

Hälsöärende och process-id

**Förutsättningar för en sammanhållen
vård- och omsorgsdokumentation kring
individ Anpassade processer**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2015-2-2
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2015

Förord

Som en del i regeringens satsning på att samordna vård och omsorg för de mest sjuka äldre har Socialstyrelsen fått i uppdrag att undersöka och beskriva de rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningarna för att hålla samman vård- och omsorgsdokumentation kring vård- och omsorgstagares individanpassade processer med hjälp av ett process-id. Uppdraget beskrivs också i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en sammanhållen vård och omsorg av de mest sjuka äldre.

En delrapport till regeringsuppdraget publicerades 2013: *"Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården"*. Delrapporten beskrev förutsättningarna för ett process-id inom hälso- och sjukvård och relationen till ett hälsoärende. Resultatet från den publicerade delrapporten kompletteras i denna rapport då Socialstyrelsen beskriver förutsättningarna för ett process-id för hälso- och sjukvård, socialtjänst och vård och omsorg.

Rapporten riktar sig till Socialdepartementet som uppdragsgivare samt till personer i kommuner och landsting som arbetar med it-stöd och med processer som innefattar flera aktörer och sträcker sig över organisatoriska gränser.

Ansvarig utredare är Niklas Eklöf, ansvarig enhetschef är Helena Nilsson. För den juridiska utredningen har Socialstyrelsens jurister Mathias Wallin, Ylva Ehn och Socialstyrelsens konsult Manólis Nymark ansvarat.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Interoperabilitet	10
Hälsa- och sjukvård	13
Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?	13
Hälsöärende inom hälso- och sjukvård	16
Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?	17
Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?	21
Socialtjänst	26
Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?	26
Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?	27
Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?	32
Vård och omsorg	35
Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?	35
Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?	35
Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?	36
Förslag på fortsatt arbete	39
Klassificering av kontaktorsak och orsak till aktualisering	39
Tilldelning av process-id	39
Tydligare styrning för att individens behov ska stå i centrum	40
Fortsatta juridiska frågor utifrån SOU 2014:23	40
Referenser	43
Bilaga – Externa deltagare i arbetsgrupper	44

Sammanfattning

Socialstyrelsen har under 2014 fått i uppdrag att beskriva de rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningarna för att hålla samman vård- och omsorgsdokumentation kring en vård- och omsorgstagares individanpassade processer med hjälp av ett process-id. Resultatet i rapporten ska användas för att enhetligt beskriva förutsättningarna för att organisationer och verksamhetsprocesser ska fungera i samverkan kring vård- och omsorgstagaren.

Det finns goda begreppsmässiga och juridiska förutsättningar för att införa ett process-id i hälso- och sjukvårdsdokumentationen. I den nationella informationsstrukturen beskrivs de begreppsmässiga förutsättningarna i form av begreppsmodeller som kan användas som ett verktyg av intressenterna. De praktiska förutsättningarna är inte lika goda då det ofta är många aktörer som ska samverka i den individanpassade vårdprocessen som består av ett antal olika vårdåtaganden. Alla aktörer måste beskriva sina verksamhetsprocesser utefter patientens process för att ett process-id ska kunna införlivas på ett enhetligt sätt. För att kunna införa ett process-id inom hälso- och sjukvården måste huvudmännen därmed arbeta vidare med de organisatoriska förutsättningarna.

