MAS-nätverk Fyrbodal
www.fyrbodal.se/mas

Journalföring och behandling av personuppgifter inom kommunal primärvård

Rutinen är framtagen 2023-03-15 av nätverket för medicinska ansvariga sjuksköterskor (MAS/MAR) i Fyrbodals kommuner samt Lilla Edet.

Obs! I Rutinen finns vissa tillägg från Trollhättan Stad märkt ”Tillägg Trollhättan Stad”

Ansvarig	Nätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS/MAR) i Fyrbodals kommuner och Lilla Edets kommun.
Dokumenttyp	Rutin
Godkänd av MAS-nätverket	2023-05-17
Reviderad den	
Version	1

Utskrift gäller endast efter verifiering mot publicerad utgåva

Fyrbodal

Innehåll

Bakgrund 4
Syfte 4
Patientjournalens struktur och innehåll 4
Patientjournalens struktur 4
Patientjournalens innehåll 5
Definition av journalhandling och personakt (Tillägg Trollhättan Stad) 5
Tolkning och översättning (Tillägg Trollhättan Stad) 6
Vårdplan/hälsoplan 6
Patientens delaktighet 6
Mål 6
Åtgärder/KVÅ 6
Uppföljning 6
Resultat 7
Hantering av personuppgifter 7
Åtgärder till skydd för obehörig åtkomst 7
Upplysningar om spärrade uppgifter 7
Signering av journalanteckningar 7
Signaturförtydligande (Tillägg Trollhättan Stad) 7
Skydd och rättelser av journalanteckningar 7
Skyddad identitet 8
Det finns tre nivåer av skydd vid skyddad ID: (Tillägg Trollhättan Stad) 8
Identitetskontroll inom hälso- och sjukvård (Tillägg Trollhättan Stad) 9
Förstörande av patientjournal 9
Informationsöverföring till annan vårdgivare 9
Hantering och förvaring av patientjournal 9
Journalhandling på andra språk än svenska 9
Utlämnande av patientjournal till enskild 9
Avsluta en patientjournal 10
Telefonförfrågan/rådgivning inom hälso- och sjukvård (Tillägg Trollhättan Stad) 10
Åtkomst till uppgifter om patient 10
Inre sekretess 10
Driftstörning/funktionsstörning 11
Skanning och användande av fotograferingsmöjlighet (Tillägg Trollhättan Stad) 11

Fax och e-post (Tillägg Trollhättan Stad) 11
Granskning 11
Sammanhållen journalföring 12
Nationell patientöversikt (NPÖ) 12
Kontroll av elektronisk åtkomst (loggar) 12
Arkivering 12
Referenser 12
Bilagor 14
Journalgranskning/egenkontroll av hälso– och sjukvårdsdokumentation 14
Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning (enligt PDL) 15
Mall för journalgranskning för HS – dokumentation 17
Rutin för utlämnande av hälso- och sjukvårdsjournal 19
Överklagan av beslut. 24
Rutin för användande av NPÖ 25
Samtycke informationshantering och kvalitetsregister 26
Information vid samtycke 27

Bakgrund

All personal som är yrkesverksam inom hälso- och sjukvårdens område med legitimation eller särskilt förordnande har skyldighet att föra patientjournal även annan personal som biträder legitimerad personal och fått hälso- och sjukvårdsuppgifter delegerade har en dokumentationsskyldighet.

Den som för patientjournal är ansvarig för sina uppgifter i journalen.

I Fyrbodals kommuner och Lilla Edets kommun är sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och undersköterskor samt annan personal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter skyldiga att föra patientjournal.

Syfte

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för:

- patienten
- uppföljning och utveckling av verksamheten
- tillsyn och rättsliga krav
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt
- forskning

Patientjournalens struktur och innehåll

Patientjournalens struktur

Vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna.

Patientjournalen har många olika funktioner och ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården, det vill säga de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten; bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för att utföra en god och säker vård och upprättas skyndsamt. I patientjournalen är allmänna uppgifter och anamnes gemensamma. Däremot är status och vårdplaner yrkesspecifika. För att få läsa en patients journal krävs det att man har en vårdrelation med patienten.

I patientjournalen ingår också upprättade och tillförda handlingar i form av till exempel kopia från läkarjournal, epikriser, läkemedelslistor, signeringslistor, behandlingslistor mm.

Patientjournalens innehåll

Journaltexten ska vara tydlig, entydig och utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas kränkande av patienten eller dennes närstående, samt skrivas med hänsyn till patientens integritet. Journalen ska vara skriven på lättbegriplig svenska så att såväl patient som den vårdande personalen kan förstå informationen. För att försäkra sig om detta bör följande publikationer användas:

- Socialstyrelsen termbank
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Definition av journalhandling och personakt (Tillägg Trollhättan Stad)

En journalhandling inom hälso- och sjukvård definieras i 1kap. 3§ PdL. ”Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.” Enligt PdL ska en sammanhållen patientjournal eftersträvas oavsett profession. Patientjournalen består av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

Patientjournalen ska innehålla

- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder (vård-/hälso-/rehabiliteringsplaner)
- slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- komplikationer av vård och behandling
- vårdrelaterade infektioner (smittor)
- samtycken eller återkallade samtycken
- patientens önskemål om behandling
- medicintekniska produkter som förskrivits, utlämnas till eller tillförts en patient på ett sådant sätt så att de kan spåras
- intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- vårdplanering/samordnad individuell plan (SIP)

Vårdgivaren ska säkerställa att patientjournalen innehåller en markering som ger en varning om en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för den enskildes liv eller hälsa, ange uppgiftskälla. Markeringen ska vara lätt att uppmärksamma. [1]

[1] *Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 5 kap. 5 § (HSLF-FS 2016:40)*

Tolkning och översättning (Tillägg Trollhättan Stad)

Tolk ska användas för att den enskilde ska kunna ta till vara sin rätt när myndigheten har kontakt med någon som inte behärskar svenska eller har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala. Bestämmelserna om tolk gäller även översättning av handlingar. Om samtal med patienter förs via tolk ska det antecknas i journalen och framgå om det är en anhörigtolk eller professionell tolk som anlitats.

