



Förstudie Utvidgad samtyckestjänst

Förstudie utförd av Inera AB





Innehåll

Begrepp och definitioner	5
1. Sammanfattning	7
1.1 Inledning	7
1.2 Behovsanalys	8
1.3 Juridisk genomförbarhet för en utvidgad samtyckestjänst	8
1.4 Arkitektur	9
1.5 Slutsats	10
2. Inledning.....	11
2.1 Bakgrund till förstudien	11
2.2 Syfte med förstudien.....	12
2.3 Effekter som vi hoppas kunna uppnå genom en utvidgad samtyckestjänst	13
2.4 Nuläget	14
2.5 Förstudiens metod.....	15
3. Juridik – Processer – samtyckessituationer	17
3.1 Inledning	17
3.1.1 Patientens rätt att själv bestämma är en utgångspunkt för vården.....	17
3.1.2 Sammanhållen journalföring via direktåtkomst	17
3.1.3 Utlämnande med stöd av samtycke	17
3.1.4 Utlämnande efter så kallad ”men-prövning”	18
3.1.5 Den enskildes rätt till inflytande, delaktighet och skydd för sin integritet	19
3.2 Samtycke till behandling av personuppgifter.....	19
3.3 Samtycke i hälso- och sjukvården	20
3.3.1 Samtycke i samband med digitala hälsouppgifter och sammanhållen journalföring.....	21
3.3.2 Juridisk grund för behandling i register med hälsodata.....	21
3.3.3 Samtycken angående den nationella läkemedelslistan	22
3.3.4 Samtycken avseende biobanker i hälso- och sjukvården	22
3.4 Samtycke inom kommunal socialtjänst	23
3.5 Sammanhållen personakt för informationsdelning mellan vård och omsorg	24
3.6 Slutsatser - juridik	25
4. Processmodell – Hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst	26
4.1 Observationer	26



5. Arkitektur	28
6. Behovsinventering	29
6.1 Målgrupper för tjänsten.....	29
6.2 Samtyckessituationer	29
6.3 Önskvärda funktioner i en samtyckestjänst för hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst.....	29
7. Diskussion och slutord	31
7.1 Diskussion och analys	31
7.1.1 Juridisk genomförbarhet för en utvidgad samtyckestjänst	31
7.1.2 Individens möjlighet att se och styra sina egna samtycken	31
7.1.3 Statliga utredningar om juridiska förhållanden	32
7.2 Förslag på aktiviteter som kan föra utvecklingen framåt.....	32
Bilaga 1 Erkännanden och tack	34
Bilaga 2 Brev till utredningen	35
Bilaga 3 Processmodeller för vård och omsorg	37
Bilaga 4 Samtycke inom biobanksområdet	42
Bilaga 5 Socialtjänsten i en kommun – Några exempel på samtyckessituationer	43
Bilaga 6 Arkitektur - fördjupning	49
Bilaga 7 – Behovsinventering - Kartläggning	56
Bilaga 8 Socialstyrelsens nationella informationsstruktur	74



Begrepp och definitioner

Direktåtkomst

Begreppet saknar uttrycklig definition men omnämns till exempel i PDL fler än 20 gånger. Det innebär att den vårdgivare som efterfrågar personuppgifter hämtar informationen själv, dock utan möjlighet att ändra informationen hos den part som är ansvarig för informationen. Direktåtkomst är juridiskt möjlig endast inom hälso- och sjukvård med stöd av 6 kap. patientdatalagen som ger stöd för sammanhållen journalföring där vårdgivare kan se informationen om patienten givet sitt samtycke till detta, inte spärrat informationen och bland annat vissa villkor rörande aktuell patientrelation är uppfyllda.). För att få en detaljerad förståelse för begreppet rekommenderas läsning av Patientdatalagen (2008:355).

Hälsa (enligt Världshälsoorganisationen)

Ordet avser ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvård

Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

Journalhandling (enligt Patientdatalagen)

Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt 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.

Kommunal socialtjänst

I förstudien avses med "kommunal socialtjänst", verksamhet som bedrivs i kommunal regi inom en eller flera nämnder främst med stöd av socialtjänstlagen. Det visar sig att personer som arbetar till exempel i särskilda boenden utför verksamheter som ligger inom både hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagen och därför behöver dokumentera i två olika system med stöd av olika lagar. Det innebär att lagars tillämpningsområde är mer lämpade än vad organisationsformer eller namn på organisationer är för att tillfredsställa förstudiens behov av att kategorisera aktiviteter.

Patientjournal (enligt Patientdatalagen)

En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

Sammanhållen journalföring (enligt Patientdatalagen)

Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.



Samtycke

Med ”samtycke” avses enkelt uttryckt ”att säga ja till något”. Individen har tagit ett beslut. Det kan handla om att säga ja till att en person eller organisation får använda mina personuppgifter på ett visst sätt. I vidare bemärkelse kan det också handla om samtycke till behandling eller att individen säger ja till att socialtjänsten får efterfråga informationer om individen som handhas av andra myndigheter. Om inte annat anges, avses i den här framställningen samtycke¹ i den europeiska dataskyddsförordningens mening.

Vårdenhet

En vårdenhet är enligt Socialstyrelsens termbank ”en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård”. Patientdatalagen omnämner vårdenheter men ger ingen uttrycklig definition av termen. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ”utgör ofta de privata vårdgivarna en enda enhet (prop. 2007/08:126 s. 241). Inom den offentliga hälso- och sjukvården är det naturligt att se varje vårdcentral som en enhet. Ett sjukhus är däremot normalt inte en enda enhet. Hur gränserna närmare ska dras inom en vårdgivares verksamhet bestäms ytterst av varje vårdgivare (prop. 2007/08:126 s. 241). Enligt förarbetena (till PDL) behöver gränserna dras på ett praktiskt och rimligt sätt för vårdgivaren så att verksamheten inte tyngs med onödig administration. Även inom en vårdenhet eller vårdprocess gäller att en befattningshavare endast ska anses behörig att ta del av uppgifter om en patient om denne deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete (prop. 2007/08:126 s. 241-242). Se även ”vårdprocess” nedan.

Vårdgivare (enligt patientdatalagen)

Statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Vårdprocess

Vårdprocess definieras i Socialstyrelsen Föreskrifter och allmänna råd 2 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40 som en ”process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat”. Av förarbetena till PDL framgår att avgränsningen av en vårdprocess är funktionell och inte organisatorisk såsom beträffande vårdenhet. En vårdprocess kan med andra ord inbegripa avgränsbara aktiviteter eller åtgärder hos olika vårdenheter som har ett funktionellt samband. Se även ”vårdenhet” ovan.

¹ Datainspektionen informerar om samtycke <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/rattslig-grund/samtycke/>



1. Sammanfattning

1.1 Inledning

Förstudien har utförts av Inera AB med finansiering från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) med uppgift att undersöka möjligheterna och förutsättningarna för en utvidgad/utökad samtyckestjänst inom hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst² (se avsnittet begrepp och definitioner).

Inera har idag en samtyckestjänst som är begränsad till sammanhållen journalföring genom direktåtkomst. Vårdgivare anslutna till tjänsten Nationell Patientöversikt (NPÖ) hanterar med dess hjälp samtycken inhämtade från patienter.

Förväntade nyttoeffekter

För invånarna kan ett koordinerat och gott omhändertagande vara beroende av insatser från både regioner och kommuner såväl som från privata vårdgivare eller privata utförare i socialtjänsten. Det ökande antalet personer med stora och komplexa behov av vård och omsorg är i kontakt med ett flertal utförare. Det finns därför ett stort och växande behov av att samverka och dela information över olika verksamheters gränser på ett effektivt och rättssäkert sätt.

Personuppgifter behövs ofta utan fördröjning som underlag för möten med vården och omsorgen där beslut ska fattas och bidrar då till att sänka risken för felaktiga insatser och behandlingar. Behovet av tillgång till information om individen samexisterar med behovet att skydda individens integritet. Grundregeln är att alla insatser inom kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård i princip är frivilliga.

Invånarna kan ge ett flertal samtycken över en lång tidperiod och behöver kunna få en överblick över sin situation. Det är också önskvärt att de ska kunna få information om innebörden av sina samtycken. Den punkten blir speciellt viktig om invånarna står i begrepp att ge samtycke på förhand, modifiera eller återta ett sådant.

Omfattning av förstudien

Förstudien har gjort beskrivning av verksamheternas behov med hänsyn till invånarnas perspektiv. Den har även kartlagt situationer där invånarna behöver ge sina samtycken³ inom olika vård- och omsorgsprocesser, vilka aktörerna är och vad som behöver dokumenteras. En juridisk analys av olika samtyckessituationer har gjorts och en lämplig IT-arkitektur beskrivits översiktligt.

² Se avsnittet Begrepp och definitioner angående ”samtycke” kommunal socialtjänst”.

³ Med ombud avses enligt förvaltningslagen den som har fullmakt att helt eller delvis föra talan för uppdragsgivarens (den enskildes) räkning. Åtgärder som ombudet vidtar enligt fullmakt är bindande för uppdragsgivaren. Ombudet är behörigt att företräda uppdragsgivaren i hans eller hennes frånvaro.



Förstudien har vägletts av en referensgrupp för socialtjänst och två grupperingar inom hälso- och sjukvård. De har bland annat föreslagit de samtyckessituationer som de anser är mest aktuella.

Arbetet har varit begränsat till hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst. Det har inte behandlat: ombudssituationer⁴ där till exempel familjemedlemmar representerar varandra, frågan om signaturer (med undantag för arkitekturpåverkan). Inte heller insatser med stöd av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller enligt olika tvångslagar har ingått.

1.2 Behovsanalys

De personer från vård och omsorg som medverkat i förstudien har i stort bekräftat intresset av förstudiens förväntade nyttoeffekter. Exempel på samtyckessituationer i kommunal socialtjänst omfattar inhämtande av information i utredningsfasen av omsorgsprocessen och när samverkan med vården äger rum. I hälso- och sjukvården omnämns till exempel samtycken för biobanksregister, den kommande nationella läkemedelslistan och samverkan med omsorgen.

Ett antal samtyckessituationer⁵ har listats i rapporten men förutsättningarna för att ta fram lösningar i en utvidgad samtyckestjänst bedöms i dagsläget vara mycket begränsade.

Behovet att ge invånarna information om deras samtycken och samtycken i allmänhet bejakas av deltagarna i förstudien.

1.3 Juridisk genomförbarhet för en utvidgad samtyckestjänst

Förstudien har noterat att sammanhållen journalföring och avhängande direktåtkomst förekommer endast inom hälso- och sjukvård och då med stöd av 6 kap. Patientdatalagen.

Socialtjänstens uppdelning i avdelningar i olika nämnder och avsaknaden av en sekretessbrytande bestämmelse i samma kommun innebär att det finns en sekretessgräns kring varje enskild nämnd. Alla informationsdelningar sker via utlämnande och själva existensen av vissa samtycken representerar i sig känslig information i förhållande till andra delar av socialtjänsten. Ett system som liknar sammanhållen journalföring inom vården kan inte skapas inom kommunal socialtjänst utan författningsändring.

Individens rätt att se sina egna samtycken

Under utredningens gång har det beaktats att det skulle vara önskvärt att invånarna kan se och gärna också modifiera sina samtycken före, under och efter sina kontakter med vård och omsorg (och möjligen andra sektorer i framtiden). Detta pekar mot ett behov av någon form av sammanhållen samtyckestjänst som individen kan logga in på, exempelvis webbplatsen 1177.se.

⁵ Bilaga 7 återger exempel som givits.



Inom hälso- och sjukvård och för information som omfattas av sammanhållen journalföring bör de juridiska förutsättningarna vara goda för att ge individen möjlighet att se sina egna samtycken.

Även inom kommunal socialtjänst borde det vara juridiskt möjligt⁶ för individen att se sina samtycken.

Information om vad samtycke innebär och vad som kommer att hända i mötet med verksamheterna bör kunna ges till invånarna oavsett möjligheterna att införa en samtyckestjänst för ett visst område.

Statlig utredning

I juni 2019 tillsatte regeringen en utredning⁷ med uppdrag att utreda förutsättningarna för att förenkla och öka möjligheterna till informationsutbyte inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den ska bland annat utreda möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter inom vård och omsorg, att införa vissa nya sekretessbrytande bestämmelser och att ge ombudåtkomst till patientjournal. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021.

Utredningen kan komma att ha en stor inverkan på rättsläget. Framförallt skulle införande av direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård kunna skapa förutsättningar som liknar de inom vilka Ineras nuvarande samtyckestjänst fungerar för hälso- och sjukvården. Schematiskt skulle kommunala nämnder där verksamhet enligt socialtjänstlagen pågår kunna se information om individen som genererats av andra nämnder i samma kommun eller av andra kommuner eller kanske även utförare. Idag vet vi dock inget säkert om utredningens slutsatser.

1.4 Arkitektur

Samtyckestjänsten stödjer i sin nuvarande utformning endast hantering av samtycken för sammanhållen journalföring.

För att ge invånaren möjlighet att överblicka alla sina samtycken inom sammanhållen journalföring skulle det krävas en vidareutveckling av tjänstens tekniska gränssnitt samt etablering av samverkan mellan lokala journalsystem, Ineras integrationsplattform och tjänster där individen kan se och hantera sina samtycken, exempelvis 1177.se).

Om samtyckestjänsten ska utökas för att stödja andra aktörer än vårdgivare som till exempel socialtjänsten och andra typer av samtycken så krävs det en förändring av informationsmodellen

⁶ Sju rättsliga hinder och sex oklarheter som hämmar en ökad kvalitet i socialtjänsten genom digitalisering” Sveriges Kommuner och Regioner 2019 Manólis Nymark.

⁷ Dir. 2019:37 Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.



samt förändring av tjänstens arkitektur och utförande. Det är också troligt att det krävs en lösning för att unikt identifiera nya aktörer som inte har HSA-Id.

Stöd för digitalt signerade samtycken skulle medföra en betydligt större förändring, och utbyte av samtyckesinformation mellan aktörer innebär en än större utmaning. Den sistnämnda punkten är av sådan omfattning att den inte kunnat analyseras fullt ut.

Gemensamt för alla förändringarna är att kravbilden behöver förtydligas innan det går att ge mer specifika svar på hur arkitekturen påverkas.

1.5 Slutsats

Ingen av de samtyckessituationer inom vård och omsorg som under förstudien föreslagits gäller samtycken till informationsdelning som skulle kunna ske via direktåtkomst. Detta utgör en utmaning eftersom Ineras samtyckestjänst hanterar samtycken i en modell som fungerar med informationsdelning via direktåtkomst inom ramen för sammanhållen journalföring med stöd av PDL.

Samtycken som gäller andra situationer än sammanhållen journalföring via direktåtkomst inom hälso- och sjukvård är vanliga. Det är mer tekniskt komplext att införa digital samtyckeshantering generellt och vissa fall kräver lagändringar som just nu utreds.

Frågan om direktåtkomst i socialtjänsten ingår i direktivet till en statlig utredning (betänkande maj 2021) och är av speciellt stor betydelse för den juridiska genomförbarheten för en utvidgad samtyckestjänst.

Det förefaller mindre lämpligt att starta ett betydande projekt precis innan författningsförändringar under utredning skulle kunna i grunden ändra deras förutsättningar. Samtidigt är det fullt möjligt att inga författningsändringar kommer att ske på de här områdena under de kommande åren.

Däremot skulle en utvidgning av samtyckestjänsten med sikte på att ge invånarna överblick och eventuellt kontroll över sina samtycken inom sammanhållen journalföring via 1177 ha goda förutsättningar för att vara juridiskt och tekniskt genomförbar. Detta är också något som personer från verksamheten som medverkat i förstudien anser kan underlätta mötena mellan verksamheter och invånare.



2. Inledning

2.1 Bakgrund till förstudien

Digitala dokument och mer allmänt digital information ersätter pappersdokument på alla nivåer i samhället. I verksamheterna i regioner och kommuner uppstår det situationer där invånare och brukare behöver ge sitt samtycke till att något ska få ske. Det kan handla om behandling av personuppgifter men också om nästan varje aspekt av verksamheterna där det förekommer situationer där invånaren behöver ge sitt samtycke. Det är av stor vikt att de digitala informationssystemen kan hantera samtycken på ett adekvat sätt med effektivitet och säkerhet.

För invånarna kan ett väl koordinerat och gott omhändertagande vara beroende av insatser från både regioner och kommuner såväl som från privata vårdgivare eller privata utförare i socialtjänsten. Personer med stora och komplexa behov av vård och omsorg är i kontakt med ett flertal utförare. Det finns därför ett stort och växande behov av att samverka och dela information över olika verksamheters gränser.

Personuppgifter behövs ofta utan fördröjning som underlag för möten med vården och omsorgen där beslut ska fattas. Risken för felaktiga insatser och behandlingar och fördröjningar minskar om ett fullständigt beslutsunderlag är tillgängligt omedelbart. Behovet av tillgång till information om individen samexisterar med behovet att skydda individens integritet. Grundregeln är att alla insatser inom kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård i princip är frivilliga.

Förstudiens antagande är att situationer som på något sätt kräver att individer ger samtycke till verksamheter som kommuner eller regioner ansvarar för, uppkommer då någon av processerna i Socialstyrelsens nationella informationsstruktur som skildras i avsnitt 4 och bilaga 3, figur 1 inleds för en individ. Eftersom Inera när den här rapporten skrivs redan har en samtyckestjänst som fungerar inom hälso- och sjukvård för sammanhållen journalföring beskriver den här rapporten framförallt situationen inom socialtjänsten.

Förstudien har vägletts av en referensgrupp för socialtjänst och två grupperingar inom hälso- och sjukvård. Dessa grupper har bland annat föreslagit de samtyckessituationer som de anser är mest aktuella och där Inera genom sin ställning som Sveriges Kommuner och Regioners gemensamma bolag för digital samverkan har en relativ fördel för att föreslå lösningar.