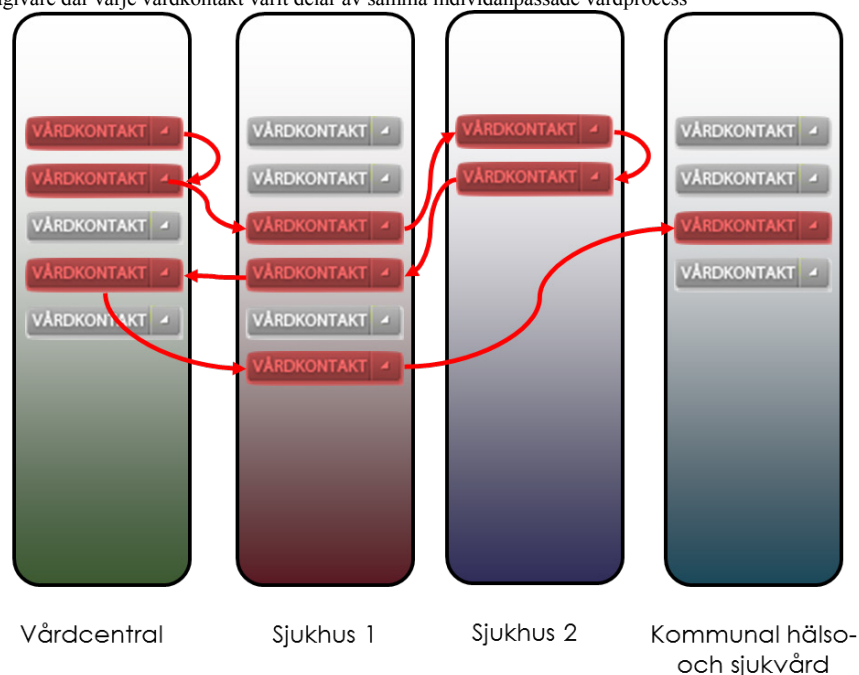
Inom socialtjänst finns goda praktiska och begreppsmässiga förutsättningar då den individanpassade processen inom socialtjänst som brukaren genomgår är beskriven i den nationella informationsstrukturen och enhetligt reglerad enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL, LVU, LVM och LSS. De juridiska förutsättningarna är dock mycket begränsade inom socialtjänst då det i många fall finns sekretessgränser mellan utredande och beslutande nämnd och utförandet av insatsen. Det finns också sekretessgränser mellan varje utförare av socialtjänst. Socialtjänsten har inte någon motsvarighet till sammanhållen journalföring i hälso- och sjukvård vilket förhindrar återanvändning av dokumentation genom den individanpassade processen inom socialtjänst. För att kunna införa ett process-id inom socialtjänsten måste lagstiftaren därmed se över gällande rätt för att möjliggöra ett informationsutbyte kring brukarens individanpassade process.

Förutsättningarna för ett process-id för processer som innefattar både vård och omsorg, det vill säga hälso- och sjukvård och socialtjänst, är mycket begränsade. Det finns begreppsmässiga förutsättningar genom den nationella informationsstrukturen men det saknas både praktiska och juridiska förutsättningar. Det finns en sekretessgräns mellan utförare av socialtjänst och utförare av hälso- och sjukvård vilket inte tillåter informationsutbyte. Då hälso- och sjukvård och socialtjänst utförs av olika organisationer och sker utifrån olika lagstiftning utformas de individanpassade processerna för patienter respektive brukare på skilda sätt.

Bakgrund

Vård och omsorg av de mest sjuka äldre präglas i stor utsträckning av att det krävs mycket samordning och många kontakter där olika verksamheter och personer är involverade under kortare eller längre tid. För de mest sjuka äldre gäller också i hög grad att en del av insatserna ges av kommunerna i form av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård medan andra delar är landstingsdrivna hälso- och sjukvårdsinsatser. Då insatser och ansvar är uppdelat på olika organisationer och huvudmän kan brister i sammanhang och samverkan leda till problem med såväl kvalitet som effektivitet i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Tillstånd och insatser ses som enskilda händelser snarare än delar i en individanpassad process vilket gör det svårt för individen, anhöriga och professionen att följa och anpassa processen och mycket svårt att samordna flera, parallella processer för att underlätta både för individen och för professionen.

Figur 1: Ett process-id inom hälso- och sjukvården kan exempelvis koppla samman dokumentationen från flera vårdgivare där varje vårdkontakt varit delar av samma individanpassade vårdprocess



Syftet med uppdraget är beskriva förutsättningarna för att möjliggöra en samlad bild över vård- och omsorgstagarens väg genom vård och omsorg, genom att hålla samman vård- och omsorgsdokumentation utefter de individanpassade processer som vård- och omsorgstagaren genomgår, med hjälp att ett process-id i dokumentationen, se figur 1. Detta skapar i sin tur förutsättningar för bättre informationstillgång under pågående vård och omsorg samt förutsättningar för uppföljning och analys av resultat för hela eller delar av vård- och omsorgsprocessen (S2013/9047/SAM).