Vårdplan/hälsoplan

Om planerade åtgärder bedöms pågå över tid ska en vårdplan/hälsoplan upprättas. Åtgärderna i vårdplanen/hälsoplanen utgörs av klassificerade vårdåtgärder (KVÅ) utifrån Socialstyrelsen bestämmelser.

Syftet med en vårdplan/hälsoplan är att tydliggöra och ge vägledning vid val av åtgärder för problem som ska åtgärdas, risker som ska förebyggas samt resurser som ska stödjas.

Patientens delaktighet

Det ska alltid dokumenteras om patienten har varit delaktig i sin vårdplan/hälsoplan. Om inte ska det dokumenteras varför. Om anhöriga är delaktiga som patientens företrädare ska detta framkomma.

Mål

Under mål skrivs patientens och den legitimerade personalens gemensamma mål. Mål kan delas upp i en eller flera delmål.

Åtgärder/KVÅ

En åtgärd beslutas av behörig hälso- och sjukvårdspersonal och är avsett att påverka en patientens hälsotillstånd. En åtgärd kan vara utredande eller behandlande.

Det ska klart framgå i dokumentationen:

- vilka åtgärder som ska utföras
- vem som ska utföra åtgärden
- hur åtgärden ska utföras
- när åtgärden ska utföras
- när åtgärden ska följas upp.

Uppföljning

Viktig att man bestämmer datum för uppföljning i samband med åtgärden och ska alltid dokumenteras. Dokumentera även när det sker en förändring eller vid behov.

Resultat

Under resultat dokumenteras utvärdering av den genomförda åtgärden/insatsen. Otillräcklig måluppfyllelse kan leda till nya åtgärder. När resultatet har uppnåtts avslutas vårdplanen/hälsoplanen.

Hantering av personuppgifter

Åtgärder till skydd för obehörig åtkomst

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ansvara för

- att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för någon annan
- att datorer eller andra enheter som används för att hantera patientuppgifter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddande mot obehörigas åtkomst.

Upplysningar om spärrade uppgifter

Om en patient har motsatt sig att dennes personuppgifter görs tillgängliga för någon som arbetar vid en annan vårdenhet, i en annan vårdprocess eller för någon annan vårdgivare än där uppgifterna har lämnats, ska det framgå av dokumentationen att det finns spärrade uppgifter.

Signering av journalanteckningar

Vårdgivaren ska säkerställa att signering av journalanteckningar sker så snart som möjligt i anslutning till att anteckningen förs i journalen.

Signaturförtydligande (Tillägg Trollhättan Stad)

I alla verksamheter där man för pappersjournal ska det finnas en lista över personalens signaturer kopplat till namn och befattning, ett så kallat signaturförtydligande.

Skydd och rättelser av journalanteckningar

Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal inte kan ändras eller utplånas annat än med stöd av Patientdatalagen. [2]

Alla rättelser i patientjournalen görs av den person som dokumenterat fel eller efter kontakt med systemansvarig. Vid rättelse ska det framgå när det skett, varför det skett och vem som gjort rättelsen.

[2] *Patientdatalag 3 kap. 14 § (PdL 2008:355)*

Skyddad identitet

Varje kommun har skyldighet att upprätta en rutin som gör det möjlighet att föra patientjournal även om patienten har skyddade personuppgifter eller saknar svenskt personnummer. Se lokal rutin.

Det finns tre nivåer av skydd vid skyddad ID: (Tillägg Trollhättan Stad)

Sekretessmarkering

Sekretessmarkering innebär att det sätts en markering i folkbokföringsregistret så att det görs en noggrann prövning innan uppgifter lämnas ut. Adressuppgifterna ”mörkas” och bara några enstaka personer på Skatteverket har tillgång till dem.

Patienter som har sekretessmarkerade uppgifter ska styrka att han/hon har skyddade adressuppgifter. När journalen upprättas kan patientens namn och personnummer skrivas in, men inga adress- telefon- eller e-postuppgifter får registreras i journalen. Patienten ges information om verksamhetens telefonnummer och informeras om att det är hans/hennes ansvar att ta kontakt vid behov av insatser. Om patientens/kundens adressuppgifter finns i journalsystemet sedan tidigare ska dessa ”spärras” det vill säga befintliga adressuppgifter ska raderas. Kontakt tas med systemförvaltare.

Kvarskrivning

Kvarskrivning innebär att en person fortsätter att vara folkbokförd på församlingen i sin gamla folkbokföringsort då han/hon flyttat därifrån. Personen har en särskild postadress hos Skatteverket. Den nya adressen registreras aldrig i folkbokföringen och sprids därför inte till andra myndigheter.

Patienten ska styrka kvarskrivningen. För en patient med kvarskrivning får enbart en pappersjournal upprättas. I stället för personnummer registreras dagens datum och ett fyrsiffrigt löpnummer (kontakt tas med MAS/MAR för att få löpnumret). I namnfältet registreras ”Oidentifierad person” och i adressfältet skrivs ”Sekretesskydd”.

Patienten ges information om verksamhetens telefonnummer och informeras om att det är hans/hennes ansvar att ta kontakt vid behov av insatser.

Vissa personer som flyttar till vård- och omsorgsboende är fortsatt skrivna på sin tidigare adress eller på sin församling. Denna typ av kvarskrivning innebär inte att en pappersjournal måste upprättas utan i dessa fall kan en journal upprättas i journalsystemet. Det är emellertid viktigt att i dessa fall kontrollera att kvarskrivningen inte är gjord för att skydda personuppgifterna.