Förstudien har inte behandlat: ombudssituationer⁸ där till exempel familjemedlemmar representerar varandra. Inte heller har den behandlat frågan om signaturer (med undantag för arkitekturpåverkan) eller insatser med stöd av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller enligt olika tvångslagar.

⁸ Med ombud avses enligt förvaltningslagen den som har fullmakt att helt eller delvis föra talan för uppdragsgivarens (den enskildes) räkning. Åtgärder som ombudet vidtar enligt fullmakt är bindande för uppdragsgivaren. Ombudet är behörigt att företräda uppdragsgivaren i hans eller hennes frånvaro.



Omfattningen av förstudien har varit begränsat till hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst.

Denna förstudie har finansierats av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och utförts av Inera AB.

2.2 Syfte med förstudien

Utredningen har haft som uppgift att undersöka möjligheterna och förutsättningarna för en utvidgad/utökad samtyckestjänst genom att utföra:

- En tydlig behovsbeskrivning från verksamheternas synvinkel med hänsyn till den enskilde invånarens perspektiv, med beskrivningar av ett eller flera representativa användningsfall i vilka hanteringen av samtycke skulle kunna förenklas och hanteras av en nationell tjänst.
- En juridisk analys av användningsfall för att klargöra vad som är möjligt i februari 2020, vad som behöver tillgodoses vid en realisering och eventuellt i förekommande fall juridiska hinder som idag inte kan övervinnas och som kan behöva lyftas som förslag på justering av lag.
- En översiktlig beskrivning av en arkitektur bland annat i syfte att utforska de sätt som information om samtycke skulle kunna utbytas på, hur samtycken skall lagras, ansvarsgränser i den tekniska hanteringen etc.

Vidare har förstudien undersökt vad som behöver ändras för att invånarna ska få överblick över sina samtycken och kunna modifiera dem. Den har också undersökt samtyckessituationer som uppstår om socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna arbeta tillsammans med mer digitalt stöd.

Inom hälso- och sjukvården och kommunal socialtjänst finns ett stort och växande behov av att samverka över olika verksamheters gränser. För att göra detta behöver man dela information. För invånarna är ett väl koordinerat och gott omhändertagande beroende av insatser från både regioner och kommuner såväl som från privata vårdgivare eller privata utförare av socialtjänsten. Speciellt personer med stora och komplexa behov av vård och omsorg är i kontakt med ett flertal utförare

För att personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ska kunna korrekt utvärdera individens situation och utföra relevanta åtgärder av hög kvalitet behöver de ha tillgång till personuppgifter till exempel om tidigare och pågående behandlingar och deras resultat.

Uppgifterna behöver vara tillgängliga överallt där invånarna befinner sig eller där invånarnas personuppgifter behandlas. De behövs ofta utan fördröjning som underlag för möten med vården och omsorgen där beslut ska fattas. Uppgifterna minskar risken för felaktiga insatser och behandlingar och fördröjningar beroende på ofullständigt beslutsunderlag.

De organisatoriska gränserna och gränser mellan till exempel hälsovård och socialtjänst medför vissa juridiska och tekniska hinder för hantering av personuppgifter genom informationsdelning.

Förstudien har försökt kartlägga:

- De situationer där individen behöver ge sitt samtycke som förekommer i de olika processer som finns inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvård.



- De situationer och omständigheter för vilka samtycke behöver dokumenteras.
- Vid vilka situationer och i vilka omständigheter behöver dessa dokumenteras.

Studien ska utifrån beskrivningen av den existerande samtyckestjänsten undersöka:

- Vad som behöver ändras läggas till för att invånarna ska få översikt av sina samtycken (de som är registrerade i tjänsten).
- Vad som skulle behöva förändras för att invånarna ska få möjlighet att modifiera sina samtycken.
- Vad som skulle kunna göras för socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna hantera samtycken på ett mera tillfredsställande sätt.

De aspekter som behandlats i förstudien

De ämnen som behandlats i denna har valts ut genom att minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllda:

- Samtyckessituationerna har pekats ut som prioriterade av samtyckesgruppen för Region Skåne och Västra Götalandsregionen eller i Ineras Workshop för Hälso- och Sjukvården.
- Samtyckessituationerna har pekats ut som prioriterade av projektets referensgrupp för kommunal socialtjänst.
- Verksamheten ska kunna använda en framtida samtyckestjänst i Ineras regi

Avgränsningar

Utredningen har inte behandlat ombudssituationer⁹ där till exempel familjemedlemmar representerar varandra.

Utredningen behandlar inte frågan om anhörigbehörighet. (ett exempel på ovanstående).

Utredningen har inte behandlat frågan om signaturer annat än som en faktor som påverkar den övergripande arkitekturen.

Insatser med stöd av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade – (LSS) omfattas inte i detta sammanhang. Inte heller insatser enligt olika tvångslagar.

2.3 Effekter som vi hoppas kunna uppnå genom en utvidgad samtyckestjänst

⁹ Med ombud avses enligt förvaltningslagen den som har fullmakt att helt eller delvis föra talan för uppdragsgivarens (den enskildes) räkning. Åtgärder som ombudet vidtar enligt fullmakt är bindande för uppdragsgivaren. Ombudet är behörigt att företräda uppdragsgivaren i hans eller hennes frånvaro.



Det är tydligt från projektdirektivet till denna utredning att ett samtycke kan behövas även i andra situationer än vid utlämnande av journalhandling och även inom andra samhällssektorer än vården. I det följande beskrivs de väntade nyttorna för olika aktörer.

I verksamheterna används flera olika termer: samtycke, fullmakt¹⁰ (att konsultera, dela, etc.), medgivande och sekretessmedgivande. I den här framställningen kommer vi i huvudsak att använda termen samtycke (se avsnittet begrepp och definitioner).

För invånaren skulle det underlätta att få någon form av verktyg för att få en överblick av de samtycken som finns.

För att uppnå en effektiv och säker hantering av samtycken i verksamheterna borde det vara möjligt:

- för verksamheterna att inhämta samtycke för den egna verksamheten och möjligen för andra verksamheters räkning¹¹.
- för invånarna att få överblick över sina samtycken från olika sammanhang.
- för invånarna att få stöd¹² för att förstå innebörden och konsekvenserna av de olika samtycken som givits eller som de står i begrepp att ge.
- för invånarna att modifiera sina samtycken.

Fördelarna med en nationell samtyckestjänst skulle bland annat vara att:

- Undvika upprepning av i stort sett identiska utvecklingsinsatser hos alla aktörer.
- Bidra till att samtycken accepteras över kommun och regiongränser genom en gemensam reflektion över hur man ska beskriva, formalisera och använda samtycken.
- Bidra till att hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst har tillgång till så mycket information som behövs för att göra effektiva insatser av hög kvalitet.

2.4 Nuläget

Det finns sedan ett antal år tillbaka en hantering av samtycken för direktåtkomst till patientuppgifter mellan vårdgivare genom så kallad sammanhållen journalföring. Ineras säkerhetstjänster och speciellt den som hanterar samtycken syftar till att ge vårdgivarna inom svensk hälso- och sjukvård verktyg för att uppfylla kraven i Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, HSLF-FS 2016:40, om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården).

¹⁰ Fullmakt innebär att ett ombud ges rätt att företräda en annan person i dennes ställe. En fullmakt kan vara antingen muntlig eller skriftlig och mer eller mindre långtgående. Det är därför nödvändigt att ta reda på vem eller vilka som är ombud samt vad fullmakten omfattar, det vill säga vad ombudet har rätt att göra.

¹¹ Till exempel om socialtjänsten inhämtat samtycke till att ta kontakt med Skatteverket innebär det inte automatisk att den senare myndigheten kan utlämna uppgifter utan att kontrollera individens samtycke.

¹² Invånarna behöver ha tillgång till detta när de konsulterar samtyckestjänsten.



För att vårdpersonalen ska få åtkomst till patientens information hos andra vårdgivare krävs patientens samtycke. Rent praktiskt betyder det att i:

steg 1 kan spärrtjänsten registrera och lagra information om att patienten motsatt sig att uppgifter görs tillgängliga inom ramen för sammanhållen journalföring. Dessa ska i så fall omedelbart spärras. Om inte spärr registrerats förutsätts patienten ha givit sitt samtycke till tillgängliggörande.

steg 2 registrerar Samtyckestjänsten varje gång en ny vårdgivare inhämtat samtycke för att inom ramen för sammanhållen journalföring kunna ta del av uppgifter om patienten som registrerats av andra vårdgivare.

Det finns idag ingen patient/invånar-vy som visar upp de samtycken och spärrar som invånaren har lämnat eller återkallat och det är svårt för invånaren att överblicka hela situationen.

Det finns för övrigt idag kommersiella tjänster¹³ för en organisation som vill ha hjälp med att hantera insamling och hantering av samtycken i dataskyddsförordningens bemärkelse. Dessa tjänster erbjuder insamling av samtycken till behandling av personuppgifter som är grundad på individens samtycke. De ger inte stöd till kommuners och regioners personuppgiftshantering som har ett specifikt lagstöd annat än dataskyddsförordningen. Det förefaller från en snabb granskning i maj 2019 som att dessa tjänster inte heller ger något stöd till möjlighet för den enskilde att se sina samtycken och /eller ge/återkalla dem.

2.5 Förstudiens metod

Förstudien har letts som ett projekt enligt metoden Praktisk Projekt Styrning (PPS) som används som standard på Inera.

Under förstudiens gång har socialstyrelsens nationella informationsstruktur för hälso- och sjukvården och socialtjänsten och som innefattar en processmodell, använts som en viktig byggsten.

Det material som finns i förstudierapporten har till betydande del tagits fram genom dokument sökning och studie av rapporter och dokument angående hantering av samtycken.

Speciellt har rapporterna ”Skånegemensam digitalisering - juridiska möjligheter och hinder från Kommunförbundet Skåne” 2018-06-15 och ”Utredning kring samtycke inom socialtjänst och överförmyndarförvaltning oktober 2018, bildat en grund till framställningen och till vissa delar återanvänts med endast mindre ändringar.

Rapporten ”Sju rättsliga hinder och sex oklarheter som hämmar en ökad kvalitet i socialtjänsten genom digitalisering” från Sveriges Kommuner och Regioner har givit underlag till framställningen om kommunal socialtjänst.

¹³ Det handlar om följande tjänster Konsento <https://konsento.io/sv/index.html> och Samtyck <https://samtyck.se/>.



Även rapporten ”KOMET beskriver Samtycke inom vård och inom medicinsk forskning” Regeringskansliet 2020-02-03 har påverkat förstudiens innehåll.

En referensgrupp har tagit fram en översiktlig beskrivning av de samtyckes situationer som uppträder i kommunernas socialtjänst.

Samtyckesgruppen för Region Skåne och Västra Götalandsregionen har bidragit med återkoppling och även skrivit ett brev till förstudien som finns i bilaga 2.

En workshop har hållits för att undersöka förutsättningarna inom hälso- och sjukvården.

Projektdeltagarna finns angivna i bilaga 1.



3. Juridik – Processer – samtyckessituationer

Efter en inledning om integritet, samtycke, tystnadsplikt och sekretess inom vård och omsorg undersöks i vilka sammanhang och omständigheter det uppstår samtyckessituationer inom hälso- och sjukvård samt kommunal socialtjänst. Vidare ges beskrivningar av vanliga och representativa situationer i vilka samtycken behöver hanteras inom dessa områden. Parallellt med dessa analyseras de juridiska frågor som uppkommer i sammanhanget.

3.1 Inledning

3.1.1 Patientens rätt att själv bestämma är en utgångspunkt för vården

I Patientlagen klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. En utgångspunkt är respekten för patientens självbestämmande och integritet.

Inom hälso- och sjukvården får personuppgifter behandlas med stöd av patientdatalagen till exempel för att föra patientjournal, för utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten samt för statistik om hälso- och sjukvården. Vårdpersonalen är skyldig PDL, 3 kap. att föra journal och patienten kan inte motsätta sig detta.

3.1.2 Sammanhållen journalföring via direktåtkomst

Sammanhållen journalföring är ett sätt för olika vårdgivare att dela uppgifter som rör patienter med varandra. För att få ta del av sådana uppgifterna krävs att:

- uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter,
- patienten samtycker till det.

Undantag från samtycke finns vid nödfall.

Endast vårdgivare kan delta i system innehållande sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring har således flera begränsningar.

3.1.3 Utlämnande med stöd av samtycke

En myndighet ska på begäran av en enskild lämna uppgift ur en allmän handling som förvaras hos myndigheten, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång.¹⁴

¹⁴ 6 kap 4§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400).



En "sekretessbelagd uppgift" definieras som en "sekretessreglerad uppgift för vilken sekretess gäller i ett enskilt fall".¹⁵ Sekretessbrytande bestämmelser reglerar situationer när andra myndigheters eller enskildas intresse av att ta del av en sekretessbelagd uppgift väger tyngre än det intresse som sekretessen ska skydda.¹⁶

En sådan sekretessbrytande bestämmelse utgörs av patientens samtycke.¹⁷ Ett samtycke ska vara informerat, frivilligt, specifikt och otvetydigt.¹⁸ Att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilde samtycker till det, följer av 12 kap OSL och gäller med de begränsningar som anges där.¹⁹ Det innebär till exempel att en patient som lämnar ett samtycke också kan göra ett förbehåll som inskränker rätten för den enskilde mottagaren att lämna uppgiften vidare eller utnyttja den. Vid ett sådant förbehåll ska den utlämnande myndigheten göra ett förbehåll som inskränker den enskilda mottagarens rätt att lämna uppgiften vidare eller utnyttja den.²⁰

En sekretessreglerad uppgift ska således utlämnas till såväl myndighet som till enskild, om patienten samtyckt till att uppgiften får utlämnas. Sekretessen gäller därmed inte i enskilt fall, *dvs den sekretessreglerade uppgiften är inte sekretessbelagd* i och med att patienten lämnat ett samtycke.

Informationsskyldigheten mellan myndigheter regleras inte i tryckfrihetsförordningen utan bl.a. i offentlighets- och sekretesslagen.²¹ En myndighet ska på begäran av en annan myndighet lämna uppgift som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång.²² Informationsskyldigheten omfattar varje uppgift myndigheten förfogar över, dvs. inte bara uppgift ur allmän handling.²³

3.1.4 Utlämnande efter så kallad "men-prövning"

På begäran ska också ett utlämnande ske, om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.²⁴ Uppgifter får utlämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård inom en kommun eller en region till annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den

¹⁵ 3 kap 1§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

¹⁶ Prop 2008/2009:150 s.300

¹⁷ 10 kap 1§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

¹⁸ 10 kap 1§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

¹⁹ 10 kap 1§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

²⁰ 12 kap 2§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

²¹ Kommentar till 6 kap 5§ offentlighets- och sekretesslagen i Karnov, förf. Elisabeth Reimers, "Informationsskyldigheten mellan myndigheter regleras inte i 2 kap TF utan bl.a. i denna bestämmelse. En längre gående uppgiftsskyldighet gentemot andra myndigheter kan följa av särskilda föreskrifter, jfr regleringen i ett flertal paragrafer i 10 kap OSL, se även 25 kap 12 § OSL och 26 kap 9§ OSL samt 8§ FL."

²² 6 kap 5§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

²³ Kommentar till 6 kap 5§ offentlighets- och sekretesslagen i Karnov, förf Elisabeth Reimers

²⁴ 25 kap 1§ offentlighets- och sekretesslag (2009:400)



enskilde lider men om uppgiften röjs.²⁵ En så kallad men-prövning är ett manuellt förfarande och kan således inte ligga till grund för ett automatiserat utlämnande.

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

Aktörer²⁶ inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har 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. För att kunna utöva sina rättigheter till delaktighet, inflytande och skydd för integriteten behöver individen kunna få överblick och kontroll över sina personuppgifter och över de samtycken den givit. En undersökning av den svenska befolkningens inställning till digitala hälsouppgifter visade att det finns ett utbrett stöd bland patienter för att olika vårdenheter ska ha tillgång till varandras patientjournaler²⁷

3.2 Samtycke till behandling av personuppgifter

För att behandla personuppgifter måste det finnas stöd i form av en rättslig grund enligt dataskyddsförordningen. Samtycke är en av sex rättsliga grunder. Samtycke kan också utgöra en integritetshöjande åtgärd,

Med samtycke menas varje slag av frivillig, specifik, informerad och otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne.” Denna definition är hämtad från artikel 4.11 i dataskyddsförordningen.

Ett samtycke ska vara frivilligt, informerat, otvetydigt och specifikt. Ett samtycke kan när som helst återkallas.

Frivillighet innebär att ingen ska pressas till att ge sitt samtycke. Ingen ska känna sig tvingad att medverka för att inte orsaka besvikelse, eller för att samtycke uppfattas ge fördelar såsom bättre behandling. Det får inte finnas en maktobalans. Personen ska ha möjlighet att ta ställning till de villkor som gäller innan samtycke lämnas. Likaså ska personen erbjudas kontroll över hur personuppgifter kommer att behandlas. Det är också viktigt att personen ska kunna ta tillbaka sitt samtycke.

Samtycket ska också vara otvetydigt. Det ska tydligt framgå att den registrerade godkänner att personuppgifterna används. Samtycket kan ges skriftligt, inklusive elektroniskt, genom ett uttalande eller en entydigt bekräftande handling, till exempel med en kryssruta på en webbplats. Förifyllda kryssrutor är däremot inte tillåtna (skäl 32).

Samtycket måste också vara specifikt. Det måste finnas ett tydligt formulerat ändamål för personuppgiftsbehandlingen. Om det finns flera olika syften med behandlingen av personuppgifterna behövs separat samtycke för vart och ett av dessa syften (skäl 32). Ändamålet

²⁵ 25 kap 11§5p. offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

²⁶ Som framgår av rapporten Skånegemensam digitalisering – juridiska möjligheter och hinder

²⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter. Stockholm 2017 2017-11-23. Report No.: Contract No.: ISBN 978-91-87213-77-9.



ska vara bestämt innan man hämtar in ett samtycke (artikel 5.1.b). Kombinationen av bestämt ändamål och samtycke för varje enskilt syfte är ett skydd mot att personuppgifterna i efterhand används på annat sätt än det som personen har samtyckt till.