Ett process-id som knyter ihop dokumentation från olika organisationer och huvudmän kring de individanpassade processerna som vård- och omsorgstagaren genomgår kan vara ett viktigt verktyg för att sätta vård och omsorgstagarens behov i fokus. Att rättsligt, begreppsmässigt och praktiskt kunna följa en individ från att den initialt söker hälso-och sjukvård eller socialtjänst ger också nya möjligheter för kunskapsstyrning och uppföljning.

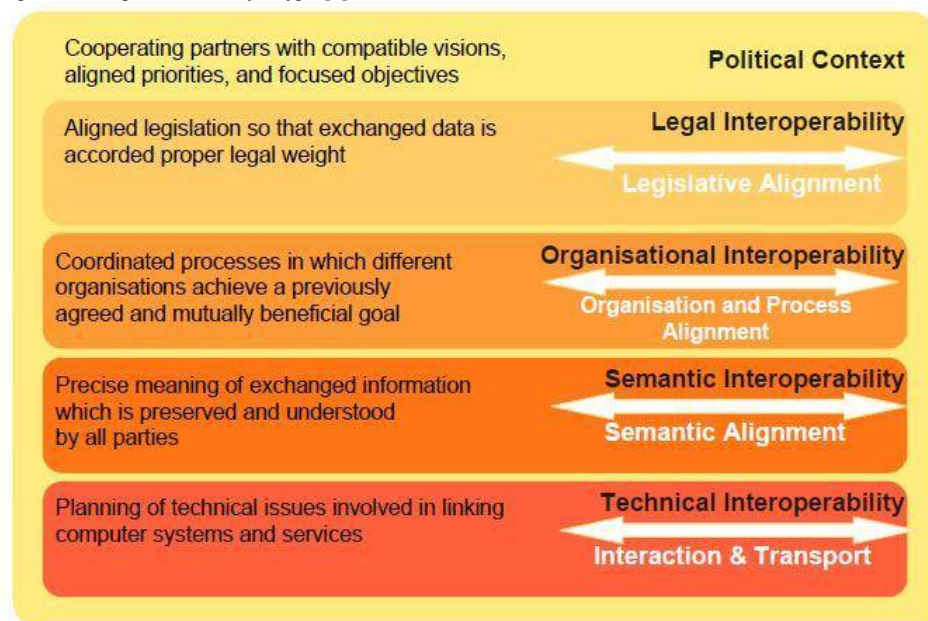
För att utreda förutsättningarna för en mer sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring de individanpassade processerna har Socialstyrelsen utrett de rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningarna för att använda ett process-id för att hålla samman vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen utgått ifrån begreppet interoperabilitet som definieras som förmågan hos system, organisationer och verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att följa överenskomna regler. De rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningarna beskrivs enligt EU-kommissionens standard för interoperabilitet utifrån juridiska, semantiska och organisatoriska perspektiv.

Interoperabilitet

Interoperabilitet definieras som förmågan hos system, organisationer och verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att följa överenskomna regler. Den nationella informationsstrukturen (NI) är ett viktigt verktyg för att uppnå interoperabilitet inom och mellan olika aktörer. NI vidareutvecklas och förvaltas av Socialstyrelsen och kan användas för att identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov inom vård och omsorg. Socialstyrelsen har ett nationellt samordningsuppdrag för den gemensamma informationsstrukturen vilket innefattar den del av interoperabilitet som benämns som semantisk interoperabilitet, se figur 2.

I arbetet med att beskriva förutsättningarna för ett process-id inom vård och omsorg har NI använts som utgångspunkt. Förutsättningarna är beskrivna utifrån juridisk, organisatorisk och semantisk interoperabilitet för att redovisa de rättsliga, praktiska och begreppsmässiga förutsättningarna.

Figur 2: Interoperabilitet av fyra typer[1]



Figur 2 illustrerar de fyra olika typer av interoperabilitet som behövs för att ett informationsutbyte inom ett visst politiskt avgränsat område ska fungera. I detta fall representeras det politiskt avgränsade området av hälso- och sjukvård och socialtjänst, det vill säga vård och omsorg. Bilden kan läsas uppifrån och ned då varje typ av interoperabilitet är en förutsättning för och avgränsar typen under.