Fingerade personuppgifter

Fingerade personuppgifter innebär att personen får en helt ny identitet, d.v.s. får andra personuppgifter än sina egna. Den verkliga identiteten finns bara hos Rikspolisstyrelsen. För personer med fingerade personuppgifter upprättas en journal i vanlig ordning.

Identitetskontroll inom hälso- och sjukvård (Tillägg Trollhättan Stad)

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera den enskildes identitet. Patienter som inte är kända ska legitimera sig vid undersökning, behandling, provtagning samt i övrigt då journalanteckning görs i samband med vårdkontakt. Även i de fall då det är aktuellt att sätta på ett identitetsband ska en identitetskontroll göras.

Om en patients identitet inte går att fastställa ska en patientjournal i pappersversion upprättas enligt rutin för personer med kvarskrivning. När personen sedan kan identifiera sig upprättas en patientjournal i verksamhetssystemet. I de fall det är aktuellt med ett identitetsband och patientens identitet inte går att fastställa ska ansvarig sjuksköterska skriva att identitet är okänd på identitetsbandet.

Förstörande av patientjournal

På ansökan av patienten kan Inspektionen för vård och omsorg (IVO) besluta om en patientjournal helt eller delvis ska förstöras.

Informationsöverföring till annan vårdgivare

Informationsöverföring kan göras till annan vårdgivare efter samtycke av patienten.

Hantering och förvaring av patientjournal

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att inte obehöriga får tillgång till den. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast ta del av patientuppgifter om personen deltar i vården av patienten.

Journalhandling på andra språk än svenska

Har man genomgått en utbildning i våra grannländer och den utbildningen är godkänt i Sverige, kan man få föra patientjournal på danska eller norska. För att få sin utbildning godkänd skickas en ansökan till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ska säkerställa att dokumentationen utförs på ett så noggrant sätt så att säkerheten upprätthålls.

Utlämnande av patientjournal till enskild

Då patienten eller närstående begär att få ta del av patientjournalen ska patientansvarig göra en menprövning för att bedöma om patientjournalen kan lämnas. En menprövning innebär att det inte får finnas risk för att den enskilde ska komma till skada eller lida men på grund av informationen.

Om inte hinder föreligger, ska den som utlämnar patientjournalen dokumentera till vem journalen är utlämnad, tidpunkt samt ändamål. Mottagaren ska identifiera sig t.ex. med

legitimation. Handläggningen ska ske skyndsamt. Se bilaga *Rutin för utlämnande av hälso- och sjukvårdsjournal*.

Om hinder föreligger, är det i regel verksamhetschefen som beslutar om avslag på en begäran. Vid ett avslag från offentlig verksamhet kan beslutet överklagas till domstol. Se bilaga *Överklagan av beslut*.

Avsluta en patientjournal

Patientjournalen avslutas när patienten avlidit, flyttat från kommunen eller överförs från kommunal till regional primärvård.

Telefonförfrågan/rådgivning inom hälso- och sjukvård (Tillägg Trollhättan Stad)

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentationen ska göras i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till samtalet.
Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.
Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd. Generella råd innebär att förskrivaren inte behöver ha kännedom om patientens bakgrund och råden är inte hälso- och sjukvårdsåtgärder och behöver därför inte dokumenteras i patientjournalen. Det kan exempelvis vara när sjuksköterska ger generella råd kring ögondroppar eller när legitimerad personal får förfrågning som gäller medicintekniska produkter. Då kan den legitimerade personalen ge generella råd till patienten kring olika hjälpmedel.
Ett individuellt råd förutsätter att den legitimerade personalen har kännedom om patientens bakgrund. Dessa råd är hälso- och sjukvård och måste dokumenteras i patientjournalen.

Åtkomst till uppgifter om patient

Inre sekretess

Med inre sekretess menas att personal inom en verksamhet inte får – muntligen eller på annat sätt – lämna ut uppgifter som omfattas av sekretess till sina arbetskamrater.

Detta innebär att personal endast får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om personen deltar i vården av patienten, eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelse i Patientdatalagen lägger ett ansvar på den som arbetar hos en vårdgivare att inte ta del av mer uppgifter än vad som är nödvändigt för att utföra sitt arbete. [3]

[3] *Patientdatalag 4 kap. 1§ (PdL 2008:355)*

Driftstörning/funktionsstörning

Vid driftstörning av verksamhetssystem dokumenteras i pappersjournal, som sedan förs in i journalen. Varje anteckning ska signeras med namn och datum.

Varje verksamhet ska ha en aktuell avbrottsplan där det framgår vilken information som behövs för en säker patientvård.

Skanning och användande av fotograferingsmöjlighet (Tillägg Trollhättan Stad)

Om det finns teknisk möjlighet att skanna information kan detta göras i syfte att samla informationen i patientjournalen. Dokument som skannas in i är handlingar och ska förvaras enligt samma regler som övriga handlingar. Finns det teknisk möjlighet att använda digitalkamera, kamera i mobiltelefon etcetera kan exempelvis utvecklingen av sårläkning eller sittställning vid förskrivning av sittskal dokumenteras i bilder. Kan inte materialet läggas direkt in i patientjournalen ska det skrivas ut och förvaras i pappersjournalen. Materialet är en journalhandling.

Fax och e-post (Tillägg Trollhättan Stad)

En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att sändningen antingen kan bevakas eller få bekräftat att faxen finns i ett låst utrymme så obehöriga inte har tillträde. Personuppgifterna på de journalhandlingar som ska faxas avidentifieras och lämnas per telefon. Förprogrammerade kortnummer ska användas. Mottagaren ska bekräfta att faxet kommit fram.