Den som lämnar ett samtycke ska ha klart för sig vem som ska behandla personuppgifterna och vad samtycket gäller. Det innebär att personen måste ha fått relevant information innan samtycket lämnas så att det kan sägas vara ett informerat samtycke (artikel 7.2 och skäl 42).

När behandling av personuppgifter sker efter samtycke från registrerade, bör personuppgiftsansvariga kunna visa att de registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen.

Bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess inom kommunal socialtjänst och offentligt utförd hälso- och sjukvård regleras i offentlighets- och sekretesslagen (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.

3.3 Samtycke i hälso- och sjukvården

Specifikt för samtycken inom hälso- och sjukvård gäller enligt Patientlagen att patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligt eller muntligt. Innan samtycket inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. i Patientlagen.

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.

Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

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 Patientdatalagen finns dessutom bestämmelser om vilken elektronisk åtkomst den som arbetar i vården ska ha till personuppgifter i informationssystemen hos en vårdgivare, 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).



3.3.1 Samtycke i samband med digitala hälsouppgifter och sammanhållen journalföring

Digitala hälsouppgifter, hälsodata²⁸ och vårddata är begrepp som ofta används, men som saknar enhetliga definitioner. Orden kan användas som samlingsbegrepp för uppgifter som tas fram och sparas inom hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten eller i vissa register. Begreppen används ibland inom forskning och utveckling av till exempel medicinteknik eller läkemedel, liksom för uppgifter som en person själv samlar in till exempel via olika appar.

Alla system som innehåller hälsodata och vårddata är inte patientjournalssystem. Vissa uppgifter som kan kallas hälsodata och vårddata kommer inte att omfattas av sammanhållen journalföring enligt Patientdatalagen, speciellt där individen samlar data om sig själv på eget initiativ. Det finns här ett utrymme utanför (sammanhållen) journalföring där hälsodata och därmed personuppgifter registreras inklusive för hälso- och sjukvårdsändamål. Det finns ett krav på att journalanteckningar ska innehålla identiteten på den personal som svarar för en viss journaluppgift samt att de ska vara signerade av hälsovårdspersonalen²⁹.

Med uppgifter om hälsa avses i dataskyddsförordningen ”personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus” (artikel 4.15).

Förstudien har inte haft möjlighet att fördjupa den här punkten. En mer komplett behandling av register innehållande hälsodata finns att tillgå i en rapport³⁰ från KOMET Kommittén för teknologisk innovation och etik.

3.3.2 Juridisk grund för behandling i register med hälsodata

Hälsodataregister innehåller individbaserade uppgifter om vård, tandvård och läkemedel. Dessa register är nationella, innehåller personuppgifter och regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister. De är obligatoriska på så sätt att en person inte kan motsätta sig registrering. Det behövs inte något samtycke för att föra in uppgifter i dessa register. Statliga myndigheter är ansvariga för dessa register. Endast den myndighet som är personuppgiftsansvarig för registret får ha direktåtkomst. Exempel på sådana register är cancerregistret, läkemedelsregistret, medicinska födelseregistret, patientregistret tandhälsoregistret och registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Kvalitetsregister som regleras i PDL innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg (7, 8). Det finns ett stort antal nationella och regionala kvalitetsregister som gäller exempelvis behandlingsmetoder och

²⁸ Termen hälsodata används i dataskyddsförordningen

²⁹ Enligt PDL 3 kap. 10 ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften Enligt 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) ska vårdgivaren, säkerställa att patientjournalen innehåller en entydig identifikation av den berörda patienten, uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift.

³⁰ Förutsättningar för vissa former av samtycke Komet beskriver 2019:7 Arbetsmaterial (version daterad 2019-11-18)



diagnoser. Medverkan i kvalitetsregistren är frivillig³¹ Individens behöver inte ge något samtycke till registrering men kan motsätta sig att hans personuppgifter behandlas. Olika registerhållare³² ansvarar för kvalitetsregistren.

3.3.3 Samtycken angående den nationella läkemedelslistan

Läkemedelslistan kommer att ersätta den så kallade läkemedelsförteckningen som finns idag. Enligt lag³³ om nationell läkemedelslista (2018:1212) (NLL) ska E-hälsomyndigheten ”med automatiserad behandling föra ett register över vissa uppgifter om förskrivna och expedierade läkemedel och andra varor för människor” (nationell läkemedelslista). E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför i den nationella läkemedelslistan. Myndigheten är därmed ansvarig för de olika samtycken som är tillämpliga i sammanhanget.

Eftersom kommuner och regioner enligt kommunallagen inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om förefaller det klart att regioner och kommuner endast kommer att ha en marginell roll i sammanhanget.

Inera skulle på det tekniska planet kunna spela rollen av en underleverantör av en samtyckestjänst till e-hälsomyndigheten. Däremot skulle det kunna uppstå upphandlingsrelaterade svårigheter för Staten eller statliga myndigheter att köpa tjänster från Inera.

3.3.4 Samtycken avseende biobanker i hälso- och sjukvården

Innan vävnadsprover kan bevaras i en biobank³⁴ ska individen ha informerats om avsikten och om det eller de ändamål för vilka biobanken får användas och därefter lämnat sitt samtycke. I det fall ändamålet ändras behöver ett nytt samtycke inhämtas. I det fall individen som lämnat sitt samtycke avlidit ska den avlidnes närmaste anhöriga informeras och inte motsätta sig det nya ändamålet. Samtycke för bevarande i biobank hanteras direkt av vårdgivarna och aggregeras på nationell nivå i den biobankstjänst som Inera utvecklat (se bilaga 4).

³¹ Enligt PDL kap 7behövs inget samtycke från individen för registrering, däremot kan individen motsätta sig användning av sina uppgifter inklusive sådana som redan registrerats i kvalitetsregistret som då ska förstöras.

³² Den webbaserade tjänsten Registerforskning.se tillhandahåller en översikt över svenska register som innehåller personuppgifter som kan användas inom forskning inom alla områden, inte enbart inom medicin och hälsa (9).

³³ Lag om nationell läkemedelslista (2018:1212) träder i kraft i juni 2020 och för vissa aspekter i juni 2022.

³⁴ Lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.



3.4 Samtycke inom kommunal socialtjänst

Principen om att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet gäller även inom socialtjänstens område och regleras i socialtjänstlagen³⁵ (SoL).

I lagens första paragraf betonas att socialtjänsten ska utformas med hänsyn till den enskildes eget ansvar för sin och andras sociala situation.

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.

Bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen innebär också att uppgifter om den enskilde som huvudregel inte får lämnas mellan stadens stadsdelsförvaltningar utan den enskildes medgivande

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.

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.

Det finns flera andra 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).

³⁵ Skånegemensam digitalisering – juridiska möjligheter och hinder 2018-06-15.



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 samtycken bör dokumenteras enligt ett uttalande från Justitieombudsmannen (JO)³⁶.

JO har vidare uttalat³⁷ att ett samtycke inom socialtjänstlagens tillämpningsområde bör vara uttryckligt och skriftligt, eftersom det ofta kan bli fråga om att lämna ut uppgifter av mer känslig natur.

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 verksamhet själv ska inhämta individens 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 övriga³⁸.

Det finns inget som hindrar³⁹ 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 dem⁴⁰.

3.5 Sammanhållen personakt för informationsdelning mellan vård och omsorg

Till att börja med är de praktiska förutsättningarna ogynnsamma. En förutsättning är att utlämnandet som sådant är en tillåten personuppgiftsbehandling. Direktåtkomst är reserverad för användning inom hälso- och sjukvård med stöd av PDL och är aldrig möjlig mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

³⁶ JO dnr 4815-2012.

³⁷ JO-beslut 1990/91, s. 366

³⁸ Jfr JO:s beslut den 31 maj 2011 (dnr. 6300-2009) samt Socialstyrelsens rapport Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, s. 39.

³⁹ Skånegemensam digitalisering – juridiska möjligheter och hinder 2018-06-15

⁴⁰ Socialstyrelsens rapport Sekretess- och tystnadspliktsgränser. I socialtjänsten och hälso- och sjukvården, s. 39



Det är möjligt för en vårdgivare att lämna ut vissa patientuppgifter till socialtjänsten på annat sätt än genom direktåtkomst och omvänt (med stöd av OSL).

Av principen om ändamålsbegräsning följer att personuppgifter som samlas in för ett särskilt ändamål, t.ex. socialtjänst, därefter inte får behandlas för sjukvårdsändamål. Och tvärtom. Denna oförenlighet blir mycket tydlig när lagstiftaren har skapat två registerförfattningar för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Det behövs alltså ett specifikt samtycke till utlämnande.

3.6 Slutsatser - juridik

Nedan följer några slutsatser om juridiska förhållanden som är värda att beakta.

- 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.
- 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.
- 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.
- Socialtjänstens journaler kan omfatta flera personer vilket är uteslutet inom hälso- och sjukvården vilket innebär att samtycke från flera personer krävs för informationsdelning.
- Vårdnadshavare kan behöva ge samtycke till informationsdelning för barn som inte stöder sig på PDL.
- 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.
- Det finns en sekretessgräns mellan två nämnder i en och samma kommun eller region.
- Direktåtkomst stöds endast av PDL (hälso- och sjukvård).



4. Processmodell – Hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

Under förstudiens gång har en analys av verksamheterna genomförts. Analysen har varit koncentrerad på samtyckeshantering och tagit hänsyn både till regelverk och processer.

Socialstyrelsens nationella informationsstruktur och speciellt dess processmodell har använts som utgångspunkt för att försöka beskriva när och var det uppstår behov av samtycken.

Framställning i detta avsnitt begränsas till de observationer som gjorts och de insikter som framkommit i arbetet med referensgruppen för socialtjänst. Socialtjänstens perspektiv dominerar eftersom det är det mindre kända fältet för Inera som ju redan har en fungerande samtyckestjänst för sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvården. En mer utförlig version finns i bilaga 5.

4.1 Observationer

Under förstudiens gång har ett antal observationer gjorts som här presenteras i listform.

- Det finns viktiga skillnader i begreppsmodellerna för socialtjänst och hälso- och sjukvård, bland annat saknas i socialtjänstens begreppsmodell motsvarigheter till begreppen vårdgivare och vårdenhet som är centrala för Ineras existerande samtyckestjänst.
- I utredningsfasen inhämtar socialtjänsten samtycke till att ta kontakt med andra aktörer för sina utredningsbehov.
- Behov av samtycken för utlämnande uppstår i verksamheter som styrs av socialtjänstlagen men som finns: i andra nämnder i samma kommun, i nämnder i andra kommuner, i regioner och i statlig regi. Det finns ingen heltäckande regel för vad kommunala nämnder ska ha som ansvarsområden eller vilket antal som ska finnas. Socialtjänsten kan alltså vara fördelad över flera olika nämnder.
- Även verksamheter som inte omfattas av socialtjänstlagen såsom skatteverket, arbetsförmedlingen m.fl. blir tillfrågade av socialtjänsten att utlämna information och behöver besluta om utlämnande. Verksamheterna uppvisar stor mångfald och inkluderar, kommunala, regionala, statliga och privata aktörer. Gemensamt är att de tilltänkta utlämnande aktörerna kommer att behöva inhämta⁴¹ samtycke från individerna för att kunna genomföra utlämnandet.
- De samtycken som används i kommunal socialtjänst följer i allmänhet inte någon gemensam nationell modell eller formulär.
- I princip kan ett samtycke formuleras så att det omfattar både den inhämtande myndigheten och de aktörer som ska utlämna information förutsatt att formuleringen

⁴¹ Justitieombudsmannen beslut 2020-01-31 DNR 7504-2018 anger att en vårdgivare bör vidta åtgärder för att försäkra sig om att den enskilde hade samtyckt till utlämnandet av journaluppgifterna.



uppfyller de krav som ska uppfyllas för att kunna använda de sekretessbrytande bestämmelserna i de utlämnande myndigheterna.

- De sekretessbrytande bestämmelserna kan finnas i Offentlighets- och sekretesslagen och /eller i sektorspecifika lagar. Det är inte klarlagt att det är möjligt i det allmänna fallet med ett enda samtyckesförfarande
- Det förtjänar också att påpekas att individen själv inte nödvändigtvis är medveten om vilka uppgifter som finns hos de olika aktörerna.
- Det förekommer situationer där flera personer behöver ge sitt samtycke: det kan då handla om barn, en eller två vårdnadshavare och barnet själv om barnet är äldre än 15 år.
- Allmänt kan socialtjänstens journalhandlingar innehålla uppgifter om flera individer i samma handling i motsats till hälso- och sjukvården⁴².
- Journalerna kan vidare innehålla invånarnas beskrivning av förhållande mellan personer som förekommer i samma journalhandling och dessa personers beteenden och handlingar.
- Förekomsten av samtycken kan i sig vara en känslig uppgift som faller innanför sekretessgränsen.

⁴² PDL 3 kap. 1 § Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.



5. Arkitektur

Tjänstedomänen för Samtyckestjänsten stödjer i sin nuvarande utformning endast hantering av samtycken för sammanhållen journalföring. Om domänen ska utökas för att stödja andra aktörer än vårdgivare och andra typer av samtycken så krävs det en förändring av informationsmodellen samt nya och förändrade tjänstekontrakt. Det är också troligt att det krävs en lösning för att unikt identifiera aktörer som inte finns i HSA-katalogen, alternativt utöka omfattningen av HSA-katalogen.

En utvidgning av tjänstedomänen för att kunna ge invånaren en överblick över alla sina samtycken inom sammanhållen journalföring skulle det krävas en vidareutveckling av tjänstens tekniska gränssnitt samt etablering av samverkan mellan lokala journalsystem, Ineras integrationsplattform och tjänster där individen kan se och hantera sina samtycken (t ex 1177.se)..

Stöd för digitalt signerade samtycken medför en betydligt större förändring av domänen, men det finns befintliga tjänster inom Inera som kan fungera som stöd och inspiration för att skapa motsvarande stöd i samtyckesdomänen.

Utbyte av samtyckesinformation mellan myndigheter och andra aktörer som behöver inhämta samtycke innebär en än större utmaning för arkitekturen och är av en sådan omfattning att den inte kan analyseras fullt ut inom ramarna för denna översiktliga arkitekturutredning.

Gemensamt för alla förändringarna är att kravbilderna behöver förtydligas innan det går att ge mer specifika svar på hur arkitekturen påverkas. Förändringarna är i de flesta fall av sådan art att de inte kan införas utan att befintliga tjänstekonsumenter och tjänsteproducenter måste anpassas om man väljer att implementera förändringarna i den befintliga domänen.

En mer utförlig beskrivning av arkitekturfrågorna finns i Bilaga 6. och en detaljerad beskrivning av samtyckestjänsten finns på www.inera.se.



6. Behovsinventering

6.1 Målgrupper för tjänsten

Projektdirektivet för studien har utgått från att det finns ett behov av att hantera samtycken i digitala lösningar i hela det offentliga Sverige. Av praktiska skäl och för att göra förstudien mer hanterlig har omfattningen begränsats till hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst.

De användargrupper som identifierats är

- Sveriges invånare
- Regioner i egenskap av vårdgivare
- Kommuner i egenskap av vårdgivare
- Offentligt finansierade vårdgivare
- Kommunala nämnder ansvariga för socialtjänst
- Utförare i socialtjänst
- Uppdragstagare i socialtjänsten
- Alla de parter som socialtjänsten inhämtar information från vid utredningar.

6.2 Samtyckessituationer

Förstudien har valt att uppfatta de samtyckessituationer som de olika verksamheterna angivit och i viss mån beskrivit, som representanter för de verkliga behoven (se avsnitt 3).

Jämfört med den nuvarande situationen tillkommer främst behovet för invånarna att kunna se sina egna samtycken, få en överblick av dessa samt även ge eller ta tillbaka samtycken samt att häva spärr när så är tillämpligt.

6.3 Önskvärda funktioner i en samtyckestjänst för hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

- Individen ska kunna lämna, signera och återta samtycke i det nya digitala stödet genom en tjänst med inloggning, men också kunna lämna, revidera eller återta ett muntligt eller skriftligt samtycke som sedan handläggaren eller omsorgspersonalen dokumenterar i det nya digitala stödet. Det ska tydligt framgå vad samtycket avser och datum för samtycket (eller återtagandet).
- Det ska i det digitala stödet för socialtjänsten framgå om den enskilde uttryckligen har sagt nej till att lämna samtycke, om den enskilde ännu inte har tillfrågats eller speciellt



för socialtjänsten om den enskilde inte har tagit ställning till frågan om samtycke ännu⁴³.

- Den enskilda ska i samband med alla kontakter med verksamheten, få möjlighet att lämna, signera och återta samtycke på ett sätt som motsvarar den digitala kontakten.
- Samtyckesinhämtningen i ett digitalt stöd för socialtjänsten ska ske på ett mer enhetligt sätt, där hanteringen av samtycken måste tydliggöras för både handläggare och utförare.
- Det vore önskvärt att förekomsten av samtycke (eller avsaknaden av samtycke) ska tydligt synas i vyn för handläggaren eller utföraren som arbetar i den enskildes akt. Detta försvåras av att förekomsten av vissa samtycken i sig kan vara känslig.
- En automatisk journalanteckning (eller i samtyckestjänsten) ska genereras vid förändring i samtyckes situationen. Ett meddelande till ansvariga handläggare i socialtjänsten eller utförare, ifall den enskilde gör någon ändring avseende samtycket (såsom tillägg eller återtagande). Det ska i det digitala stödet gå att följa vilka ändringar som har gjorts, vem som har gjort dem och när. Den här punkten bedöms vara komplex att realisera.
- Samtyckets varaktighet behöver ibland uttryckas av praktiska skäl. Detta aktualiserar frågan om automatisk information till exempel om att ett samtycke håller på att gå ut⁴⁴.
- Samtyckeshanteringen inom socialtjänsten för vårdnadshavare och generellt för ombud skulle behöva lösas.

