatisk sjukdom.¹⁶

Kommuner och landsting kan ha egna rutiner som anger vilka som ska ta initiativ till en SIP. För personer som skrivs ut från sjukhus, med fortsatta behov av insatser från både kommun och landsting, är det från år 2018 den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården som ska ta initiativ till en SIP.¹⁷

Även andra aktörer än kommuner och landsting kan föreslå att en SIP upprättas samt delta i arbetet med planen, exempelvis skolan.

När det är möjligt ska en SIP upprättas tillsammans med den enskilda personen.

Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilda inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

¹⁵ Jfr JO:s beslut den 31 maj 2011 (dnr. 6300-2009)

¹⁶ Proposition 2008/09:193 s. 30

¹⁷ 4 kap. 1 och 3 §§ lagen om samverkan vid utskrivning

- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan göras på flera olika sätt, exempelvis genom ett elektroniskt utlämnande.

Mina planer är Region Skåne och de skånska kommunernas IT-stöd för processerna samverkan vid utskrivning och samordnad individuell plan. Med hjälp av IT-stödet kan slutenvård, öppenvård och kommun tillsammans planera och säkra den utskrivningsklara patientens hemgång från sjukhuset samt upprätta en SIP.

I den gemensamma rutinen för SIP utvecklas ytterligare vad som gäller kring regionen och kommunernas samarbete med planen. Det framgår bland annat att SIP är en journalhandling som ska dokumenteras, förvaras och arkiveras enligt varje huvudmans gällande rutin.

Observera att ansvarig aktör kan vara skyldiga att göra en mer konkret planering av de aktuella insatserna utifrån andra bestämmelser i HSL och SoL. Exempelvis finns krav på upprättande av vårdplan, genomförandeplan och rehabiliteringsplan. En SIP ersätter inte men kan vara ett komplement till dessa planer.

Sammanfattning i punktform

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver få tillgång till aktuella och relevanta uppgifter i rätt tid för att kunna erbjuda den enskilde en god och säker vård samt sociala insatser av hög kvalitet. Detta ska balanseras mot den enskildes rätt till delaktighet, inflytande och skydd för sin integritet.
- Insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten får inte ges utan den enskildes samtycke om inte något annat följer av lag. Huvudregeln är att den enskilde kan lämna sitt samtycke på olika sätt, både muntligt, skriftligt och genom sitt handlande. Den enskilde kan vidare ta tillbaka sitt samtycke när som helst.
- Bestämmelser i OSL begränsar vilka som får ta del av uppgifter om enskildas personliga förhållande och hälsotillstånd. Mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns en sekretessgräns, vilket innebär att informationsdelning bara får ske efter en menprövning eller om en sekretessbrytande bestämmelse är tillämplig. Om det föreligger fara för någons liv eller hälsa kan dock uppgifter lämnas ut ändå.
- Den vanligaste sekretessbrytande bestämmelse är att den enskilde lämnar samtycke. Det finns inga särskilda krav i OSL hur ett sådant samtycke ska vara utformat men muntliga samtycken bör dokumenteras. Samtycket kan lämnas i förväg men generellt samtycke är inte tillräckligt.
- Den myndighet eller verksamhet som har de sekretesskyddade uppgifter ska pröva om uppgifterna kan lämnas ut. Uppgifterna kan lämnas ut på olika sätt, exempelvis genom en elektronisk överföring.
- Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En sådan journal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Insatser inom socialtjänsten ska dokumenteras fortlöpande i en social journal.
- I de regelverk som styr dokumentationen i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten saknas bestämmelser som möjliggör en gemensam dokumentation för insatser som utförs inom respektive verksamhetsområde. Även bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar en sådan gränsöverskridande dokumentation. Planeringen av insatser kan dock dokumenteras i en sammanhållen individuell plan, SIP.
- Direktåtkomst är en form av elektroniskt utlämnande till en extern mottagare. Sådant åtkomst sker när den som är ansvarig för informationen inte har kontroll över vilka uppgifter som en mottagare vid ett visst givet tillfälle tar del av. Det sker inte heller en sekretessprövning varje gång någon tar del av uppgifterna.
- I PDL är det uttömmande reglerat under vilka omständigheter som elektronisk direktåtkomst till dokumentation är möjliga. Det omfattar bara vårdgivare (offentliga och enskilda) inom hälso- och sjukvårdens område. Direktåtkomst till socialtjänstens dokumentation är inte möjlig.
- Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. NPÖ är exempel på ett sådant system.

- Innan uppgifter görs tillgängliga genom sammanhållen journalföring ska patienten få information om vad det innebär och möjlighet att spärra uppgifter. Det krävs inget aktivt samtycke i detta skede.
- För att en vårdgivare ska få behandla ospärrade uppgifter krävs att det finns en aktuell patientrelation och att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador. Dessutom krävs ett aktivt samtycke från patienten, dvs. att det är frivilligt, specifikt och utgör en otvetydig viljeyttring. Samtycket kan vara skriftligt, inklusive elektroniskt, eller en muntlig förklaring och kan återkallas när som helst.
- Hur länge samtycket gäller inom ramen för sammanhållen journalföring beror på den aktuella situationen, exempelvis om det är en enstaka kontakt eller om patienten befinner sig i en vårdprocess under en kortare eller längre tid.
- Det finns särskilda regler för patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke. Vidare finns det möjlighet till nödöppning av uppgifter vid akuta situationer.
- När en patient skrivs in i den slutna vården ska den behandlande läkaren under vissa omständigheter skicka ett inskrivningsmeddelande till berörda myndigheter och aktörer. Ett sådant meddelande omfattas av en uppgiftsskyldighet och har en sekretessbrytande effekt.
- Vid utskrivning från den slutna vården ska informationsöverföring ske till berörda om uppgifterna kan lämnas ut efter en menprövning eller om det finns en sekretessbrytande bestämmelse, exempelvis samtycke från den enskilde.
- Kommunförbundet Skåne och Region Skåne har i samverkan tagit fram en rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska en sammanhållen individuell plan, SIP, upprättas. En sådan plan kräver den enskildes samtycke. Informationsutbytet mellan verksamheterna kan ske elektroniskt.
- Av SIP ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. SIP ersätter inte men kan komplettera andra planer som ansvarig aktör kan vara skyldig att upprätta.
- Mina planer är Region Skåne och de skånska kommunernas IT-stöd för processerna samverkan vid utskrivning och SIP. I den gemensamma rutinen för SIP utvecklas ytterligare vad som gäller kring regionen och kommunernas samarbete med planen.