Sekretessuppgifter kring en patient/kund får inte lov att skickas via e-post. Till dessa uppgifter räknas även personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är

Granskning

Vårdgivaren ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författning. Vårdgivaren ska skapa en rutin för hur granskning ska genomföras och vem eller vilka personer som ska ansvara för granskningen. Förslag på mall se bilagor *Journalgranskning/egenkontroll av hälso – och sjukvårdsdokumentation*, *Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning (enligt PDL)* och *Mall för journalgranskning för HS – dokumentation*.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att en vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar. Detta innebär att man kan läsa, men man kan inte föra anteckningar i en annan vårdgivares journal. Samtycke från patienten krävs och ska dokumenteras i patientjournalen.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos annan vårdgivare.

Samtycke ska dokumenteras i patientjournalen. Patienten kan spärra den information denne inte vill att en annan vårdenhet ska se. Se bilaga *Rutin för användning av NPÖ*.

Kontroll av elektronisk åtkomst (loggar)

Vårdgivaren ska systematiskt och återkommande kontrollera loggar för att upptäcka om någon obehörig tagit del av patientuppgifter. Se rutin för loggning.

Arkivering

Hälso- och sjukvårdsdokumentation ska arkiveras enligt kommunens informationshanteringsplan/dokumenthanteringsplan.

Referenser

SFS 2017:30	Hälso- och sjukvårdslag
SFS 2022:913	Lag om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation
HSLF-FS 2016:40	Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (Ändringsförfattning HSLF-FS 2020:56)

RA-FS 20136:1	Riksarkivets föreskrifter och allmänna råd om gallring och återlämnande av handlingar vid upphandling
SFS 1990:782	Arkivlag
SFS 2008:355	Patientdatalag, PDL (Ändringsförfattning SFS 2022:915)
SFS 2009:400	Offentlighets- och sekretesslag, OSL (Ändringsförfattning SFS 2022:1314)
SFS 2010:659	Patientsäkerhetslag, PSL (Ändringsförfattning SFS 2021:739)
SFS 2014:821	Patientlag, PL (Ändringsförfattning SFS 2022:1254)
SFS 2017:612	Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. (Ändringsförfattning SFS 2019:979)
SOSFS 2011:9	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Ändringsföreskrift HSLF-FS 2020:64)

Bilagor

Journalgranskning/egenkontroll av hälso– och sjukvårdsdokumentation

Inledning

För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling om personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen årligen.

För de förbättringsområden som identifieras ska en handlingsplan med aktiviteter och tidsplan upprättas. Uppföljning av resultatet kontrolleras genom en eller flera egenkontroller under året.

Kollegialjournalgranskning är ett tillfälle för reflektion och lärande.

Syfte och mål

Syftet är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso- och sjukvården genom att:

- Identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten
- Få en lärande process genom den kollegiala granskningen
- Identifiera goda exempel och sprida i verksamheten

Metod

- Tid som behöver avsättas för journalgranskning är ca 3 tim/grupp
- Rekommendationen är att alla arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor deltar på egenkontrollen eftersom det är ett tillfälle för reflexion och lärande
- Dela in arbetsgrupper med minst 3 och upp till 6 personer/grupp, gärna tvärprofessionellt
- Granskningen kräver tillgång till dator och journalsystem, gärna TV -skärm
- Granska 5 journaler där alla yrkesgrupper är involverade, väljs ut slumpvis.

Anvisningar

- Läs igenom rutiner och metodstöd mm
- Fyll i enhet, månad, år, enhetschef och medverkande i mallen.
- Granska en journal i taget. Använd instruktionerna till journalgranskningen som beskriver hur ni ska bedöma. Utifrån frågan och vad som framkommer av granskningen, skriv in 1 = ja, eller 0 = nej i patienten kolumn
- Under journalgranskningen, avidentifiera och använd som goda exempel för att kunna användas i ett lärandesyfte.

Sammanställning av resultatet

Enhetschef ansvarar för att:

- Sammanställa resultatet och upprätta en handlingsplan för ev. förbättringsåtgärder tillsammans med en legitimerade personalen
- Göra en analys av förbättringsarbetet genom en ny egenkontroll
- Gör en analys och lämna till avdelningschef och MAS
- MAS sammanställer en övergripande analys i patientsäkerhetsberättelsen

Fyrbodal

Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning (enligt PDL)