Inom det politiskt avgränsade området måste det finnas lagar, förordningar och föreskrifter som reglerar vilken information som får utbytas mellan aktörer inom området och hur den får utbytas. I Sverige är det t.ex. patientdatalagen (2008:355) PDL som reglerar på vilket sätt sammanhållen journal-

föring inom hälso- och sjukvården får bedrivas. Förutsättningarna för ett process-id utifrån ett juridiskt perspektiv beskrivs i delkapitlen *Juridiska förutsättningar – vad får delas?* för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt vård och omsorg.

Det behövs också en organisatorisk interoperabilitet vilket innebär att organisationer inom vård och omsorg beskriver sig och sin verksamhet på samma sätt, oavsett organisatoriska gränser. Det behöver också finnas processer som löper över de organisatoriska gränserna och strukturer och metoder för att sätta gemensamma mål för dessa processer. Förutsättningarna för ett process-id utifrån ett organisatoriskt perspektiv beskrivs i delkapitlen *Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?* för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt vård- och omsorg. Resultatet från utredningen om process-id har införlivats i vidareutvecklingen av NI:s processmodeller för respektive beskrivningsnivå, se Nationell informationsstruktur 2015:1[2].

Nästa typ av interoperabilitet är semantisk interoperabilitet som baseras på de två ovanstående typerna. Det som verksamheterna enligt lag, förordning och föreskrift måste dokumentera och får utbyta inom eller mellan verksamheter inom vård och omsorg (laglig interoperabilitet) samt de delar som organisationerna har införlivat i form av den organisatoriska interoperabiliteten måste beskrivas på ett sådant sätt att verksamheterna mäter och menar samma sak med de olika begreppen. För att möjliggöra att olika verksamheter ska mena samma sak när de beskriver individanpassade processer och sina dokumentationsbehov utifrån värdeskapandet i processerna har kopplingen till NI och hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens fackspråk varit central i arbetet. Förutsättningarna för ett process-id utifrån ett semantiskt perspektiv beskrivs i delkapitlen *Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?* för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt vård och omsorg. Resultatet från utredningen om process-id och hälsoärende har införlivats i vidareutvecklingen av NI:s begreppsmodeller för respektive beskrivningsnivå. För en utförligare genomgång av semantiken hänvisas till Socialstyrelsens rapport Nationell informationsstruktur 2015:1[2].

Den tekniska interoperabiliteten behövs för att den information som specificerats utifrån de tre överliggande typerna av interoperabilitet ska kunna utbytas tekniskt mellan olika it-stöd. Även här måste det finnas gemensamma överenskommelser inom vård och omsorg för att interoperabilitet ska kunna uppnås. Dessa förutsättningar och behov ur perspektivet teknisk interoperabilitet ingår inte i uppdraget. Resultatet från rapporten kan användas som underlag för att uppnå teknisk interoperabilitet eftersom förutsättningarna ur de andra tre perspektiven beskrivs.

Socialstyrelsen har ett nationellt samordningsansvar för den semantiska interoperabiliteten och modellerna som utgör NI är ett centralt verktyg för Socialstyrelsens intressenter för att uppnå semantisk interoperabilitet inom vård och omsorg i Sverige. Det behövs dock även andra delar, exempelvis det nationella fackspråket (NF) som Socialstyrelsen förvaltar tillsammans med NI. För att interoperabilitet ska uppstå i verksamheterna behöver dock ett samordningsansvar, eller motsvarande funktion, pekas ut även för de övriga tre typerna av interoperabilitet. För att gemensamt kunna arbeta med

interoperabilitet har Sverige en nationell e-hälsostراتيجية som har Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vårdföretagarna och Famna som avsändare.

Hälso- och sjukvård

Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?

En förutsättning för att man ska kunna följa en individanpassad vårdprocess är att alla aktörer definierar processen på samma sätt. Det finns olika typer av processer och det är viktigt att särskilja dessa från varandra för att kunna följa den *individanpassade vårdprocessen*. En individanpassad vårdprocess för ett eller flera hälsoproblem kan pågå under lång tid och innefatta en mängd aktiviteter, exempelvis provtagningar och undersökningar. Varje aktivitet består av en process som innehåller de delaktiviteter som krävs i det momentet, exempelvis kan en sådan process beskriva hur en viss typ av kirurgi bör utföras. Det finns en stor mängd processer knutna till aktiviteter inom hälso- och sjukvården, men det är den individanpassade vårdprocessen, den totala processen för ett eller flera hälsoproblem som måste beskrivas på ett enhetligt och standardiserat sätt.