Under förstudiens gång har det kommit fram ett antal önskvärda funktioner och egenskaper som beskrivit ytterligare i bilaga 7.

⁴³Utredning kring samtycke inom socialtjänst och överförmyndar-förvaltning Stockholms Stad Oktober 2018.

⁴⁴ Det är viktigt att komma ihåg att samtycke kan återkallas när som helst.



7. Diskussion och slutord

Förstudien har givit upphov till ett antal observationer och insikter som bedöms vara värda att ta med till kommande steg i utvecklingen av en utvidgad samtyckestjänst.

Observationer och insikter om skillnader mellan vård- och omsorgssektorerna

Begreppsmodellerna är olika i hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst, det saknas en motsvarighet till vårdgivare och vårdenhet inom socialtjänstens begreppsmodell. Journalhandlingar i socialtjänsten kan omfatta mer än en person vilket inte är möjligt i vården.

7.1 Diskussion och analys

7.1.1 Juridisk genomförbarhet för en utvidgad samtyckestjänst

Förstudien har noterat att sammanhållen journalföring och avhängande direktåtkomst förekommer endast inom hälso- och sjukvård och då med stöd av 6 kap. Patientdatalagen. De fördelar som uppnås via sammanhållen journalföring inom vården kan inte skapas inom kommunal socialtjänst utan författningsändring.

En författningsändring som skulle ge stöd till direktåtkomst även inom kommunal socialtjänst bedöms ha goda förutsättningar att underlätta utvecklingen av informationsdelning och påverka det medföljande behovet av att hantera samtycken.

Ett teoretisk alternativ till direktåtkomst som skulle kunna komma till användning är fråga-svar modellen som används av vissa statliga myndigheter. Det utfrågande systemet skickar en fråga till det utlämnande systemet som fattar ett automatiserat beslut och skickar ett svar inklusive den utlämnade informationen (om alla villkor är uppfyllda) Automatiserat beslutfattande bedöms inte vara möjligt i regioner och kommuner.

7.1.2 Individens möjlighet att se och styra sina egna samtycken

Under utredningens gång har det beaktats att det skulle vara önskvärt att invånarna kan se och gärna också modifiera sina samtycken före, under och efter sina kontakter med vård och omsorg (och möjligen andra sektorer i framtiden). Detta pekar mot skapandet av någon form av sammanhållen samtyckestjänst som individen kan logga in i på webbplatsen 1177.se.

Inom hälso- och sjukvård och för information som omfattas av sammanhållen journalföring bör de juridiska förutsättningarna vara goda för att ge individen möjlighet att se sina egna samtycken. På det tekniska planet skulle det räcka med en måttlig teknisk modifikation.

Även inom kommunal socialtjänst borde det vara juridiskt möjligt⁴⁵ för individen att se sina samtycken.

⁴⁵ Sju rättsliga hinder och sex oklarheter som hämmar en ökad kvalitet i socialtjänsten genom digitalisering” Sveriges Kommuner och Regioner 2019 Manólis Nymark



Information om vad samtycke innebär och vad som kommer att hända i mötet med verksamheterna bör kunna ges till invånarna oavsett möjligheterna att införa en samtyckestjänst för ett visst område. Detta är något som personalen både i vården och omsorgen anser kan underlätta mötena med patienter eller brukare. Ju mer informerade invånarna är desto lättare är det att hantera samtyckesfrågorna.

7.1.3 Statliga utredningar om juridiska förhållanden

I juni 2019 tillsatte regeringen en utredning⁴⁶ ”Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso-och sjukvårdsverksamhet” med uppdrag att utreda förutsättningarna för att förenkla och öka möjligheterna till informationsutbyte inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna:

- att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso-och sjukvård,
- att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso-och sjukvård, och
- att ge ombudåtkomst till patientjournal.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021.

Utredningens betänkande kan komma att ha en stor inverkan på Ineras samtyckestjänst. Framförallt skulle införande av direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso-och sjukvård kunna skapa förutsättningar som liknar de inom vilka Ineras nuvarande samtyckestjänst fungerar för hälso- och sjukvården.

Situationen vad gäller automatiserade beslut är mycket osäker vad gäller kommunal verksamhet. SKR arbetar för en lagändring på den punkten⁴⁷. Regeringen tillsatte 2020-02-07 en utredning som enligt sitt direktiv⁴⁸. bland annat ska ”ta ställning till hur en möjlighet till automatiserat beslutsfattande kan införas i kommuner och regioner, och lämna författningsförslag”. Uppdraget ska redovisas senast den 24 mars 2021.

7.2 Förslag på aktiviteter som kan föra utvecklingen framåt

⁴⁶ Dir. 2019:37 Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.

⁴⁷ <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/sklvillhalagandringforautomatisktbeslutsfattande.28542.html>

⁴⁸ <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/sklvillhalagandringforautomatisktbeslutsfattande.28542.html>
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/02/automatiska-beslut-och-en-val-fungerande-valordning-i-kommuner-och-regioner/>



Ett antal samtyckessituationer har undersökts men inget förslag på en ny situation som skulle vara speciellt lämpad att hantera med en samtyckestjänst formuleras i förstudien. Det förhållandet kan dock ändras om lagen förändras, se avsnittet ovan ”Statliga utredningar”.

Det förefaller mindre lämpligt att starta ett betydande projekt precis innan författningsförändringar under utredning skulle kunna i grunden ändra deras förutsättningar. Samtidigt är det fullt möjligt att inga författningsändringar kommer att ske på de här områdena under de kommande åren.

Däremot verkar det som en utvidgning av samtyckestjänsten med sikte på att ge invånarna överblick och kontroll över sina samtycken inom sammanhållen journalföring borde ha goda förutsättningar för att vara juridiskt och tekniskt genomförbar.



Bilaga 1 Erkännanden och tack

Deltagare Workshop Inera 2018

Lena Jönsson, jurist, landstinget Dalarna
Teresia Karlsson, MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Dalarna
Harriet Udd, apotekare, Trial Alliance, Karolinska Sjukhuset
Kristina Stensson Ljungdahl, workshopledare, Inera
Björn Fahlgren, förstudieledare Inera
Jonas Dahl, specialistläkare allmänmedicin Inera

Deltagare Samtyckesgruppen VGR och Region Skåne

Ulrika Nilsson (Region Skåne) Samtyckeshantering SDV
Per Bergvall (Region Skåne), Jurist SDV
Ingela Jägerstedt Larsson (VGR) Regionutvecklare
Stina Örvall (VGR) Konfigurationsanalytiker arbetsström "Kärnfunktioner" FVM
Mattias Hjelm (VGR) Processledare arbetsström "Kärnfunktioner" FVM
Katja Samsonova (VGR) Informationssäkerhet FVM
Anna-Karin Jonsson (VGR) Regionjurist
Mattias Rondolph (VGR) Regionjurist
Sara Woxneryd (VGR) projektledare och förändringsledare på GITS (Gemensam Information och TjänsteSamordning)

Deltagare referensgrupp kommunal socialtjänst

Trine.Lundemo Östersund
Johanna Ekbring, Uppvidinge
Annie Ingelskog, Uppvidinge
Petra Töyrä, Kiruna
Anna Malmhav, Växjö
Johnny Lesseur, Kalmar
Pani Hormatipour, Sveriges Kommuner och Regioner
Ulrika Claesson, Mölndal
Bengtsson Karin, Inera
Caroline Dahlström, Mölndal

Dennis Djenfer arkitekturkonsult, Lena Jönsson regionjurist Dalarna, Manólis Nymark jurist, Inera, Agneta Jansson-Jägare, jurist, Inera.

Utan alla dessa personers bidrag hade det inte varit möjligt att skriva den här rapporten. Ett stort tack till er alla! Rapportens samordnare är ansvarig för alla fel och brister i rapporten.



Bilaga 2 Brev till utredningen

Synpunkter från Region Skåne och Västragötalandsregionen på förstudien kring utökad samtyckestjänst på Inera.

Gällande samtyckestjänsten i stort

Region Skåne och Västra Götalandsregionen anser att det är angeläget att Inera möjliggör en översyn av samtyckestjänsten för att uppfylla nya och kommande behov från Hälso- och sjukvården oaktat pågående utredning och eventuella framtida behov av samtycken för sammanhållen journalföring från kommunal socialtjänst.

Gällande samtycke sammanhållen journalföring

För att möjliggöra en effektiv vård på ett sätt som patienter förväntar sig ser Region Skåne och Västra Götalandsregionen ett kommande behov av att införa verktyg som möjliggör en registrering av samtycken för sammanhållen journalföring i förväg. Denna slutsats sker inte minst mot bakgrund av den digitala utvecklingen och en organisatoriskt allt mer fragmenterad sjukvård med allt fler privata utövare. I Region Skåne och VGR pågår för närvarande utredningar och projekt kring att hämta in och registrera samtycken för sammanhållen journalföring proaktivt. Ett sådant samtycke ska kunna registreras av patienten själv eller på patients begäran via vården. Samtycket ska kunna omfatta hela vårdgivare och inte vara begränsat till endast vårdenheter. Patient ska själv kunna ta del av givna samtycken och på ett enkelt sätt hantera dessa. För att möjliggöra denna utveckling ser regionerna ett behov av att den nationella samtyckestjänsten utvecklas på olika områden, ett av dessa områden är möjliggörandet av att ett samtycke registreras på vårdgivarnivå och inte endast, som idag, på vårdenhetsnivå.

Även vid samtyckeshantering på vårdgivarnivå måste det finnas en möjlighet för den enskilde att modulera sitt samtycke på så sätt att ett samtycke för enskilda vårdenheter inom en vårdgivare kan återropas utan att samtycket i stort blir ogiltigt – dvs. om invånaren önskar att ta tillbaka sitt samtycke för sammanhållen journalföring pga en vårdkontakt till en enhet dennas innehåll anses mer känslig utan att samtycket för övrigt påverkas.

1177 borde utvecklas till en plattform där invånare kan registrera och modulera sina samtycken själv.

Gällande förebyggande hälso- och sjukvård

Förebyggande hälso- och sjukvård på individuell nivå innebär att patientinformation analyseras av mjukvara för att utgöra beslutsstöd för förebyggande vårdinsatser på ett individuellt plan. Här kan alltså bedömas risker för att individer är drabbade eller riskerar att drabbas av specifika hälsoproblem även om individen för närvarande inte är patient. Risken kan begränsas genom en tidig individuell information eller individuell vårdinsats.

Bedömningen är att hälso- och sjukvårdslagen ger vårdgivarna ett uppdrag att arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård men PDL ger inte verktygen för vårdgivarna att arbeta med detta på individnivå, det tas inte upp i ändamålskatalogen i 2 kap 4 § PDL och det saknas möjligheter för direktåtkomst till information mellan vårdgivarna genom sammanhållen journalföring eftersom behandlingen av uppgifterna sker innan en vårdinsats planerats eller inletts.



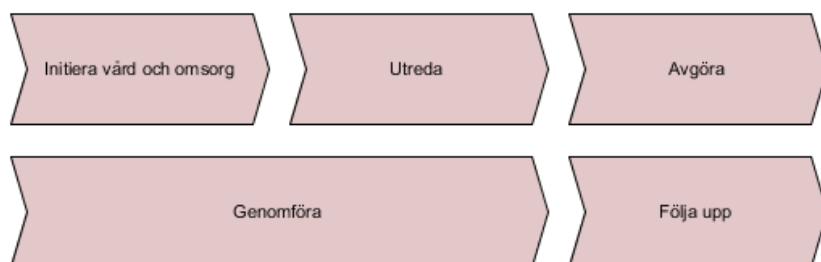
Bedömning är således att det saknas lagstöd för informationshanteringen när det gäller förebyggande hälso- och sjukvård på individuell nivå men att en möjlig väg framåt är att istället behandla informationen baserat på patientens samtycke (utifrån undantaget i 2 kap 3 § PDL). Det finns därför ett behov att kunna registrera denna typ av samtycken i en samtyckestjänst.

Mottaget 2020-02-14.

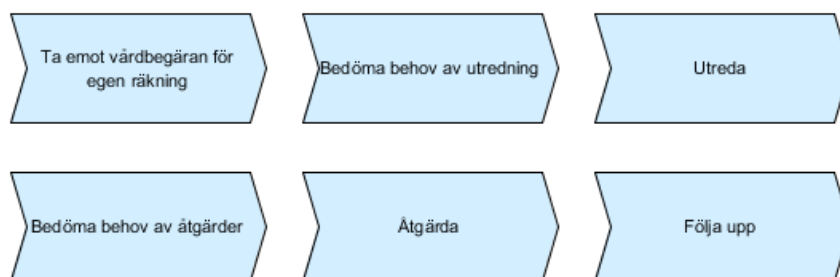


Bilaga 3 Processmodeller för vård och omsorg

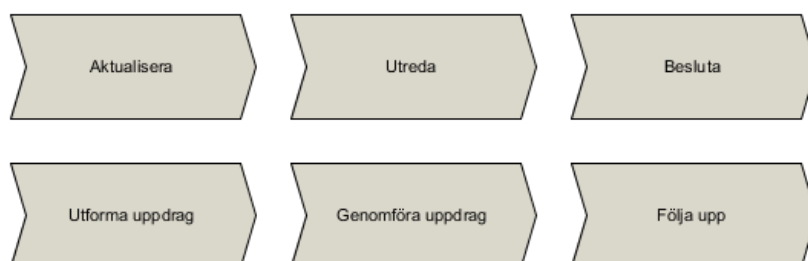
1) Vård och omsorg (generell processmodell för vård och omsorg)



2) Hälso- och sjukvård (specialiserad processmodell byggd på 1 ovan)



3) Socialtjänst (specialiserad processmodell byggd på 1 ovan)



Figur 1 Socialstyrelsens nationella informationsmodell omfattar tre olika varianter av en processmodell

Modell av processerna i hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

Redogörelsen är grundad på Socialstyrelsens Nationella Informationsstruktur (NI)⁴⁹ och speciellt dess processmodeller för hälso- och sjukvård. I informationsstrukturen finns även en begreppsmodell och en informationsmodell som kan vara relevanta för frågan om

⁴⁹ <https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/Models#processmodell>



samtyckeshantering men som i den här framställningen inte berörs annat än ytligt. De finns i bilaga6 för referens.

De faktiska skillnaderna mellan sektorerna illustreras av skillnader i terminologin i modellens olika boxar i figur1.

Steg 1 i processen [aktualisera] innebär oftast att en invånare söker hjälp eller att socialtjänsten tar emot någon form av anmälan.

Steg2 i processen[utreda] innebär att socialtjänsten behöver inhämta information från olika aktörer kallade parter i tabellen i figur2 och behöver inhämta samtycke från brukaren för detta.

Behov av samtycken för utlämnande uppstår i verksamheter som styrs av socialtjänstlagen men som finns: i andra nämnder i samma kommun, i nämnder i andra kommuner, i regioner och i statlig regi. Det finns ingen heltäckande regel för vad nämnder i kommuner ska ha som ansvarsområden eller vilket antal som ska finnas. Socialtjänsten kan alltså vara fördelad över flera olika nämnder.

Även verksamheter som inte omfattas av socialtjänstlagen (vilket är de flesta) såsom skatteverket, arbetsförmedlingen m.fl. blir tillfrågade att utlämna information och behöver besluta om utlämnande. Verksamheterna uppvisar stor mångfald och inkluderar, kommunala, regionala, statliga och privata aktörer. Gemensamt är att de tilltänkta utlämnande aktörerna kommer att behöva inhämta⁵⁰ samtycke för att kunna genomföra utlämnandet.

De samtycken som används i kommunal socialtjänst följer i allmänhet inte någon gemensam nationell modell. I princip kan ett samtycke formuleras så att det omfattar både den inhämtande myndigheten och de aktörer som ska utlämna information förutsatt att formuleringen uppfyller de krav som ska uppfyllas för att kunna använda de sekretessbrytande bestämmelserna i de utlämnande myndigheterna. De sekretessbrytande bestämmelserna kan finnas i Offentlighets- och sekretesslagen och /eller i sektorspecifika lagar. Det är inte klarlagt att det är möjligt i det allmänna fallet med ett enda samtyckesförfarande. Det förtjänar också att påpekas att individen själv inte nödvändigtvis är medveten om vilka uppgifter som finns hos de olika aktörerna.

Steg3 [besluta] innebär att socialtjänsten fattar ett beslut. Individen kan behöva ge sitt samtycke för kommunikation av beslutet till andra aktörer.

Steg4 [utforma uppdrag] innebär att ett uppdrag ska utformas och planeras. Det kan innebära att samtycken behövs för att inhämta, överlämna eller utlämna information (se eventuellt steg2).

Steg5 [Genomföra uppdrag] en aktör som kan vara socialtjänsten själv, en utförare, en uppdragstagare genomför den planerade verksamheten. Det kan innebära att ytterligare aktörer behöver få tillgång till olika uppgifter.

Steg 6 [Följa upp] även i detta processteg kan det uppstå behov av samtycken.

⁵⁰ Justitieombudsmannen beslut 2020-01-31 DNR 7504-2018 anger att en vårdgivare bör vidta åtgärder för att försäkra sig om att den enskilde hade samtyckt till utlämnandet av journaluppgifterna.



I processtegen [Utreda] och [Besluta] ryms större delen av den myndighetsutövning som äger rum. Myndighetsutövning äger dock rum i alla boxarna åtminstone vid några tillfällen. Vårdgivarna är i allmänhet inte myndigheter även om det kan förekomma att en nämnd i en kommun eller region driver en vårdinrättning i egen regi.