Frågeställning:	Vägledande instruktion och exempel vid bedömning
1. Är samtycke till informationsöverföring HSL mellan vårdgivare dokumenterat i *Sekretess/samtyckesmodulen*?	I samtyckesmodulen ska det finnas dokumenterat om patienten gett samtycke eller inte till informationsöverföring enligt HSL.
2. Är uppgifter om bakgrund till vården beskrivet?	Orsak till vårdåtagandet ska finnas dokumenterat. Det ska göras vid ny kontakt eller vid byte av vårdform. Ex från ordinärt boende till särskilt boende. Det ska framgå hur och vem som tog kontakt.
3. Är läkarverifierade medicinska diagnoser angivna?	Det ska finnas aktuella och tidigare diagnoser verifierade av läkare. Källan (ex. NPÖ eller epikris) till uppgifterna ska vara angiven.
4. Är personens aktuella aktivitetsförmåga beskrivet under *aktivitet/delaktighet*?	Får man en tydlig bild av patientens aktivitets- och funktionsförmåga när man läser under aktivitet/delaktighet? Både vad personen klarar och inte klarar. Gör även en bedömning om det stämmer med er bild av hur personen fungerar idag?
5. Är personens kommunikativa förmåga beskrivet under *kommunikation*?	Finns det beskrivet hur personen kommunicerar genom ex. språk, tecken, symboler, läsa, skriva och om kommunikationshjälpmedel används?
6. Är personen aktuella funktionstillstånd beskrivet under *kroppsfunktion*?	Får man en tydlig bild hur patientens kroppsstrukturer och funktioner när man läser under kroppsfunktion? Både vad som fungerar och inte fungerar. Stämmer den med er bild av hur patienten fungerar idag?
7. Är relevanta mätvärden dokumenterade?	Läs i journalen och skapa dig en bild av patientens problem och risker som finns dokumenterade. Finns relevanta mätvärden dokumenterade, su under mätvärden?
8. Utifrån fråga 4,5, och 6 (status) och de problem och risker som identifierats där, finns vårdplaner upprättade?	Finns återkommande problem där åtgärder sätts in ska vårdplan upprättas. Ex. om personen har svamp i ljumskarna som behandlas med salva ska det dokumenteras i vårdplan och inte direkt under status. Finns det vårdplaner för alla återkommande problem och risker som framkommer i status?
Titta på tre vårdplaner. För att svara ja, ska alla tre vårdplanerna uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.	
9. Finns *problem/bedömning* beskriven i alla vårdplanerna?	Finns en sammanfattande beskrivning av den utredning och bedömning som gjorts? (ex. resultat från ADL-bedömning, smärtskattning, sårskattning, nutritionsutredning) som ger ett underlag för den eller de planerade åtgärderna
10. Finns det ett *mål* i vårdplanerna?	Utifrån problem/bedömning finns det ett mål, dvs ett förväntat resultat beskrivet? (ex. att självständigt kunna gå till toaletten, att självständigt kunna inta sin medicin?)

11. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med *vad, när, hur och vem*?	Under planerad åtgärd, framgår det vad som ska göras, när det ska göras och vem/kompetens som ska utföra åtgärden?
12. Under *utförd åtgärd/uppföljning,* är åtgärderna uppföljda?	Framgår det att planerade åtgärder har utförts och hur det har fungerat?
13. Är inaktuella vårdplaner avslutade?	Är vårdplaner som man inte dokumenterat på under det senaste halvåret avslutade? Har man skapat ny vårdplan vid ny riskbedömning av ex. senior alert eller vid nytt problem?
14. Under *resultat,* finns det beskrivet om man uppnått målet?	Titta på tre avslutade vårdplaner. Kan man se om det finns en beskrivning av måluppfyllelse kopplad till målet. Läs i journalen om målet är uppnått.
Välj ut tre vårdplaner med åtgärder som ska utföras av baspersonal. För att svara ja ska alla tre vårdplaner uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.	
15. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med *vad, när, hur och vem*?	Följande ska framgå: **Vad:** Vilken uppgift sak utföras? **Hur:** Hur uppgiften ska genomföras och ev. om den ska signeras **Vem:** Om all baspersonal får utföra uppgiften eller om det kräver delegering eller särskild utbildning/handledning **När:** Hur ofta och eventuellt dag och tid uppgiften ska utföras.
16. Är det beskrivet när och hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras?	Finns det uppgifter om när och vad baspersonalen förväntas dokumentera skriftligt i vårdplanen angående uppföljning
17. Är åtgärder som ska utföras av baspersonal fördelade i verksamhetssystemet?	
18. Finns uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärden dokumenterad av baspersonalen?	I de fall leg. Personal efterfråga skriftlig uppföljning, finns det som efterfrågas?
19. Är åtgärder som inte är längre aktuella återkallade i verksamhetssystemet?	Leg. Personal ska återkalla, ta bort fördelningen för icke aktuella åtgärder. Kontrollera så att det är gjort.
20. Är språket lättförståeligt, utan förkortningar och andra svåra begrepp som kan vara svåra för patienten att förstå?	Patienten har rätt att få ta del av sin journal och den ska därför vara lätt att förstå. Uppfyller journalen detta krav?
21. Framkommer det att/hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts?	Läs journalen. Finns det dokumentation som beskriver ad den enskilde tycker, upplever och tänker.

Enhet
Ansvarig chef
Medverkande

Del 1. Allmänt

Gå igenom 5 utvalda journaler med arbetsterapeut/fysioterapeut och sjuksköterskeinsatser med planerade åtgärder fördelade till bas/omvårdnadspersonal.

Skriv in 1 = ja eller 0 = nej i patientens kolumn

Frågeställning	1	2	3	4	5	Antal nej svar
22. Är samtycke till informationsöverföring HSL mellan vårdgivare dokumenterat i *Sekretess/samtyckesmodulen*?						
23. Är uppgifter om bakgrund till vården beskrivet?						
24. Är läkarverifierade medicinska diagnoser angivna?						
25. Är personens aktuella aktivitetsförmåga beskrivit under *aktivitet/delaktighet*?						
26. Är personens kommunikativa förmåga beskrivet under *kommunikation*?						
27. Är personen aktuella funktionstillstånd beskrivet under *kroppsfunktion*?						
28. Är relevanta mätvärden dokumenterade?						
29. Utifrån fråga 4,5, och 6 (status) och de problem och risker som identifierats där, finns vårdplaner upprättade?						
Titta på tre vårdplaner. För att svara ja, ska alla tre vårdplanerna uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.						
30. Finns *problem/bedömning* beskriven i alla vårdplanerna?						
31. Finns det ett *mål* i vårdplanerna?						
Frågeställning	1	2	3	4	5	Antal nej svar
32. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med *vad, när, hur och vem*?						
33. Under *utförd åtgärd/uppföljning,* är åtgärderna uppföljda?						
34. Är inaktuella vårdplaner avslutade?						
35. Under *resultat,* finns det beskrivet om man uppnått målet?						