Figur 3: Processmodell för hälso- och sjukvård

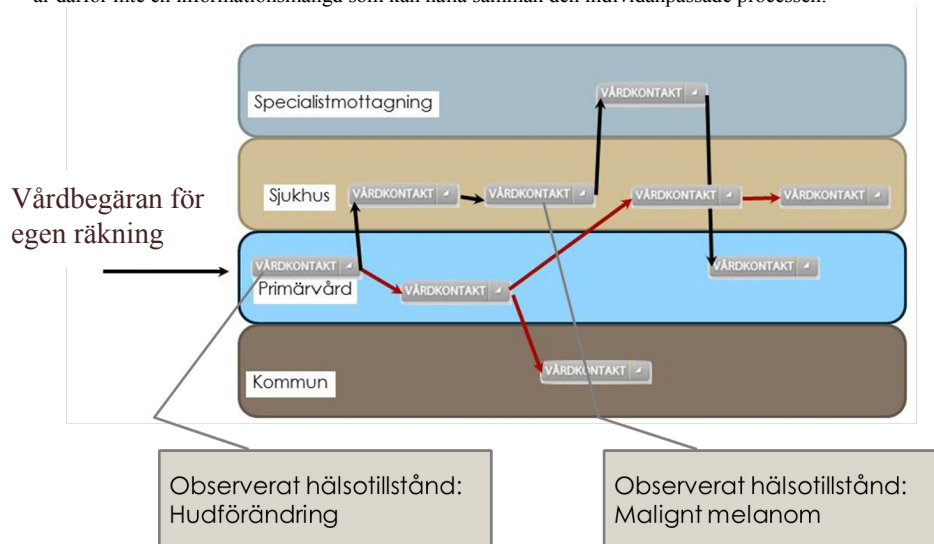


Den process som ska följas med hjälp av ett vårdprocess-id kan illustreras enligt NI:s processmodell för hälso- och sjukvård (se figur 3). Processmodellen beskriver den process som patienten genomgår genom hälso- och sjukvården oavsett vilken typ av hälso- och sjukvård denne är föremål för. Processmodellen har vidareutvecklats under 2014, bland annat baserat på uppdraget om process-id och hälsoärenden. De olika processtegen beskrivs ingående i Socialstyrelsens rapport Nationell informationsstruktur 2015:1[2]. Utgångspunkten i NI är individens perspektiv, något som också överensstämmer med den nationella e-hälsostrategin där det är fastställt att utvecklingen inom området ska utgå ifrån individens behov och önskemål om sammanhållen information[3]. Det är centralt att information hålls samman utifrån att patienten ska få ut så stor nytta som möjligt. Informationen bör därför hållas samman utifrån patientens behov och varför denne sökte vård, vilket inte alltid överensstämmer med hur professionen traditionellt skulle gruppera den. Det innebär dock inte att möjligheten att följa individanpassade vårdprocesser inte ska vara till nytta för professionen och huvudmännen. Tvärtom beskrivs möjligheten att följa hela och beskriva sammansatta processer som något mycket viktigt för huvudmännen, något som särskilt poängterades i

nyttoanalysen som genomfördes. Resultatet av nyttoanalysen redovisades i Socialstyrelsens rapport Hälsöärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården[4].

Det är centralt att följa hela den individanpassade vårdprocessen, från processteget *vårdbegäran för egen räkning* till processteget *följa upp*, vilket inte görs enligt en strukturerad, gemensam metod i dag. Den andra delen av processen, från *bedöma behov av åtgärder* till *följa upp* kan delvis följas i dag baserat på diagnoskoderna enligt ICD-10-SE. ICD-10-SE är en diagnosklassifikation och används för att klassificera eller koda en diagnos. När patientens observerade hälsotillstånd är bestämt och en diagnos är fastställd kommer de efterföljande vårdkontaktarna som är relaterade till den specifika individanpassade processen i stor utsträckning att innehålla diagnoskoderna för den ställda diagnosen, se figur 4.

Figur 4: Diagnosen (malignt melanom) ställs först när halva den individanpassade processen fortlöpt. Diagnos är därför inte en informationsmängd som kan hålla samman den individanpassade processen.