Det förekommer situationer där flera personer behöver ge sitt samtycke: det kan då handla om barn, en eller två vårdnadshavare och barnet själv om barnet är äldre än 15 år. Allmänt kan socialtjänstens journalhandlingar innehålla uppgifter om flera individer i samma handling i motsats till hälso- och sjukvården⁵¹. Journalerna kan vidare innehålla invånarnas beskrivning av förhållande mellan personer som förekommer i samma journalhandling och dessa personers beteenden och handlingar.

Redan vid en snabb överblick av begreppsmodellerna (bilaga 8) ser man att det finns viktiga skillnader. Begreppen ”vårdgivare” och ”vårdenhet” vilka är centrala i Ineras nuvarande samtyckestjänst har inga klara motsvarigheter i begreppsmodellen för socialtjänst. Förstudien har inte hunnit med någon djupare analys av de här skillnadernas betydelse. En förklaring till skillnaden är fördelningen av socialtjänstlagens kommunala åtaganden på en eller flera nämnder beroende på vilken kommun som avses.

Arbetsförmedlingen	Bankkontakt	Andra delar av socialtjänsten/Andra nämnder
Hälso- och sjukvård i region eller kommun	Uppdragstagare	Apotek
Anhöriga	Företrädare	Utförare
Skola	Barnomsorg	Kronofogde

Figur 2 Ett urval av aktörer som förekommer inom socialtjänstens område

Samtycke i samband med digitala hälsouppgifter och sammanhållen journalföring

Digitala hälsouppgifter, hälsodata⁵² och vårddata är begrepp som ofta används, men som saknar enhetliga definitioner. Orden kan användas som samlingsbegrepp för uppgifter som tas fram och sparas inom hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten eller i vissa register. Begreppen

⁵¹ PDL 3 kap. 1 § Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

⁵² Termen hälsodata används i dataskyddsförordningen



används ibland inom forskning och utveckling av till exempel medicinsk teknik eller läkemedel, liksom för uppgifter som en person själv samlar in till exempel via olika appar.

Patientjournaler kan innehålla hälsodata och vårddata. Alla system som innehåller hälsodata och vårddata är inte patientjournalssystem. Vissa uppgifter som kan kallas hälsodata och vårddata kommer därför inte att omfattas av sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen speciellt där individen samlar data om sig själv på eget initiativ. Det finns här ett utrymme utanför (sammanhållen) journalföring där hälsodata och därmed personuppgifter registreras inklusive för hälso- och sjukvårdsändamål. Det finns ett krav på att journalanteckningar ska innehålla identiteten på den personal som svarar för en viss journaluppgift samt att de ska vara signerade av hälsovårdspersonalen⁵³.

Med uppgifter om hälsa avses i dataskyddsförordningen ”personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus” (artikel 4.15).

För uppgifter som inte täcks av kap 4 i PDL finns det inte stöd i PDL att registrera utan patienternas samtycke. Direktåtkomst enligt PDL är endast möjlig till sådana uppgifter som samlats in för de ändamål som anges i PDL kap. 2 § 4. 1 och 2.

1. att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter,
2. administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall,

Alltså i huvudsak information som behövs för en individs vård. Finns det då uppgifter som inom vården som inte kan bli föremål för direktåtkomst? Ja för de följande ändamålen till exempel är det inte möjligt:

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.

Som exempel⁵⁴ anges bland annat uppgifter om en person som samlats in i samband med hälso- och sjukvårdstjänster, ett nummer (eller dylikt) som kan identifiera personen för hälso- och sjukvårdsändamål samt uppgifter från tester eller undersökningar. Andra exempel är uppgifter om sjukdom, funktionshinder och klinisk behandling. Uppgifterna kan till exempel hämtas från sjukvårdspersonal, sjukhus, en medicinteknisk produkt eller ett diagnostiskt test.

⁵³Enligt PDL 3 kap. 10 ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften Enligt 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) ska vårdgivaren, säkerställa att patientjournalen innehåller en entydig identifikation av den berörda patienten, uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift.

⁵⁴ Skäl 35 i EU:s dataskyddsförordning



Förstudien har inte haft möjlighet att fördjupa den här punkten. En mer komplett behandling av register innehållande hälsodata finns att tillgå i en rapport⁵⁵ från KOMET Kommittén för teknologisk innovation och etik Regeringskansliet 2020-02-03.

Forskningsdata

En av de vanligaste och viktigaste frågeställningarna kring samtycken för användning av data för forskning är hur brett ett samtycke kan vara och i vilken utsträckning det är möjligt att avlägsna sig från den beskrivning av användningen som givits vid samtyckestillfället.

Skäl 33 i dataskyddsförordningen lyder som följer:

"Det är ofta inte möjligt att fullt ut identifiera syftet med en behandling av personuppgifter för vetenskapliga forskningsändamål i samband med insamlingen av uppgifter. Därför bör registrerade kunna ge sitt samtycke till vissa områden för vetenskaplig forskning, när vedertagna etiska standarder för vetenskaplig forskning iakttas. Registrerade bör ha möjlighet att endast lämna sitt samtycke till vissa forskningsområden eller delar av forskningsprojekt i den utsträckning det avsedda syftet medger detta.

⁵⁵ Förutsättningar för vissa former av samtycke Komet beskriver 2019:7 Arbetsmaterial (version daterad 2019-11-18)



Bilaga 4 Samtycke inom biobanksområdet

Enligt biobankslagen får, förutom för vård och behandling och andra medicinska ändamål i en vårdgivares verksamhet en biobank användas endast för ändamål som avser kvalitetssäkring, utbildning, forskning, klinisk prövning, utvecklingsarbete eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Vävnadsprover får inte samlas in och bevaras i en biobank utan att provgivaren informerats om avsikten och om det eller de ändamål för vilka biobanken får användas och därefter lämnat sitt samtycke. Om det gäller provgivare som är barn ska vårdnadshavare ta ställning och det finns även regler för fall då provgivaren avlidit.

Schematisk fungerar systemet så att individen: vid varje provtillfälle får ta ställning till om vävnadsprover från det tillfället får lagras eller ej. Om ändamålet med biobanken förändras ska provgivaren informeras och ge sitt samtycke till det nya ändamålet för att vävnadsproverna ska kunna användas.

Systemet har fler nyanser än det gällande regelverket och gör skillnad på syftena ”för egen vård”, ”för utbildning” och ”för forskning”. Individen kan när som helst ändra sitt beslut om samtycke vilket i så fall leder till destruktion av vävnaden.

Patienten kan när som helst återkalla sitt samtycke.

Inera gör tillgängligt ett nationellt biobanksregister som aggregerar information från de lokala laboratorieinformationssystemen (LIS) i regionerna som själva primärt registrerar alla samtycken.



Bilaga 5 Socialtjänsten i en kommun – Några exempel på samtyckessituationer

Några insikter från förstudiens arbete avseende kommunal socialtjänst.

- Önskemål från personalen i verksamheten att kunna se vilka samtycken som gäller för individen
- Vilken livslängd har samtyckena? Idag finns det inte några enhetliga regler för detta inom kommunal socialtjänst.
- Samverkanssamtycke SSPF Socialtjänst Skola Polis Fritid ska vara skriftligt och tidsbegränsat. Motsvarande gäller för flertalet initiativ som omfattar flera aktörer myndigheter
- Vilka behov/får se att ett samtycke om inhämtande föreligger? Viktigt för verksamheternas medarbetare att kunna se men samtidigt en integritetsutmaning.
- Generellt bör man arbeta för att samtycken som presenteras ska bära ”etiketter” som är så lite informativa som möjligt och man bör vara medveten om att alla samtycken antagligen inte kan redovisas för någon annan än individen själv.

Några personer från socialtjänsten i de berörda kommunerna har bidragit med nedanstående inventering av situationer där samtycken uppstår. Inventeringen är tänkt att tjäna som referens och illustrerar mångfalden och flera relevanta perspektiv för att beskriva förhållandena.

Försörjningsstöd			
Barn och ungdom	Stöd till barn och ungdomar och deras familjer		
Vuxen missbruk	Missbruksvård		
Familjerätt			
Budget och skuldrådgivning			
Socialpsyk			
LSS			

⁵⁶ Hämtad från rapporten Utredning kring samtycke inom socialtjänst och överförmyndar-förvaltning Stockholms Stad oktober 2018



Tillstånd (alk/spel)	Myndighetsutövande verksamhet Behövs samtycke.		
		Kontakt vid behov	
		Informationsöverföring	
		Samtycke till att sammankalla en SIP.	
	Det finns samtycken som rör utbyte av information gällande en klient mellan myndigheter,		
	även samtycken som rör utbyte av information gällande en klient mellan myndighet och privatperson.		
	AFE (Ekonomi, boende, arbetsmarknad)		
	samtycken mellan myndighet och uppdragstagare, till exempel mellan Socialtjänst och ett familjehem.		
	Samtycke till kontakt mellan Socialtjänsten och Arbetsförmedlingen		
	Samtycke till kontakt mellan Socialtjänsten och sjukvård (vårdcentral, psykiatri etc.)		
	Samtycke till kontakt mellan Socialtjänsten och		



	Kriminalvården (frivården)		
	Samtycke till hävande av banksekretess		
	Samtycke till externa aktörer (ex. hyresvärd och arbetsgivare)		
	IFO (barn- och unga, öppenvård, vuxna, familjehem, familjerätt)		
	Samtycke hävande av inre sekretess (mellan enheter inom Socialtjänsten).		
	SSPF (samverkansmöten för ungdomar): Samtycke mellan skola, Socialtjänst och polis.		
	Samtycke vid familjehemsplacering, för undantag av sekretess vid tillgång till digital skolportal, samt annan information om elevens skolgång och kunskapsutveckling.		
	Samtycke till informationsutbyte för SIP (samordnad individuell plan).		
	Samtycke till undantag från sekretess vid övergång till ny		



	skola (när barn är placerat).		
	Samtycke till registerutdrag, ta del av polismyndighetens misstanke- och belastningsregister, Kronofogdemyndigheten, Försäkringskassan samt Socialtjänsten (där de bor) vid utredning av familjehem.		
	Samtycke till videoinspelning (inspelning i samband med Marte Meo behandling).		
	Samtycke till vårdnadsöverflyttning (familjehemsenheten)		
	Samtycke Västbus (samverkansmöte för barn och unga mellan Socialtjänst, skola, sjukvård och familj).		
			Samordnad individuell plan
			DUR-utredning
			Vuxen/missbruk
			Barn och unga
			Försörjningsstöd
			Äldreomsorg, biståndshandläggning



			Utförarverksamhet
			Vid verksamhetsövergång
			Vid informationsinhämtande i samband med utredning inom socialtjänst
			Vid samarbete eller informationsutbyte mellan bland annat utförare, beställare, landstinget, anhöriga samt företrädare.
			Vid en SIP
			När en utförarakt avslutats och dokumentationen ska skickas till beställaren (om det är annan nämnd).
			Vid informationsdelning på en enhet mellan olika självständiga verksamhetsgrenar, exempelvis mellan SoL och LSS, SoL och riksfärdtjänst eller LSS och riksfärdtjänst.
			Om en fullmakt ska lämnas där det framgår föräldrarna får föra en ungdoms talan i kontakten med stadsdelen (avseende en ungdom som



			omfattas av LSS, i de fall som inte god man behövs).
--	--	--	--



Bilaga 6 Arkitektur - fördjupning

Tjänstekontrakt och informatik

Tjänstedomänen för Samtyckestjänst har som syfte att stödja hanteringen av samtycken vid sammanhållen journalföring så att vårdgivarna får verktyg att uppfylla Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) gällande vårdgivarens skyldighet att inhämta patientens samtycke vid visning av sammanhållen journalföring.

Tjänstekontrakten är därför utformade för att stödja detta specifika syfte och en utvidgad användning i andra syften kräver att tjänstekontrakten och informationsmodellen förändras eller utvidgas. Denna förstudie behandlar inte informatiken i domänen Samtyckestjänst, men nedan ges ett antal exempel på *obligatoriska* attribut i informationsmodell och tjänstekontrakt som begränsar deras användning utanför det tänkta syftet:

- **vårdgivarId** (*careProviderId*): HSA-Id på vårdgivaren som intyget avser.
- **vårdenhetId** (*careUnitId*): HSA-Id på vårdenheten som intyget avser.
- **medarbetarId** (*employeeId*): HSA-Id på medarbetare som har utfört eller begärt en viss åtgärd (obligatoriskt). Används även i de fall samtycket avser enskild hälso- och sjukvårdspersonal på en vårdenhet.
- **typ** (*assertionType*): Typ av intyg som ger direktåtkomst till information från andra vårdgivare enligt PDL. Tillåtna värden är "Consent" (Patienten/Företrädaren har givit sitt samtycke) eller "Emergency" (Nödsituation föreligger. Patientens samtycke kunde ej inhämtas)
- **omfång** (*scope*): Omfånget/tillämpningsområde på samtycket. Enda tillåtna värdet är "NationalLevel" (Intyget gäller på nationell nivå)

Ovanstående exempel visar att befintliga tjänstekontrakt förutsätter att tjänsten endast hanterar samtycken för sammanhållen journalföring och att alla organisatoriska enheter och medarbetare finns i HSA-katalogen och kan identifieras med ett HSA-id.

Även tjänstekontraktens utformning är specifik för domänens syfte. Ett exempel är tjänstekontraktet "CheckConsent" som används för att kontrollera om det finns ett giltigt samtycke. Detta tjänstekontrakt förutsätter att det inte finns andra samtycken än samtycken för sammanhållen journalföring.

En utökning av Samtyckestjänsten för att stödja andra typer av samtycken och andra verksamhetsområden, t.ex. socialtjänsten, kräver därför att informationsmodellen förändras och att nya tjänstekontrakt införs. Nya tjänstekontrakt kan enkelt införas utan att påverka befintliga tjänstekonsumenter, däremot får en förändrad informationsmodell eller förändringar i befintliga tjänstekontrakt betydligt större konsekvenser, både för tjänstekonsumenter och tjänsteproducenter.

En annan lösning är att skapa en helt ny domän med ett bredare syfte än den befintliga tjänstedomänen för Samtyckestjänst. Oavsett val av tillvägagångssätt för att skapa stöd för fler varianter av samtycken så kan man konstatera att befintlig informationsmodell och befintliga



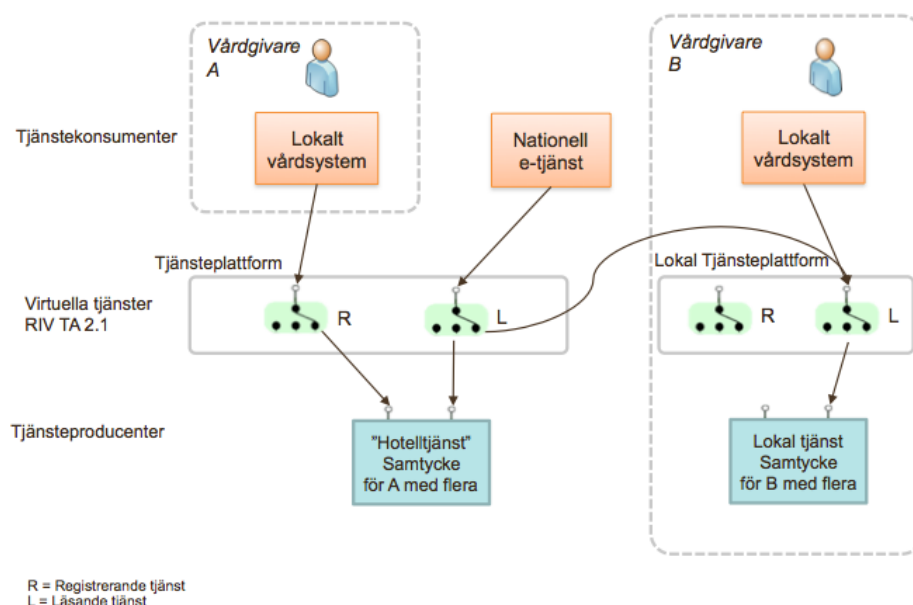
tjänstekontrakt inte stödjer något annat syfte än att hantera samtycken för sammanhållen journalföring.

Adresseringsmodell

Referensarkitekturen för vård och omsorg beskriver en övergripande adresseringsmodell vars syfte är att skapa lös koppling mellan tjänstekonsument och tjänsteproducent. Detta uppnås genom att tjänstekonsumenten kan uttrycka vem som är mottagare av ett meddelande via en logisk adress som sedan översätts till en fysisk adress av en eller flera tjänsteplattformar. Den fysiska adressen behöver därför endast vara känd för tjänsteplattformen.

Inom ramen för den övergripande adresseringsmodellen finns det varianter som kan se olika ut för olika tjänstedomäner. Varje tjänstedomän beskriver i sin tjänstekontraktbeskrivning detaljerna för den valda adresseringsmodellen. Adresseringsmodellen för domänen Samtyckes-tjänst föreskriver att man använder vårdgivarens Id (HSA-id) för att förmedla anropet till rätt mottagare via en eller flera tjänsteplattformar. Adresseringsmodellen kräver *inte* att man använder HSA-id som logisk adress, vilket öppnar för andra identifierare än HSA-id. Om en nationell tjänst är mottagare ska Ineras nationella HSA-id användas enligt tjänstekontraktbeskrivningen.

Adresseringsmodellen tillåter således lokala samtyckestjänster. En tanke med adresseringsmodellen har varit att en tjänstekonsument ska kunna använda en vårdgivares Id vid adressering, men om vårdgivarens Id inte hittas av tjänsteplattformen så ska anropet istället dirigeras till Ineras centrala instans.