Välj ut tre vårdplaner med åtgärder som ska utföras av baspersonal. För att svara ja ska alla tre vårdplaner uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.						
36. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med *vad, när, hur och vem*?						
37. Är det beskrivet när och hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras?						
38. Är åtgärder som sak utföras av baspersonal fördelade i verksamhetssystemet?						
39. Finns uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärden dokumenterad av baspersonalen?						
40. Är åtgärder som inte är längre aktuella återkallade i verksamhetssystemet?						
41. Är språket lättförståeligt, utan förkortningar och andra svåra begrepp som kan vara svåra för patienten att förstå?						
42. Framkommer det att/hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts?						
SUMMA						

Del 2. Informationsöverföring vid fördelad vård-/hälsoplan och sjukvårdsåtgärd till baspersonal

Kraven på en god och säker vård måste uppfyllas vid fördelning/delegering av åtgärder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen får bara fördela/delegera en arbetsuppgift till någon personal om kraven för en god och säker vård uppfylls. Den som fördelar en åtgärd till någon annan personal ansvarar för att personen får den kompetens som krävs för att göra uppgiften samt säkerställa att de tagit del av åtgärden.

Diskutera och skriv ner era kommentarer på frågorna nedan:

1. Hur säkerställs att personalen har rätt kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd i fördelad vårdplan på din enhet?
2. Hur säkerställer du att baspersonalen vet om att du har fördelat en åtgärd?
3. Diskutera och skriv gärna ner goda exempel.

Om ni inte kan svar på hur det går till och att det är säkerställt, behöver detta ingå i handlingsplanen för förbättringsåtgärder.

Fyrbodal

Rutin för utlämnande av hälso- och sjukvårdsjournal

Syfte

När vi hanterar dokumentation görs detta med respekt för patientens självbestämmande, integritet och delaktighet i sin vård. Detta inkluderar rätten att begära journalkopia av patientjournalen.

Kvalitetsledningssystem

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om informationsöverföring och journalföring i hälso- och sjukvården ska varje vårdgivares ledningssystem innehålla informationspolicy. Rutiner ska finnas för hantering av patientuppgifter och av vilka det ska framgå vem eller vilka som har rätt att på vårdgivarens uppdrag fatta beslut om ett utlämnande. Alla handlingar i patientjournalen är allmänna handlingar, men omfattas av sekretess. Originalhandlingar får aldrig lämnas ut.

Utlämnande till patient

- Patienten kan begära ut handlingar genom ett personligt besök, t ex genom att läsa sin elektroniska journal på datorskärm, legitimerad personal ska finnas med.
- Via brev, krypterad e-post, telefon eller ombud.
- Patient kan inte ställa krav på att få ut sin journal digitalt, men kan få det utlämnat på detta sätt om vårdenheten har möjlighet till sådan framställning.

Ett utlämnande, oavsett i vilken form, måste alltid föregås av sekretessprövning.

När förfrågan kommer från patient om dokument som skrivs inom kommunal primärvård ska den behandlas så snart som möjligt, senast inom en vecka.

Den som lämnar ut patientjournalen ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna, (legitimation). Skickas kopia med post kan brevet rekommenderas. Kommunen har rätt att ta betalt för utlämnande av kopior.

Ansvarig för utlämnande av journal

- Legitimerad personal med patientkontakt
  (Om inte viss befattningshavare enligt arbetsledning eller särskilt beslut ska göra detta).

Ansvarig vid beslut om inte utlämnande av journal

- Verksamhetschef

Tillvägagångssätt

- Fråga patienten om hon/han vill att journalen/del av journal lämnas ut.
- Fråga om det är någon särskilt uppgift som begärs.
- Be att få telefonnummer till den som begär att journal/del av journal ska lämnas ut, om kontakt behöver tas.

- Informera om att utlämning av journal/del av journal sker efter menprövning och att utlämningen sker så snart som möjligt senast inom en vecka.
- Gör en menprövning av journalen.
    1. Läs igenom alla journalhandlingar som begärts.
    2. Sekretess gentemot patienten själv gäller för uppgift om dennes hälsotillstånd, om det med *hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen* är av *synnerlig vikt* att uppgiften inte lämnas ut till patienten.
    3. Sekretess gentemot patienten gäller även om någon privatperson lämnat uppgifter om patienten och det kan antas att ett utlämnande skulle medföra fara för *våld eller annat allvarligt men* uppkommer för uppgiftslämnaren eller patientens närstående.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kan vid behov rådfrågas när ett beslut om helt eller delvis avslag på utlämnande sker. Ärendet handläggs av verksamhetschef.

När beslut att lämna ut journal är fattat

- Dokumentera i journal vilka handlingar, del av handling som lämnas ut.
- Dokumentera i journal till vem journal lämnas ut till samt datum och årtal.
- Om kopia på journalen skickas med post ska brevet alltid vara rekommenderat.
- Ett följebrev skall finnas med när kopia på journalen skickas med post.
- Detta gäller dock inte utlämnande genom direktåtkomst. [4]

Utlämnande till annan är patienten

Annan än patienten själv har rätt att begära ut en journalhandling då dessa är allmänna handlingar som omfattas av sekretess. T.ex. en nära släkting. Släktskapsintyg från skattemyndigheten, ett s.k. släktskapsintyg går att beställa. Även ”dödsfallsintyg med släktutredning”. Innan patientjournal lämnas ut måste frågan ställas om beställaren är närstående till patienten om patienten avlidit. I annat fall ger patienten sitt samtycke.

- Fråga närstående om hon/han vill att journalen/del av journal lämnas ut.
- Fråga om det är någon särskilt uppgift som begärs.
- Be att få telefonnummer till den som begär att journal/del av journal ska lämnas
- ut, om kontakt behöver tas.
- Informera om att utlämning av journal/del av journal sker efter menprövning, även om att patienten lämnat samtycke och att utlämningen sker så snart som möjligt senast inom en vecka
- Gör en menprövning av journalen.
- MAS kan vid behov rådfrågas när ett beslut om helt eller delvis avslag på
- utlämnande sker. Ärendet handläggs av verksamhetschef.