Problem uppstår när den första delen av processen ska följas, från *ta emot vårdbegäran för egen räkning* till avslut av processteget *utreda*. Här kommer en rad olika *observerade hälsotillstånd* och åtgärder att dokumenteras utan att diagnosen är fastställd för patienten och därmed är vårdkontaktarna inte kodade med en och samma diagnoskod. Om en diagnoskod sätts vid vårdkontakten är den tämligen osäker under tiden som utredningen av vad patientens *egenuppfattade hälsoproblem* orsakas av genomförs. De mest sjuka äldre är en patientgrupp där detta är särskilt viktigt eftersom de olika hälsoproblemen och komplexiteten i multisjuklighet kan leda till att den utredande delen av den individanpassade processen blir långdragen och att det egenuppfattade hälsoproblemet består av flera diagnoser eller hälsoproblem.

Socialstyrelsens utredning visar att det enda som alltid är konstant igenom hela den individanpassade vårdprocessen, dvs. från processteget *vårdbegäran för egen räkning* till processteget *följa upp* är patientens egenuppfattade hälsoproblem, som är anledningen till att denne kontaktade hälso- och sjukvård-

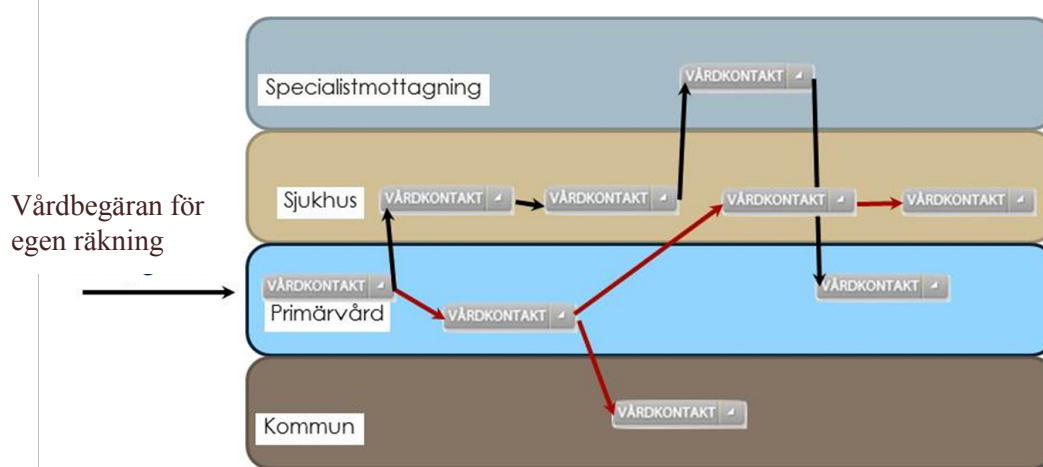
en. Det egenuppfattade hälsoproblemet uttrycks i form av *kontaktsak*, som en del av patientens *vårdbegäran för egen räkning*. Det är patientens kontaktsak som ska initiera och hålla samman informationen från en individanpassad vårdprocess.

Kontaktsaken är patientens ursprungliga anledning till att söka vård och varje gång som hälso- och sjukvården uppfattar att patienten söker vård för första gången utifrån den aktuella kontaktsaken så ska en individanpassad process initieras och ges ett process-id. Det är viktigt att poängtera att varje individanpassad vårdprocess utgår ifrån patientens egenuppfattade hälsoproblem och därmed kan innefatta flera diagnoser.

Genom att utgå från patientens kontaktsak får både patient och hälso- och sjukvårdspersonal en samsyn kring det som behöver åtgärdas för att patienten ska få hjälp med sitt egenuppfattade hälsoproblem, oavsett hur många aktörer eller organisationer som är involverade i den vård som ges i den individanpassade vårdprocessen.

En individanpassad vårdprocess behöver inte vara linjär inom en vårdgivare, vilket illustreras i figur 4 och figur 5, och de olika observerade hälsotillstånden och aktiviteterna inom en individanpassad vårdprocess kanske inte kommer att beskrivas och utföras av samma aktör inom hälso- och sjukvården. Processen kan bestå av ett antal vårdåtaganden, men för patienten är det en och samma process eftersom kontaktsaken, och därmed orsaken till att patienten sökte vård, var densamma.