Figur 1: Principer för samverkande tjänster för hantering av samtycken

Ovanstående princip har dock inte implementerats fullt ut i praktiken. Den nationella tjänsten Nationell Patientöversikt, NPÖ, adresserar för närvarande alltid Ineras centrala instans, oavsett



om det finns en lokal samtyckestjänst för den aktuella vårdgivaren. En följd av detta är att om en vårdgivare väljer att implementera en lokal samtyckestjänst så måste de spara samtycken både i den lokala samtyckestjänsten och i den centrala instansen för att samtycket ska kunna hittas både av NPÖ och en lokal tjänstekonsument, t.ex. ett journalsystem.

Det finns inget stöd för att aggregera information över flera tjänster, exempelvis i syfte att sammanställa en individs alla samtycken från olika vårdgivare. Det har aldrig varit aktuellt att implementera en aggregerande tjänst för denna domän, bl.a. eftersom samtycken för sammanhållen journalföring i normalfallet är kortlivade. En patient har dock möjlighet att använda tjänsten Journalen hos 1177 Vårdguiden för att se vilka samtycken som har blivit registrerade genom att titta i åtkomstloggen. Aktiviteten att registrera samtycke loggas i den centrala åtkomstloggen hos Säkerhetstjänster och tjänsten Journalen visar alla loggposter hos alla anslutna vårdgivare för den aktuella patienten (minst 18 månader tillbaka i tiden).

En utvidgad samtyckestjänst

Individens krav på överblick

Det finns förväntningar på att en utvidgad samtyckestjänst ska kunna ge invånaren en överblick de samtycken som invånaren har lämnat eller återkallat. Nuvarande samtyckestjänst erbjuder inte denna möjlighet. Invånaren kan endast hitta sina samtycken genom att gå igenom alla registrerade loggposter i PDL-loggen via tjänsten Journalen. Även om detta skulle vara en godtagbar lösning så finns det begränsningar i form av att Säkerhetstjänsters loggtjänst är tänkt att användas för att uppfylla kraven i PDL kap. 6. Sammanhållen journalföring, vilket inte är aktuellt för alla typer av samtycken.

I nuvarande adresserings- och behörighetsmodell för Samtyckestjänst finns inte invånaren med som aktör. Tjänstedomänen är utformad utifrån förutsättningen att det är en medarbetare med medarbetaruppdrag hos en given vårdgivare som är den inloggade användaren. Om en invånare ska kunna få överblick över alla sina samtycken i en utvidgad samtyckestjänst behövs därför en annan lösning än dagens användning av PDL-loggen. Nedan görs en kort genomgång av ett antal lösningsförslag.

Utgångspunkten för alternativa lösningar.

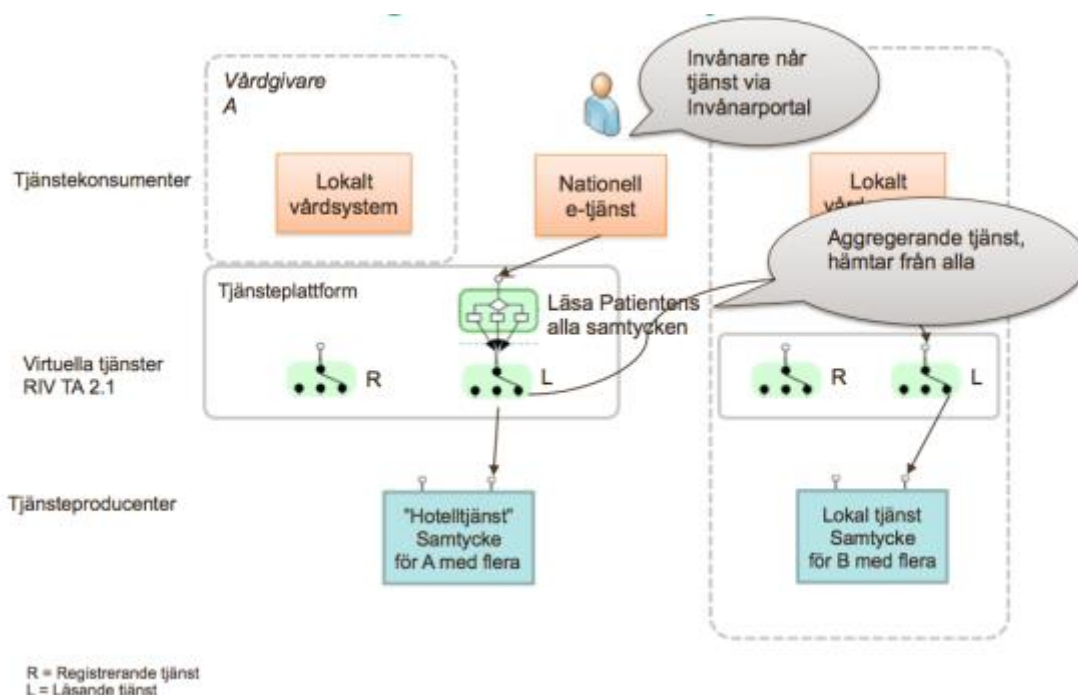
Utgångspunkt för de alternativa lösningarna är att systemstrukturen är distribuerad med federativt ägandeskap. Detta innebär att när fler tjänsteproducenter ansluter till tjänstedomänen behövs någon form av aggregerande tjänst så att anropande tjänstekonsument kan hitta eftersökt information oavsett vilken tjänsteproducent informationen finns hos. En aggregerande tjänst är en integrationstjänst som för en viss individ/patient sammanställer en nationell vy av informationen av den typ som är aktuell för tjänsten i fråga.

En aggregerande tjänst kan utformas på ett antal olika sätt:

1. Söka i samtliga tjänsteproducenters samtyckestjänster
2. Skapa ett index över samtycken hos samtliga tjänsteproducenter
3. Skapa en läskopia med aggregerad information från samtliga tjänsteproducenter av samtycken.



Det första lösningsalternativet innebär att den aggregerande tjänsten anropar alla förekommande logiska adressater, d.v.s. alla anslutna samtyckesproducenter, och returnerar samtyckesinformation från de producenter som har samtycken för den aktuella individen. Kunskap om vilka producenter som är anslutna kan den aggregerande tjänsten erhålla genom anrop till "infrastructure:itintegration:registry" och tjänstekontraktet "GetLogicalAddresseesByServiceContract". Lösningsalternativet kan vara aktuellt om endast ett fåtal tjänsteproducenter förväntas ansluta till tjänstedomänen.



Figur 2: En aggregerande tjänst enligt lösningsalternativ 1

Lösning nummer två är den som beskrivs i referensarkitekturen för vård och omsorg och innebär att den aggregerande tjänsten använder sig av stödtjänsten Engagemangindex för att inte behöva anropa alla tjänsteproducenter. Engagemangindex innehåller uppdaterade nationella index över vilka informationsägare som har information av vilket slag kring en viss invånare/patient. Användning av Engagemangindex innebär att alla tjänsteproducenter måste uppdatera Engagemangindex var gång information om en invånare/patient läggs till eller tas bort. Detta är förstahandsalternativet vid utformning av en aggregerande tjänst om det inte finns starka skäl att välja ett annat alternativ.

Den tredje lösningen innebär att det finns en central läskopia som innehåller all information från alla anslutna tjänsteproducenter. De anslutna tjänsteproducenterna ansvarar för att uppdatera läskopian vid all förändring av informationen. Denna lösning bör endast övervägas om det finns behov av att göra avancerade sökningar över alla tjänsteproducenter som inte rimligen kan hanteras m.h.a. Engagemangindex eller där lösningsalternativ ett inte är aktuellt p.g.a. många tjänsteproducenter och långa svarstider.



Utifrån ovanstående sammanställning går det att utläsa att alternativ tre inte är aktuellt för samtycken eftersom det inte finns behov av avancerade frågor i samband med aggregering av informationen. I valet mellan alternativ ett och alternativ två är alternativ två förstahandsvalet eftersom den lösningen är en del av referensarkitekturen för vård och omsorg. Alternativ ett kan dock fortfarande övervägas om det endast finns ett fåtal tjänsteproducenter eftersom det alternativet är betydligt enklare att implementera och införa.

Vid användning av en aggregerande tjänst så används samma tjänstekontrakt vid direktanrop till tjänsteproducenterna som vid anrop till den aggregerande tjänsten. Det endas som skiljer är den logiska adressen (och svaret). Eftersom samtyckestjänst redan använder Ineras HSA-id för den centrala instansen så behöver man nyttja ett annat HSA-id för att adressera den aggregerande tjänsten.

Införande av en aggregerande tjänst för att stödja invånarens överblick över sina samtycken bör vara en relativt enkel åtgärd, men det kräver att alla tjänsteproducenter ansluter sig till Engagemangsindex om man väljer alternativ två. Eftersom domänen idag endast har en tjänst, Ineras centrala instans, är detta inte något problem. För att stödja invånarens överblick krävs dock nya tjänstekontrakt samt att behörighetsmodellen modifieras så att anrop till tjänsteproducenter inte enbart bygger på medarbetaruppdrag.

Behörighetsmodellen i den nationella arkitekturen för vård och omsorg bygger på att tjänsteplattformar kontrollerar att endast anrop från tjänstekonsumenter som har behörighet att anropa ett visst tjänstekontrakt hos en viss tjänsteproducent (egentligen en viss logisk adress) släpps igenom (något förenklat beskrivet). Detta innebär att den behörighetsmodell som beskrivs i tjänstekontraktbeskrivningen för Samtyckestjänst där medarbetarens vårduppdrag anger vilken vårdgivares samtycken som medarbetaren har behörighet att hantera är något som i huvudsak implementeras i tjänstekonsumenten. En förändrad behörighetsmodell där individen tillåts att hämta information om sina samtycken via Samtyckestjänst är därför inget som påverkar befintlig arkitektur för anropskontroll utan är endast en fråga om att skapa nya tjänstekonsumenter som följer den förändrade behörighetsmodellen, exempelvis en ny tjänst i 1177 Vårdguiden som kan användas av individen för att hämta alla sina samtycken.

Sammanfattningsvis så krävs följande för att stödja förmågan att ge invånaren en överblick över alla samtycken som invånaren har lämnat eller återkallat:

- Ett nytt tjänstekontrakt som stödjer läsning av en invånarens samtliga samtycken (nuvarande tjänstekontrakt stödjer endast läsning av samtycken för en viss patient hos en viss vårdgivare).
- Stöd för aggregering (vilket innebär uppdaterade tjänstekontrakt med stöd för aggregering, uppdaterade tjänstekontraktbeskrivningar samt implementering i tjänsteplattform)
- Utökad behörighetsmodell som tillåter att individen får tillgång till sina samtycken
- Tjänstekonsument som stödjer den utökade behörighetsmodellen och kan konsumera tjänstekontraktet för att hämta en invånarens alla samtycken.

Frågan om eventuell påverkan på befintliga tjänstekonsumenter och tjänsteproducenter berörs inte, men den borde vara hanterbar eftersom den dominerande tjänstekonsumenten idag är NPÖ och den dominerande tjänsteproducenten är Ineras centrala instans.



Ovanstående punkter är vad som krävs för att utöka befintlig domän för att stödja invånarens överblick utan att behöva använda Säkerhetstjänsters loggtjänst. Om domänen ska utökas för att även stödja andra aktörer än vårdgivare och andra former av samtycken än samtycken för sammanhållen journalföring så krävs en förändring av informationsmodellen enligt tidigare beskrivning, vilket även kräver nya tjänstekontrakt. Det är också troligt att det krävs en lösning för att unikt identifiera aktörer som inte finns i HSA-katalogen, alternativt utöka omfattningen av HSA-katalogen.

Utbyte av samtyckesinformation mellan aktörer

Det finns även förväntningar på att en utvidgad samtyckestjänst ska kunna erbjuda möjligheten att utbyta samtyckesinformation mellan olika aktörer. Nuvarande samtyckestjänst erbjuder inte denna möjlighet eftersom det inte överensstämmer med domänens syfte. Samtycken inom sammanhållen journalföring ska endast kunna ses av patienten och den vårdgivare som samtycket avser. Den behörighetsstyrning som finns inbyggd i den föreskrivna adresseringsmodellen för tjänstedomänen bygger på att det är medarbetarens medarbetaruppdrag som styr vilken vårdgivares samtycke som medarbetaren får tillgång till.

Utbyta av information om samtycken mellan olika aktörer kräver att behörighetsmodellen förändras. Det kräver även att informationsmodell och tjänstekontrakt förändras så att det blir möjligt att uttrycka vilka aktörer som ska få tillgång till en viss individs samtycken. Lösningen måste även erbjuda en möjlighet för användarna att hitta de aktörer som ska få tillgång till ett visst samtycke. En analys av vilka steg som krävs för att arkitekturen ska kunna hantera en så pass stor förändring ligger utanför ramarna för denna översiktliga arkitekturutredning. En sådan utredning behöver också föregås av en mer genomarbetad kravbild.

Signerade samtycken

Nuvarande samtyckestjänst erbjuder inte någon möjlighet för patienten att signera sitt samtycke i de fall där det är lämpligt. Det kan gälla samtycken som ges på förhand eller vissa samtycken inom socialtjänsten där man önskar inhämta ett signerat samtycke. Om signering av individens samtycke är något som en utökad samtyckestjänst ska stödja så kräver det förändring av informationsmodell, tjänstekontrakt, tjänsteproducenter, tjänstekonsumenter samt införande av en tjänst för signering. Det krävs också ett klagörande av kravbilden innan en adekvat lösning kan föreslås.

Beroende på kravbild kan en lösning liknande den som används av Svenska biobanksregistret vara aktuell. Svenska Biobanksregistret hanterar medborgares samtyckesbeslut genom att använda öppen källkodslösningen Open ePlatform. I Open ePlatform kan färdiga elektroniska blanketter för samtycken skapas av en administratör. En medborgare kan sedan logga in i Open ePlatform med BankId och välja lämplig blankett beroende på syfte och ändamål. Medborgaren fyller i samtyckesblanketten och signerar den. Open ePlatform skapar därefter dokument i önskat format (pdf, json etc) samt en XML-fil med signeringsinformation.

Integrationen mellan Open ePlatform och tjänstekonsumenter eller tjänsteproducenter i samtyckesdomänen kan göras på flera olika sätt beroende på kravbild. Exempelvis skulle integrationen kunna göras av tjänstekonsumenten genom att handläggaren uppger medborgarens personnummer i tjänstekonsumenten som hämtar det signerade samtycket från Open ePlatform med hjälp av personnumret.



En annan möjlighet är att använda en lösning liknande den som tjänsten Webcert använder. Webcert är en del av Intygstjänster. Webcert använder CGI:s General Relying Part (GRP) API för att signera med BankId eller Mobilt BankID. Webcert använder funktionen för autentisering för att utföra signeringen. Webcert startar en autentisering genom att utfärda en "authentication request" mot CGI-tjänsten för ett visst personnummer, ett referensnummer samt en hash av innehållet som skall signeras. Webcerts server frågar med 3 sekunders mellanrum CGI:s GRP API om autentiseringen är klar baserat på referensnumret. När anropet returnerar status "Complete" extraheras den digitala signaturen ur svaret.

Den sistnämnda lösningen är enklare att integrera med befintlig tjänstedomän än den lösning som används av Svenska biobanksregistret, men medför fortfarande betydande förändringar. Lösningen undviker också de problem som det innebär att ha en separat tjänst för att skapa samtyckesformulär, men beroende på kravbild skulle det kunna vara en fördel att ha en separat tjänst för hantering och ifyllnad av samtyckesformulär.

Sammanfattning

Tjänstedomänen för Samtyckestjänst stödjer i sin nuvarande utformning endast hantering av samtycken för sammanhållen journalföring. Om domänen ska utökas för att stödja andra aktörer än vårdgivare och andra typer av samtycken så krävs en förändring av informationsmodellen samt nya och förändrade tjänstekontrakt. Det är också troligt att det krävs en lösning för att unikt identifiera aktörer som inte finns i HSA-katalogen, alternativt utöka omfattningen av HSA-katalogen.

En utvidgning av tjänstedomänen för att kunna ge invånaren en överblick över alla sina samtycken är relativt enkelt att åstadkomma genom att införa stöd för aggregering enligt välkända mönster.

Stöd för digitalt signerade samtycken medför en betydligt större förändring av domänen, men det finns befintliga tjänster inom Inera som kan fungera som stöd och inspiration för att skapa motsvarande stöd i samtyckedomänen.

Utbyte av samtyckesinformation mellan aktörer innebär en än större utmaning för arkitekturen och är av en sådan omfattning att den inte kan analyseras fullt ut inom ramarna för denna översiktliga arkitekturutredning.

Gemensamt för alla förändringarna är att kravbilderna behöver förtydligas innan det går att ge mer specifika svar på hur arkitekturen påverkas. Förändringarna är i de flesta fall av sådan art att de inte kan införas utan att befintliga tjänstekonsumenter och tjänsteproducenter måste anpassas om man väljer att implementera förändringarna i den befintliga domänen.



Bilaga 7 – Behovsinventering - Kartläggning

Aktörer – samtyckessituationer – regler

Målgrupper för tjänsten

Projektdirektivet för studien har utgått från att det finns ett behov av att hantera samtycken i digitala lösningar i hela det offentliga Sverige. Av praktiska skäl och för att göra förstudien mer hanterlig har omfattningen begränsats till hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst.

De användargrupper som identifierats är

- Sveriges invånare
- Regioner i egenskap av vårdgivare
- Kommuner i egenskap av vårdgivare
- Vårdgivare i allmänhet
- Kommunala nämnder ansvariga för socialtjänst
- Utförare i socialtjänst
- Uppdragstagare i socialtjänsten
- Alla de parter som socialtjänsten inhämtar information från vid utredningar.

Utredningen har valt att uppfatta de samtyckessituationer som de olika verksamheterna angivit och i viss mån beskrivit, som representanter för de verkliga behoven.

Jämfört med den nuvarande situationen tillkommer främst behovet för invånarna att kunna se sina egna samtycken, få en överblick av dessa samt även ta tillbaka samtycken och häva spärr när så är tillämpligt.