När beslut att inte lämna ut journal är fattat.

- Dokumentera i journal vilka handlingar, del av handling som inte lämnas ut.
- Brev med beslut att inte lämna ut journal skickas med post.
- Dokumentera datum när beslut skickas.
- Kopia på beslut att inte lämna ut journal skall läggas i journal.
- Sänd med information om hur beslutet överklagas. Se blankett Överklagan av beslut.

[4] (PDL 3 kap. 11 §)

Menprövning

Att lida men betyder ungefär att patienten upplever det som obehagligt eller att det finns risk för att bli illa omtyckt eller trakasserad om uppgiften kommer ut.

- Den som tar ställning till om en uppgift får lämnas ut till annan person än patienten, bör ta reda på vad uppgiften ska användas till för att kunna utföra en menprövning. En menprövning innebär att det inte får finnas någon risk att patienten eller närstående kan komma att lida men på grund av informationen. Sekretess gäller inte om det är klart att en uppgift kan lämnas ut utan att den enskilde eller någon närstående lider men.
- Om vårdpersonal av sekretesskäl inte vill lämna ut journaluppgift eller utlämnandet sker med förbehåll som inskränker patientens rätt att förfoga över uppgiften ska patienten upplysas om att frågan kan föras upp till verksamhetschefen.
- Är menprövningen korrekt ska verksamhetschefen ge den som begärt uppgifterna ett skriftligt avslagsbeslut med motivering till avslaget samt hänvisning till att beslutet kan överklagas till kammarrätt.

När annan vårdgivare begär kopior

1. Kontrollera om vårdgivaren skickat med giltig fullmakt
2. Kontrollera om vårdgivaren i tjänsten intygar att patientens muntliga medgivande inhämtats.

Om något av ovanstående är uppfyllt – skicka begärda journalkopior till vårdgivaren. Ev. kan journalkopiorna i stället skickas till patienten som sedan själv kan ta med dem till sin vårdgivare.

När Försäkringskassan begär kopior

1. Kontrollera om Försäkringskassan skickat med giltig fullmakt.
2. Kontrollera om uppgiften behövs i ett ärende som rör tillämpningen av socialförsäkringsbalken i ärende om sjukpenning, pension o dyl. I dessa fall föreligger nämligen skyldighet att lämna ut begärda uppgifter

Om fullmakt finns – skicka handlingarna till Försäkringskassan
Om skyldighet att lämna ut begärda journalkopior föreligger – skicka begärda uppgifter (men inte mer) oavsett om fullmakt finns eller inte.

När försäkringsbolag begär kopior

Enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) får ett försäkringsbolag begära samtycke till att inhämta uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd. Samtycket ska lämnas på en av försäkringsbolaget särskild upprättad handling. Det ska framgå av handlingen att samtycket är

begränsat till att gälla under regleringen av försäkringsfallet. Försäkringsbolaget ska i samband med att samtycke begärs informera om innebörden av att samtycke ges.

1. Kontrollera att försäkringsbolaget skickat med giltig underskrift/fullmakt.
2. Överväg, mot bakgrund av journalinnehållet, huruvida det skulle kunna finnas anledning att skicka kopiorna *till patienten*, som, då han/hon själv ser journalinnehållet, kanske hellre avstår från att utnyttja sin försäkring än att få journalkopiorna utlämnade till försäkringsbolaget.

Om ovanstående är uppfyllt – skicka begärda journalkopior till försäkringsbolaget.
Om ovanstående inte är uppfyllt – rådgör omgående med MAS eller verksamhetschef.

Polisens rätt att få ut uppgift

Polismyndigheten kan begära en journalkopia. Här behövs ingen menprövning mot patienten eftersom polismyndighetens rätt utgör ett undantag från sekretessen.

När en förundersökning har inletts gällande misstanke om brott med en straffsats som inte understiger ett år, eller sex- och våldsbrott mot unga som inte fyllt arton år, har både domstol, åklagare och polis rätt att begära muntliga eller skriftliga uppgifter – oavsett om patientens medgivande finns eller inte. Vid tveksamhet om utlämnande kan man begära kopia av åklagarens beslut om inledande av förundersökning.

Enligt Offentlighets – och sekretesslagen [5] kan uppgifter lämnas med förbehåll, dvs. att uppgiften inte får lämnas ut i andra hand.

Om informationen begärs per telefon, ska uppgifterna lämnas ut genom återuppringning via Polisens växel.

Beslut att inte lämna ut journal kan överklagas till Kammarrätten

För att överklagandet ska prövas måste det ha inkommit *senast inom tre veckor* från den dag klaganden tog del av det beslut som överklagas. Ett överklagande som inkommit i rätt tid skickas vidare till kammarrätten om myndigheten inte själv ändrar beslutet på det sätt som begärs i överklagandet.

Överklagandet ska göras skriftligt. Skrivelsen ska ställas till Kammarrätten.

- Av överklagandet ska framgå vem som överklagar med angivande av adress och gärna telefonnummer.
- Tala om vilket beslut som överklagas genom att ange t.ex. diarienummer, beslutsfattare och datum för beslutet.
- Ange också varför beslutet anses oriktigt och vilken ändring som begärs.
- Om andra handlingar åberopas till stöd för överklagandet bifogas även dessa.

[5] *Offentlighets- och sekretesslagen, 10 kap. 4 §*

Referenser

SFS 2008:355	Patientdatalag
SFS 2009:400	Offentlighets- och sekretesslag
SOSFS 2008:14, 4 kap	Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
SFS 1998:204	Personuppgiftslag
SFS 2010:659	Patientsäkerhetslag
2005:104	Försäkringsavtalslag (2005:104)

Fyrbodal

Överklagan av beslut.