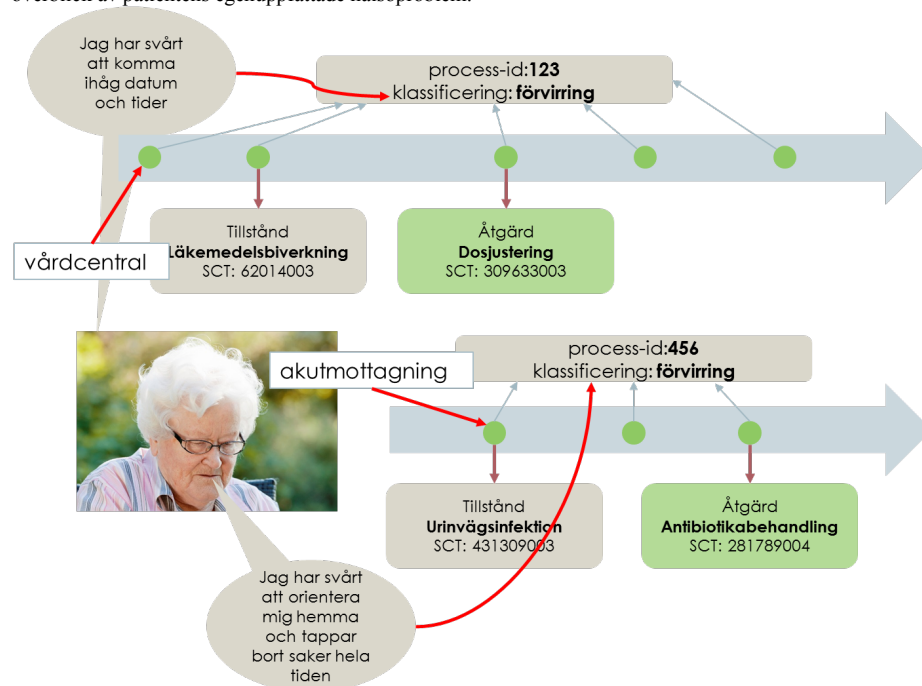
Figur 5: En individanpassad vårdprocess behöver inte vara linjär och kan innehålla flera vårdåtaganden. Det är kontaktsaken som avgränsar processen. Kontaktsaken uttrycks i patientens *vårdbegäran för egen räkning*.



Hälsoärende inom hälso- och sjukvård

En individanpassad vårdprocess startar med att en ny kontaktsak uppfattas av en hälso- och sjukvårdsaktör. En svårighet är att identifiera vilka av de individanpassade vårdprocesserna som bör beaktas tillsammans för att möjliggöra en helhetsbild av patientens egenuppfattade hälsoproblem. Ett exempel illustreras i figur 6.

Figur 6: Flera individanpassade vårdprocesser kan behöva hållas samman i ett hälsoärende för att ge en överblick av patientens egenuppfattade hälsoproblem.



I figur 6 illustreras att en och samma patient söker vård på en vårdcentral med kontaktsaken "Jag har svårt att komma ihåg datum och tider". Här startas då en individanpassad vårdprocess, i figuren illustrerad med process-id 123. Det professionellt uppfattade hälsoproblemet i process 123 är en läkemedelsbiverkning. Under pågående behandling av läkemedelsbiverkningen söker samma patient vård på en akutmottagning med kontaktsaken "Jag har svårt att orientera mig hemma och tappar bort saker hela tiden". Här startas en process med process-id 456. Orsaken visar sig vara en urinvägsinfektion. För hälso- och sjukvården är dessa två hälsoproblem helt skilda från varandra men för patienten är det ett och samma egenuppfattade hälsoproblem eftersom patienten sökte för samma symtom. Patienten kommer således inte att uppleva att denne blivit av med sitt egenuppfattade hälsoproblem, förvirringen, innan både läkemedelsbiverkningen och urinvägsinfektionen åtgärdats. Genom att klassificera processerna utifrån vad patienten sökte för, i figur 6 illustrerat med "klassificering: förvirring" kan hälso- och sjukvården söka efter pågående eller avslutade processer för att få en helhetsbild av patientens egenuppfattade hälsoproblem. Klassificeringen

visar att processerna hänger samman för patienten och därmed kan hälso- och sjukvården få tillgång till all relevant information som behövs i den aktuella vårdkontakten för att hjälpa patienten med dennes egenuppfattade hälso-
problem.