Journalföring inom vård och omsorg – En beskrivning

Vårdokumentation i hälso- och sjukvården

Bestämmelser om vårdokumentation finns i Patientdatalagen (PDL) och tillhörande föreskrifter från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2016:40). Vårdokumentation 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, dvs. även sådana uppgifter som faller vid sidan av skyldigheten att föra patientjournal. Det innebär exempelvis att begreppet vårdokumentation 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 sammanhållen individuell plan ingår. 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.

Dokumentation i socialtjänsten

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).

Direktåtkomst och sammanhållen journalföring

Inom hälso- och sjukvård är direktåtkomst en möjlig mekanism för en vårdgivare att ta del av journalhandlingar upprättade hos en annan vårdgivare.

I dagsläget saknas däremot bestämmelser 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. 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. 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. 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.

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).

Patienten kan när som helst motsätta sig att uppgifterna görs tillgängliga för andra vårdgivare än den som skapat journalanteckningarna.

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 överläts 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 spärrade 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 behandlasjukdomar 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 inneliggande 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.

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.

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. Det betyder att den enskilde verkligen ska ha ett val samt att generella samtycken 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.

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. 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. 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.

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 klargöra 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, finns det mekanismer för att få vårdgivaren ska kunna 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. PDL gör skillnad på spärrade och ospärrade utgifter med olika bestämmelser för hur åtkomst ska kunna ske i situationer där patienten är oförmögen att ge sitt samtycke.

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 §).

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 enskilde 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 enskilde 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.

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.

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,
- 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.

Så upplevs situationen inom hälso- och sjukvård

Kommentarer och insikter angående olika områden där samtycken förekommer.

Inera organiserade i december 2018 en workshop för att lägga grunden till arbetet om samtycken inom hälso- och sjukvård. Ett antal punkter från den dagens arbete stod ut som speciellt intressanta medskick till utredningen. Det här avsnittet innehåller även bidrag från



”samtyckesgruppen” i vilken region Skåne och Västra Götalandsregionen samarbetar om samtyckesfrågor.

Ett sätt att formulera utmaningen

Hur ska en utvidgad tjänst för att hantera samtycken fungera för att på bästa sätt stödja vårdpersonal att både kunna följa lagstiftarens intentioner gällande ett informerat, specifikt, otvetydigt och frivilligt givet samtycke och samtidigt sätta patientsäkerheten först. (regelverken går ibland emot varandra). Det finns en risk för patienten att inte använda sammanhållen journal som består i att vårdpersonalen inte har tillgång till all relevant information vid vårdtillfället. En av patientdatalagens grundtankar är att samtycke ska efterfrågas/inhämtas av vårdgivaren och ges av patienten vid sammanhållen journalföring. Kravet på vårdpersonalen att inhämta ett ”specifikt, otvetydigt och frivilligt” samtycke är svårt att leva upp till i vårdsituationen. Patienten ska få information om samtycke på det juridiska planet och det medicinska planet omfattande till exempel konsekvenserna av att ge samtycke och att inte ge samtycke. Alla patienter har inte samma möjlighet att sätta sig in i situationen på kort tid oavsett deras livssituation.

Utmaningar inom vården

Vården tvingas sköta flera olika typer av samtycken ibland i ett och samma vårdmöte.

Det kan gälla exempelvis sammanhållen journalföring, kvalitetsregister och lagring av biobankprover, eventuellt för framtida forskning. Biobankssamtycket planeras bli separat från samtyckestjänsten. För att kompensera för vissa svårigheter markerar man att ett givet samtycke gäller en viss tidsperiod även om det inte finns stöd i lagen för det. Många försöker också dokumentera samtycken genom fritextanteckningar i system som egentligen inte är avsedda för detta.

Inventering av samtyckessituationer inom vården

Lista samtycken/situationer som kräver samtycke samt vem/vilka som är berörda samt vilka utmaningarna kan vara

Begränsning av vårdåtgärd, ”livstestamente”, här avgör vårdpersonal, det kan ändå vara ett bra stöd för dem om det finns en tjänst för att hantera samtycken (få blod, livsuppehållande åtgärder etc.

Sammanställning av samtyckessituationer

Workshop		Samtyckesgruppen		
Hälsa- och sjukvård		VGR - Skåne		



Sammanhållen journalföring (omfattas av Nationell patientöversikt NPÖ)		Sammanhållen journalföring		
Utlämnande av information (samordnad individuell plan, annan vårdgivare, kvalitetssäkring, inom och mellan vårdgivare).		Hävning av spärr		
Forskningssyfte		Nationella läkemedelslistan		
Läkemedelsförteckningen och inom ett par års sikt Nationella läkemedelslistan				
		Förebyggande hälso- och sjukvård		
		Eftergivande av sekretess ⁵⁷		
		Kvalitetsregister		
		Samtycke deltagande i forskning		
		Organdonation		
		Biobank		
		Medicinteknisk utrustning		

Allmänna mål

- Patientens möjlighet att ha överblick över lämnade samtycken – grundförutsättning.
- Proaktivt samtycke inhämtat i förväg som gäller över tid.

⁵⁷ Detta syftar på samtycken som inte grundar sig på patientdatalagen



- Utveckling av 1177 och nationella samtyckestjänsten.
- Samverkan över region- och kommungränsen, samt privata vårdgivare.
- Förenkla och kvalitetssäkra.
- Styra upp samtyckeshantering i vårdmötet.
- Ändamålsenligt samtycke.

Uppslag från utredningen i ljuset av workshop-deltagarnas observationer:

- Att skapa möjlighet för invånarna att få information exempelvis på 1177 om samtycken samt
- Att ha möjlighet efter inloggning att se vilka samtycken de givit och eventuellt ha möjlighet att ändra dessa och eventuella spärrar som finns inlagda. Det verkar troligt att detta borde kunna ge bättre överblick för individen men också spara en del av vårdmötenas tid till annat än att inhämta samtycke. Det skulle också kunna svara mot patienternas behov att kunna förstå vad de egentligen samtyckt till även en längre tid efter vårdmötet eller besöket på 1177 då samtycket inhämtades. Stora patientgrupper med behov av att förstå vad samtycke innebär kräver möjlighet till info på olika språk och för funktionsvariation där det nya direktivet för tillgänglighet till digitala tjänster har ökat kraven.

Workshop deltagarna diskuterade vidare ett antal frågor om hur man bäst skulle kunna hantera de identifierade utmaningarna.

- Kan vissa samtycken med liknande egenskaper grupperas tillsammans? Med liknande typ av användare? Eller utifrån olika typer av syften och /eller situationer?
- Förslagsvis kan man pröva om samtycken som hör till journalförda vårdbesök och sammanhållen journalföring ska hanteras på ett sätt, medan samtycken kopplat till forskning och register hanteras på ett annat sätt.

Deltagarna ansåg att det skulle vara intressant och värdefullt att utreda om

- Man kan hantera samtycken som handlar om data som ska lagras i (kvalitets-)register på annat sätt än samtycke till sammanhållen journalföring.
- Samtycken till att register hanteras av individen vid ett tillfälle (alternativt för en längre tidsperiod – förutbestämd eller utifrån individens önskemål och kan kombineras med en aviseringsfunktion som ger individen signal när ett samtycke ”går ut”)

Workshopen gick också igenom vilka (de mest frekventa) parterna är för samtycken

Vem behöver hantera samtycken? Vem är användaren?

- Vårdpersonal i samband med läsa/föra journal. Vård o behandling
- Alla patienter
- Närstående? (idag finns inget legalt stöd för närstående att lämna samtycke)



- Forskare
- (Vård)personal som ombud för annan intressent (forskare, vårdpersonal, kanske patienten).

Vem behöver hantera samtycken? Vem är användaren?

- › Vårdpersonal i samband med läsa/föra journal. Vård o behandling
- › Alla patienter
 - › OBS! Stora patientgrupper med behov av att förstå vad samtycke innebär kräver möjlighet till info på olika språk, för olika funktionsvariation
- › Närstående? (idag finns inget legalt stöd för närstående att lämna samtycke)
- › Forskare
- › (Vård)personal som ombud för annan intressent (forskare, vårdpersonal, kanske patienten).

I workshoppen fick deltagarna gemensamt ta fram en vy av patientresan som behandlar situationen före, under och efter vårdkontakt/vårdmöte. De olika punkter tar hänsyn till vårdpersonalens eller patientens perspektiv.

Aktiviteter	<p>I kallelse till planerat vårdbesök kan respektive vårdenhet tala om vilka samtycken som är aktuella för patienten att ge samt informera om hur patienten själv kan ge samtycke i förväg.</p> <p>Före besök kan personal kolla vilka samtycken som finns.</p> <p>Patienten behöver information före-under-efter kring vad samtycke innebär, vilka samtycken hen gett och också ha möjlighet ta tillbaka samtycken.</p>	<p>Man behöver kunna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se/verifiera samtycken -Lägga till samtycken OCH samtycken som vårdpersonal "bockar i"/markerar "klara" ska synas även i patientens vy -samtyckesfunktionen ska "poppa upp" i journalen (likna hur NPÖ och läkemedelsförteckn visas kopplat till journalen) -Inhämta samtycke åt annan vårdgivare (ex vid SIP) 	<p>Kvalitetsreg etc vill kunna söka fram journaldata för de individer som gett samtycke</p> <p>Samtycke blir viktigt vid SIP – samordnad individuell plan (samordning vid utskrivning)</p> <p>Pat behöver kunna se, spärra info samt ta tillbaka samtycke</p>
Aktörer	Juridiskt gäller ett samtycke för en hel vårdenhet, inte en individ		SIP- olika vårdgivare. Hur hantera detta
Emotionella reaktioner	Patientens tillit till vården är ofta kopplad till en särskild person – "jag litar på just den här läkaren". Hur ska pat informeras för att i största möjliga utsträckning vilja ge samtycke		



	Stor svårighet idag att följa lagstiftarens intentioner i fall där patienten uppenbarligen inte kan förstå vad samtycket innebär – vanligt t ex när patienten inte talar svenska		
Höjd-punkter och botten-napp	Lagen säger ingenting om tid. Ett samtycke inom ramen för sammanhållen journal måste ges varje gång. Kan invånaren ändå få styra hur länge ett samtycke är giltigt – och aviseras när det håller på "gå ut"?	Integrera NPÖ och läkemedelsförteck i Journalen är BRA – så bör även samtycke fungera.	Samtycken till kvalitetsregister etc är idag väldigt svårt söka fram vid kvalitetsuppföljning. Hur kan det fungera/bli bättre?

Insikter och frågeställningar under arbetes gång:

- Vem förvaltar och lagrar samtycken?
- Samtycket blir en form av register – då behövs en personuppgiftsansvarig, PUA. Vem kan det vara?
- Är individens samtycke i en digital tjänst att räkna som journalanteckning? Kan jag som patienten använda samma tjänst/ samma gränssnitt som vårdpersonalen. Hur fungerar det säkerhetsmässigt? Är det delat ut som man kan göra??
- Ska detta vara en patientsäker och rättssäker tjänst måste det finnas stöd för information på många olika språk och funktionerna ska vara tillgängliga för individer med olika funktionsvariationer
- Ska vårdpersonal kunna agera ombud om en patient vill återkalla ett givet samtycke?
- Kan vi gruppera efter egenskaper de olika samtyckena och hantera samtycken till olika register på ett sätt (ett samtycke som kan gälla för längre tid t ex) och samtycken som faller under Sammanhållen Journalföring och utlämnande av information på ett annat sätt (samtycke måste ges vid varje tillfälle)? Kan även de senare samtyckena ges för längre tid hos en vårdgivare man har långvarig kontakt med/ i en vårdprocess?
- Det ser väldigt olika ut i olika regioner – i små regioner kanske en patient aldrig kommer i kontakt med mer än en vårdgivare, medan det t ex i Stockholm vid ett givet tillfälle kan finnas representanter från ett antal vårdgivare i en operationssal som alla arbetar med en och samma patient.... Hur ska en samtyckestjänst se ut för att hantera det?
- Påminnelse: Vid kvalitetsuppföljning inom en vårdgivare (inre sekretess) behöver inte patient ge sitt medgivande till att annan vårdpersonal läser journalanteckning. Det räcker med åtkomstloggen. Det behöver dock finnas ett dokumenterat skriftligt uppdrag som beskriver kvalitetsuppföljningen.

Några tankar som vi satte upp på Ideparkeringsplatsen

- Vad ska visas i ett samtyckesgränssnitt?
- Vilka situationer kan fungera för samtycke i förväg? Hypotes – speciellt före planerad vård och i avgränsade vårdprocesser.
- Behöver man ha informationen om t ex sekretessbrytande bestämmelser "inne i" en samtyckestjänst eller räcker det om den finns i 1177?
- Jag som individ kan ha behov av att veta vad som händer med digitala samtycken när jag har dött.



- När man tidsätter samtycken? Vore det inte bra – då att ha en aviseringsfunktion av någon sort
 - Avisering när ett samtycke snart ”går ut”



Så upplevs situationen inom socialtjänsten

Den här framställningen bygger främst på en rapport⁵⁸ från Stockholms Stad som hade till uppgift att besvara när samtycke, fullmakt, medgivande och sekretessmedgivande ska ges, samt på vilket sätt detta ska ske inom Stockholms Stad, för att använda utredarnas ord.

Samtycke till -Inhämtning av uppgifter om den enskilde

I Socialstyrelsens publikation ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” står det följande som gäller kring samtycken. De uppgifter som socialnämnden behöver för att kunna behandla en ansökan om bistånd ska i första hand inhämtas från den enskilde själv.

I många fall visar det sig dock att uppgifter behöver inhämtas från utomstående, vilket betyder att socialnämnden måste ta upp frågan om samtycke med den enskilde. Ett sådant samtycke behövs för att nämnden ska kunna ange orsaken till att uppgifter behöver inhämtas, det vill säga att den enskilde är aktuell för utredning inom socialtjänsten. Redan den omständigheten är en uppgift som är sekretessreglerad. Om den enskilde lämnar samtycke till att nämnden kontaktar utomstående ska den enskildes samtycke dokumenteras enligt bestämmelserna i 5 kap. och 5-6 §§ SOSFS 2014:5.

Ett förtryckt medgivande, som ger socialtjänsten rätt att hämta in uppgifter från flera olika myndigheter och organisationer i betydligt större utsträckning än vad som normalt behövs för att kunna utreda en biståndsansökan, är olämpligt. Detta finns behandlat i ett JO-utlåtande från 2012⁵⁹. Det är viktigt att samtycket är preciserat så att det inte uppstår några oklarheter kring vad den enskilde har samtyckt till. Även om den enskilde har lämnat sitt samtycke bör man vara särskilt försiktig när man hämtar in uppgifter från andra myndigheter och enskilda personer.

Allmänt om samtycke (Inhämtning av uppgifter om den enskilde) i socialtjänsten

- Vid utformningen av ett samtycke bör man alltså vara noggrann så att samtycket inte blir mer omfattande än vad den enskilde avsett.
- Medgivandet bör riktas till myndigheten och inte till enskilda tjänstemän.
- Vilka utredningsåtgärder som förvaltningen behöver ta och hur uppgifterna ska inhämtas bör enligt JO bestämmas i samråd mellan handläggaren och sökanden.
- I de fall som den enskilde har en förvaltare kan förvaltaren lämna medgivandet om informationsutbyte i den enskildes ställe.
- I de fall som den enskilde har en god man bör detta medgivande i möjligaste mån inhämtas direkt från den enskilde.

Om den enskilde väljer att inte lämna sitt samtycke till att kontakter tas med utomstående är det viktigt att nämnden upplyser den enskilde om vilka konsekvenser detta kan få. Följden kan då bli att nämnden avslår den enskildes ansökan eller begäran om insatser.

⁵⁸ Utredning kring samtycke inom socialtjänst och överförmyndarförvaltning – Modernisering av sociala system - oktober 2018.

⁵⁹ JO utlåtande referens fattas



Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5). gäller det att om den enskilde har lämnat samtycke till att nämnden får kontakta andra myndigheter eller personer, så ska den enskildes samtycke dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå vilka andra myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte, om närstående får kontaktas samt i vilket syfte, vilka sakkunniga och referenspersoner som får kontaktas samt i vilket syfte, och när samtycket har lämnats. Om den enskilde återkallar hela eller delar av sitt samtycke ska detta dokumenteras så att det tydligt framgår att samtycket inte längre gäller eller har ändrats.

Undantag från regeln om samtycke kan göras vid bland annat utredningar som gäller barns behov av skydd eller stöd enligt 11 kap. 2 § Socialtjänstlagen (SoL), vid utredningar som gäller vård och behandling enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt vid vissa utredningar då yttrande ska lämnas till annan myndighet. Utgångspunkten är ändå att informationsinhämtning sker med samtycke från den enskilde i möjligaste mån.

Inventering samtycken i socialtjänstens processer

Under utredningens arbete har det framkommit att kommunernas organisation av socialtjänsten⁶⁰ varierar ganska kraftigt. Verksamheterna finns i en eller flera nämnder som är att betrakta som separata myndigheter med en sekretessgräns omkring. Försörjningsstöd kan exempelvis hanteras av en socialnämnd eller en arbetsmarknadsnämnd. Antalet nämnder och respektive nämnds namn och ansvarområde definieras och därmed sättet att bunta ihop olika aspekter av socialtjänsten i de olika strukturerna är i princip unikt för varje kommun. För en mer detaljerad skildring av variationen mellan olika kommuner hänvisas till tabellen i bilaga4. Det innebär inte att det inte finns några mönster men det innebär att det blir nödvändigt att säkerställa att användarfall verkligen är representativa vilket praktiskt är ganska svårt och arbetskrävande. Om en framtida tjänst byggs på användarfall som inte är tillämpliga i vissa kommuner riskerar den att inte användas. Samtycken som inhämtas ska heller inte vara bredare och mer generella än nödvändigt för socialtjänstens verksamhet som alltså kan variera mycket.