Besvärshänvisning,
skickas med beslut att inte lämna ut journal/del av journal.

Hur du överklagar av ett beslut att inte lämna ut journalhandling.

Skriv och tala om vem du är, vilket beslut du överklagar och hur du vill ha beslutet ändrat.

Överklagandet skall ha inkommit till förvaltningen **inom tre veckor** från det att du tagit del av beslutet.

Underteckna skrivelsen och gör namnförtydligande.

Om du behöver fler upplysningar om hur överklagan går till vänd dig till den person som fattat beslutet.

Socialtjänsten har möjlighet att ompröva beslut, om detta inte sker skickas överklagandet till Kammarrätten.

Fyrbodal

Rutin för användande av NPÖ

Patientdatalagen, PDL (2008:355) ger vårdgivare rätten att via sammanhållen journalföring ta del av uppgifter som finns i en patients journal hos andra vårdgivare under förutsättning att patienten gett sitt samtycke.

Nationell Patientöversikt (NPÖ) används för att ta del av andra vårdgivares uppgifter om en patient.

Mål

Målet med NPÖ är att säkerställa rätt information i rätt tid och till rätt person.

När ska NPÖ användas

När det finns en patientrelation kan personuppgifter sökas via NPÖ. Det innebär att patienten måste finnas i verksamhetssystemet. Patienten ska ha fått information om detta och ha samtyckt till det.

Patientrelation finns när patienten är/blir inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården. I samverkande sjukvård och i samarbetet med 1177 finns också en patientrelation.

Vilka har åtkomst till NPÖ

All legitimerad personal kan komma åt patientuppgifter i Nationell Patientöversikt (NPÖ).

Den legitimerade personalen använder NPÖ som konsumenter dvs läser vad andra antecknat om patienten. Regelverk finns för åtkomst till NPÖ. Det finns även möjlighet för kommuner att vara producent i NPÖ.

Utöver legitimerad personal ska det finnas en systemadministratör som kan tilldela medarbetaruppdrag, spärra uppgifter och göra logguppföljning.

Samtycke

Legitimerad personal frågar om samtycke vid varje ny vårdrelation. Patienter som redan är inskrivna i den kommunala primärvården ska informeras och ge sitt samtycke.

Nya patienter informeras och lämnar sitt samtycke vid inskrivningstillfället.

Samtycket ska dokumenteras. När vårdrelationen upphör ska det också dokumenteras i patientens journal.

Om patienten bedöms vara beslutsoförmögen kan samtycke inte inhämtas.

Vid nödsituation träder nödrätten in, vilket innebär att information kan inhämtas utan samtycke, för enstaka tillfälle. För att använda nödrätten krävs en menprövning av legitimerad personal samt att även det skall dokumenteras i patientens journal.

Se bilaga *Samtycke informationshantering och kvalitetsregister* och *Information vid samtycke*.

Fyrbodal

Samtycke informationshantering och kvalitetsregister

Ditt samtycke gäller under den tid som du får kommunala insatser, du kan närsomhelst återkalla sitt samtycke.

Jag samtycker till att legitimerad personal:

vid behov kan hämta information från tidigare vårdgivare	Ja ☐	Nej ☐
vid behov kan hämta information från pågående vårdgivare	Ja ☐	Nej ☐
kan hämta information från Nationell patientöversikt	Ja ☐	Nej ☐
vid behov hämtar information från Pascal	Ja ☐	Nej ☐
får lämna information till andra vårdgivare	Ja ☐	Nej ☐
får lämna information till närstående	Ja ☐	Nej ☐

Samtycket gäller från och med datum: .....

Namn: .....

Personnummer .....

Underskrift .....

Typ av samtycke, markera val: uttryckligt ☐ konkluderat ☐ presumerat ☐

Samtycket återkallas från och med (ååmmdd): .....

.....

Underskrift

Information vid samtycke

I syfte att ge god vård kan det vara nödvändigt att utbyta information om Din hälsa och Ditt vård- och omsorgsbehov med annan vårdgivare. Med annan vårdgivare avses sjukhus, vårdcentral och i förekommande fall annan kommun. För att kunna ta del av annan vårdgivares information, om Din hälsa och vilket vårdbehov Du har, krävs Ditt samtycke.

Vård- och omsorgspersonal har rätt att registrera Dina personuppgifter i en journal enligt Patientdatalagen även om Du inte ger Ditt samtycke. De kan också bli skyldiga att lämna ut Dina personuppgifter till andra myndigheter.

Du kan välja att spärra uppgifter som Du inte vill ska finnas tillgängliga för andra vårdgivare. Du kan när som helst begära att spärrar tas bort.

Ditt samtycke gäller under den tid som Du får kommunala insatser.

Personuppgifterna kan också registreras i nationella eller regionala kvalitetsregister. Kvalitetsregistren är inrättade för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.

Integritet och sekretess

Din integritet skyddas av lagstiftning och regleras i Patientdatalagen, Arkivlagen Dataskyddsförordningen och GDPR (Generell Data Protection Regulation).

Offentlighets- och sekretesslagen samt behörighetssystem reglerar vem som får tillgång till information om Dig. Förutsättningar för att ha rätt att ta del av information från annan vårdgivare är en aktuell vårdrelation samt att Du lämnat samtycke eller då detta inte var möjligt att annan sekretessbrytande bestämmelse tillämpas. En vårdrelation uppstår inte bara genom ett fysiskt möte med personal hos en vårdgivare utan kan exempelvis inledas vid mottagande av remiss eller kallelse till samordnad individuell planering.