Nedan följer en presentation av några exempel på de situationer och omständigheter som har identifierats under utredningens gång. De situationer som är presenterade här mer i detalj kommer direkt från en rapport (2018) från Stockholms Stad och reflekterar stadensorganisationen. Som synes beskriver de i huvudsak skeenden/processer där man använder pappersdokument.

Samordnad individuell plan

Sedan 2010 är samordnad individuell plan (SIP) lagstadgad i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §). Planen ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när insatserna behöver samordnas. Detta gäller oavsett personens ålder eller behov. Syftet med planen är att säkerställa samordning. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt vem av huvudmännen

⁶⁰ Främst verksamheter som styr av socialtjänstlagen men även [att precisera]



som har det övergripande ansvaret för planen. En grundförutsättning för att en SIP ska kunna upprättas är att den enskilde har lämnat sitt samtycke och att sekretessen efterges.

DUR-utredning

I DUR⁶¹-utredningsformulären som används för målgruppen socialpsykiatri samt inom funktionshinderområdet (LSS och SoL) finns en blankett för medgivande bifogat med utredningsformuläret. På den blanketten kan den enskilde lämna sitt medgivande till att handläggaren får ta kontakt med vårdpersonal, myndigheter, anhöriga och utförare, där det finns ett fält för signatur för varje typ av medgivande. På mallen för medgivande för funktionshinderområdet finns även en formulering om att den enskilde ombeds lämna sitt medgivande till att socialförvaltningen, funktionshindersinspektörer och stadens revisorer får ta del av den dokumentation om den enskilde som är nödvändig för att de ska kunna utföra sina uppföljningsuppgifter. Det står också att den enskilde kan återta sitt medgivande när som helst. När den enskilde har lämnat sitt samtycke skrivs vanligen en journalanteckning om detta. Vidare anger man även detta i ”beskrivningsrutan” i paraplyet.

Vuxen/missbruk

Inom vuxen/missbruksverksamheten finns en medgivandeblankett på stadens gemensamma samarbetsyta/blankettarkiv. Denna blankett återfinns i denna utredning som bilaga. Den enskilde får ange vilka verksamheter som hen släpper sekretessen kring och i vilka frågeställningar man får samarbeta kring. Den enskilde får ange ett till och med datum som medgivandet gäller till samt vilket namn/enhet som den enskilde ska kontakta ifall samtycket ska återtas. När det gäller missbruk finns det också en bestämmelse som bryter sekretessen i offentlighets- och sekretesslagen (25 kap. 12 §), vilket gör att sekretessen i vissa allvarigare fall, såsom vid LVM-utredningar, kan brytas utan att den enskilde lämnat sitt samtycke till det.

Försörjningsstöd

En verksamhetsrepresentant från försörjningsstöd på Enskede-Årsta-Vantör SDF berättade att de på dennes enhet brukar inhämta skriftliga samtycken som de lägger i den enskildes akt. De brukar också skriva en journalanteckning om detta samt göra en notering i en ”beskrivningsruta”. Det står en text om medgivande på ansökningsblanketten för ekonomiskt bistånd, men verksamhetsrepresentanten berättade att många klienter brukade missa att fylla i där. På blanketten för ansökan om ekonomiskt bistånd så finns heller inte alla relevanta samarbetspartners uppräknade. Till följd av detta brukar handläggaren se till att inhämta samtycket senare, då på en specifik samtyckesblankett.

Barn och unga

Inom barn- och ungdomsverksamheten på socialtjänsten finns det sekretessbrytande regler i socialtjänstlagen (14 kap. 1 § och 11 kap. 2 §) samt i offentlighets- och sekretesslagen (25 kap.

⁶¹ DUR är en förkortning för Dokumentation, Utredning och Resultat, vilket är en metod för att skapa systematisk dokumentation för socialtjänsten.



12 §). Verksamheter som berör barn och unga är skyldiga att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd till nämnden. Det betyder alltså att socialsekreterarna kan ta kontakt med samarbetspartners (skola, skolhälsovård, barnavårdscentraler med mera) utan någon begränsning av sekretess, samt att dessa samarbetspartners måste lämna information till socialtjänsten utan någon begränsning av sekretess. Även om en vårdnadshavare skulle neka till informationsinhämtning har socialsekreterarna alltså rätt att inhämta informationen. I praktiken brukar socialsekreteraren informera barnet eller vårdnadshavarna om att dessa kontakter kommer att tas, för att detta ska ske i samförstånd i möjligaste mån. Vårdnadshavarna får också yttra sig om informationen som sammanställs i utredningen.

Äldreomsorg, biståndshandläggning

Vid kontakt med en verksamhetsrepresentant från äldreomsorgen på Norrmalm SDF framkom att de på dennes enhet inhämtar skriftligt samtycke i samband med att de gör en SIP, men att man i övriga fall endast inhämtar muntliga samtycken som antecknas i den enskildes journal samt i "beskrivningsrutan" i parapyet. I slutet på varje beställning brukar biståndshandläggaren fylla i om den enskilde medger informationsutbyte mellan beställare och utförare.

Utförarverksamheter

Inom utförarverksamheter gäller samma sekretessregler som för biståndshandläggarna och socialsekreterarna. Man får alltså inte från en hemtjänstgrupp eller från ett särskilt boende exempelvis ta kontakt med den enskildes vårdcentral och lämna ut information utan att den enskilde först lämnat sitt medgivande. I utredningen kontaktades flera olika utförarverksamheter, både i privat och i egen regi, för att utreda hur de arbetar med sekretess och medgivanden. Genom kontakten framkom att vissa inhämtar skriftliga medgivanden från den enskilde som de sparar i akten på den egna utförarenheten. En enhetschef på en hemtjänstgrupp menade att de inte hämtar in något medgivande från den enskilde alls, utan nöjer sig med det som handläggaren skriver längst ned i beställningen om informationsutbyte (detta samtycke gäller egentligen endast mellan beställare/utförare).

En verksamhetschef på ett vård- och omsorgsboende menade att de oftast inhämtar samtycke från de anhöriga. Målgruppen på boendet var svårt sjuka personer med demens, vilket innebär deras kunder inte riktigt har förmåga att inse innebörden av en underskrift eller kanske överhuvudtaget har möjlighet att underteckna ett papper. Många av de boende saknar en formaliserad företrädare, utan de anhöriga hjälper istället till med ekonomin och andra administrativa sysslor. I dessa fall finns det ingen person som kan ge något medgivande, trots att det kan vara brådskande att få till ett samarbete med exempelvis sjukvården.

Vid verksamhetsövergång

Vid verksamhetsövergångar (om en entreprenörs avtal går ut och en ny entreprenör tar över driften, exempelvis avseende ett vård- och omsorgsboende, en dagverksamhet eller en LSS-gruppboende) avslutar handläggarna idag sina beställningar hos den gamla utföraren och lägger en ny beställning till den nya utföraren. I dessa situationer avslutas utförarakterna hos den gamla utföraren. I de fall den enskilde lämnat sitt medgivande skickas journalanteckningarna i en elektronisk fil till den enskildes akt på beställarsidan. De fysiska



genomförandeplanerna som den enskilde signerat skickas därutöver till stadsdelen och läggs i den enskildes akt.

Situationer då samtycke eller fullmakt behöver inhämtas inom socialtjänsten

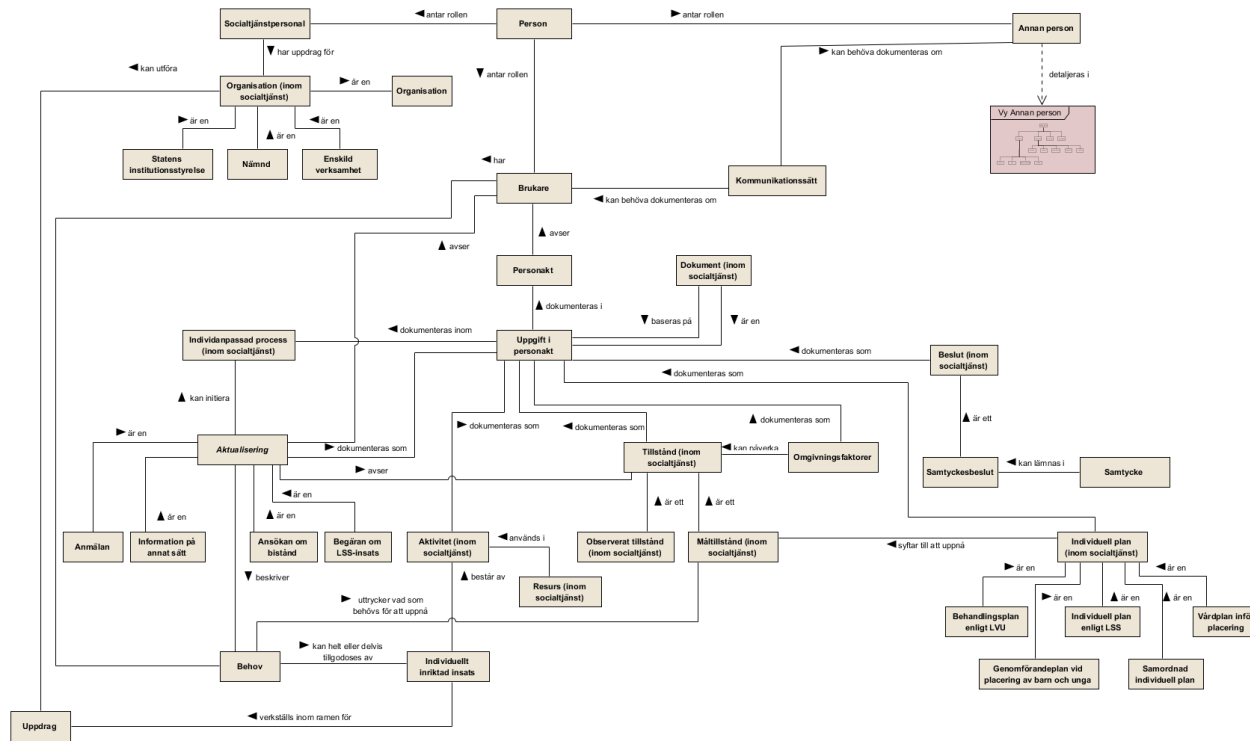
Vid nedanstående situationer behöver samtycke inhämtas från den enskilde:

1. Vid informationsinhämtande i samband med utredning inom socialtjänst.
2. Vid samarbete eller informationsutbyte mellan bland annat utförare, beställare, landstinget, anhöriga samt företrädare.
3. Vid en SIP.
4. När en utförarakt avslutats och dokumentationen ska skickas till beställaren (om det är annan nämnd).
5. Vid informationsdelning på en enhet mellan olika självständiga verksamhetsgrenar, exempelvis mellan SoL och LSS, SoL och riksfärdtjänst eller LSS och riksfärdtjänst.
6. Om en fullmakt ska lämnas där det framgår föräldrarna får föra en ungdoms talan i kontakten med stadsdelen (avseende en ungdom som omfattas av LSS, i de fall som inte god man behövs).



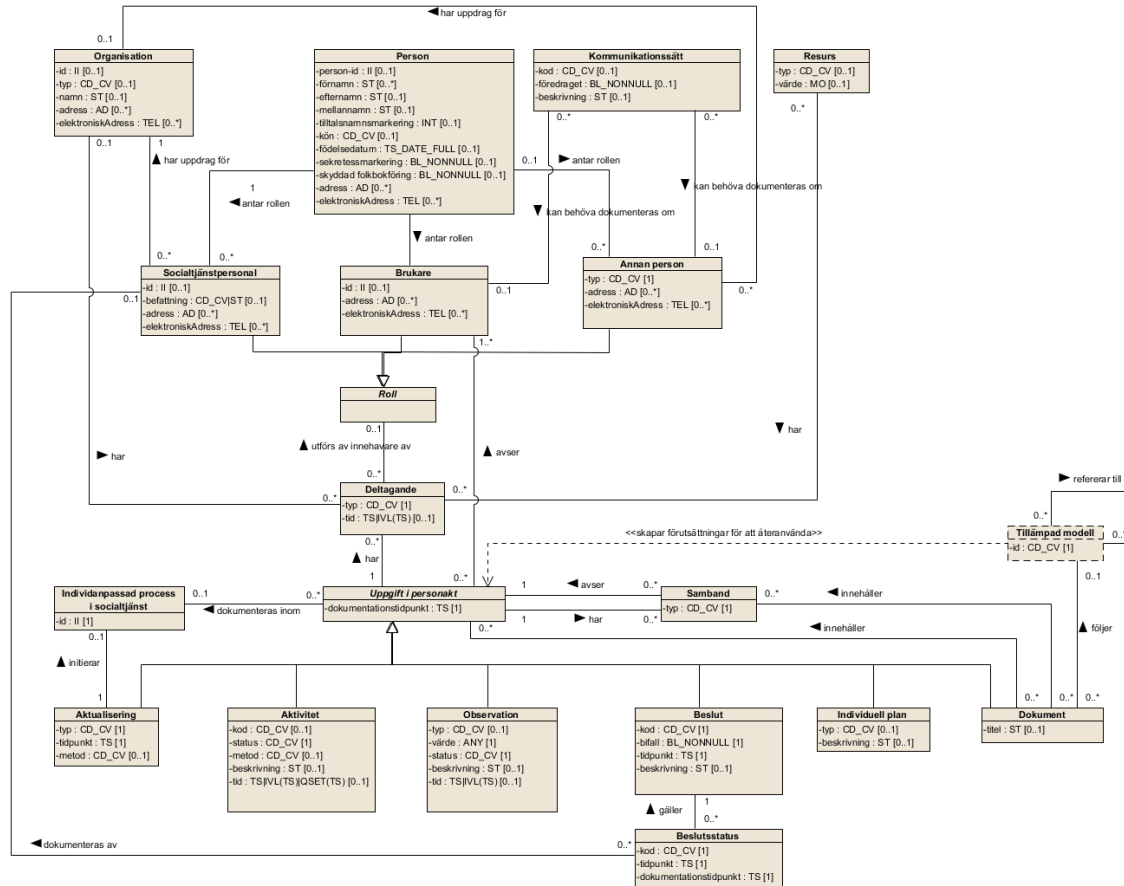
Bilaga 8 Socialstyrelsens nationella informationsstruktur

Begreppsmodell socialtjänst



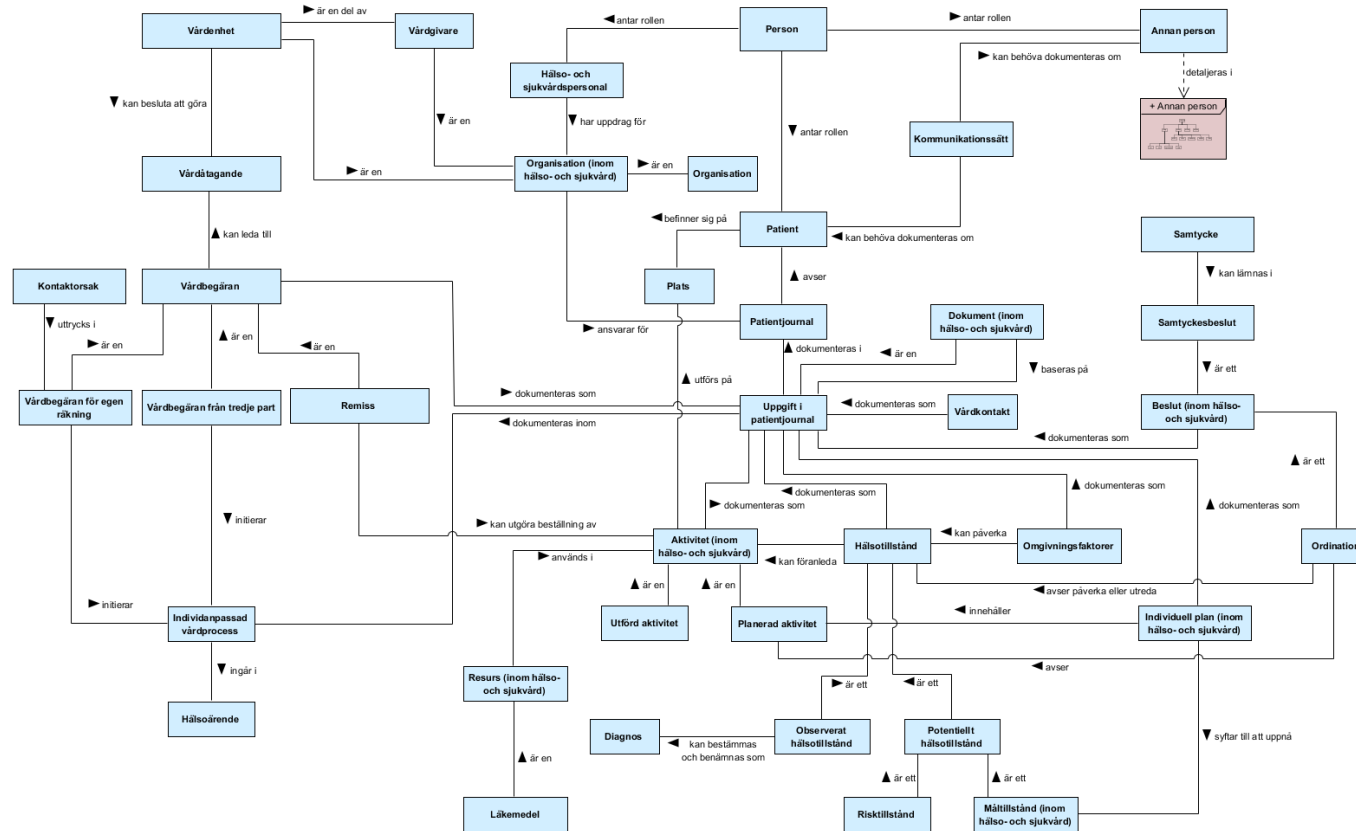


Informationsmodell socialtjänst





Begreppsmodell hälso- och sjukvård





Informationsmodell hälso- och sjukvård