Kontaktorsaken kan kategoriseras utifrån ett kodverk för kontaktorsaker och ett process-id tilldelas processen. Alla de aktiviteter och tillstånd som är relaterade till den individanpassade vårdprocessen hålls samman med hjälp av process-id och klassificeringen av kontaktorsak. Ett kodverk för kontaktorsaker måste utarbetas i nära samarbete med professionen, se kapitel *Förslag på fortsatt arbete*.

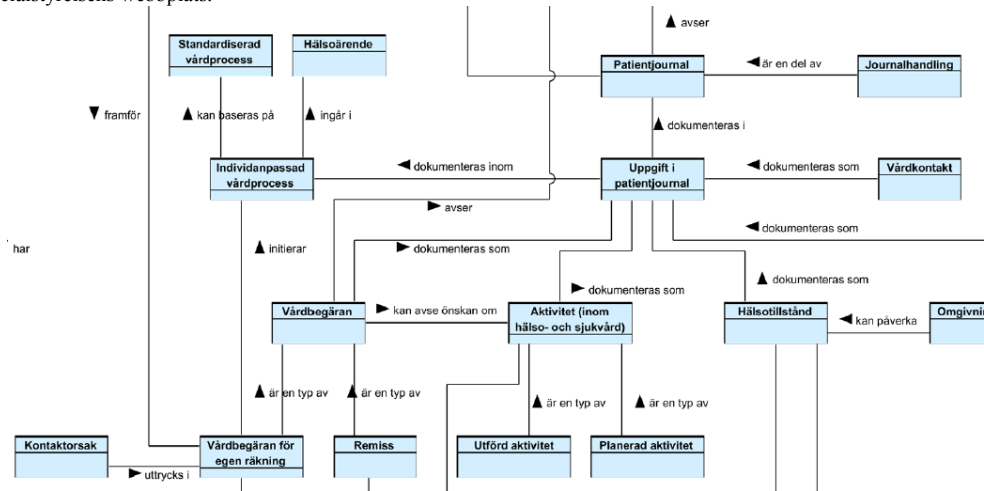
Ett hälsoärende startas vid behov av att hålla samman dokumentation från en eller flera individanpassade vårdprocesser där patientens kontaktorsak är klassificerad enligt samma kodverk. Hälsoärendet ger då, i enlighet med patientens samtycke, en helhetsbild över allt det som dokumenterats kring patientens egenuppfattade hälsoproblem i en eller flera individanpassade vårdprocesser.

Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?

Semantisk interoperabilitet betyder att olika verksamheter mäter och menar samma sak med samma begrepp. NI:s begreppsmodell för hälso- och sjukvård har vidareutvecklats under 2014 och utgår från verksamheternas fackspråk, såsom beskrivet i Socialstyrelsen termbank. Begreppen som möjliggör att dokumentationen kan knytas till en avgränsad individanpassad vårdprocess beskrivs nedan och i tabell 1. Resultatet från den terminologiska utredningen om vårdprocess-id och hälsoärende som presenterats i Socialstyrelsens delrapport Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården[4] har införlivats i den nya versionen av den nationella informationsstrukturen.

En *individanpassad vårdprocess* startar när en *patient* eller en företrädare för patienten genom en *vårdbegäran för egen räkning* uttrycker en *kontaktorsak* för att beskriva sitt *egenuppfattade hälsoproblem*. Inom en *individanpassad vårdprocess* kan 1 till flera *aktiviteter* ske och 1 till flera *hälsotillstånd* observeras vid 1 till flera *vårdkontakter*. Dessa dokumenteras hos 1 till flera *vårdgivare* som *uppgifter i patientjournal*. För det ska vara möjligt att hålla ihop från flera *individanpassade vårdprocesser* i *hälsoärenden* behöver hälso- och sjukvårdspersonal klassificera patientens *kontaktorsak*. Begreppens relationer illustreras i figur 7.

Figur 7: Utsnitt ur NI:s begreppsmodell för hälso- och sjukvård. Begreppsmodellen presenteras högupplöst på Socialstyrelsens webbplats.



Tabell 1: Begrepp som beskriver förutsättningarna för en individanpassad vårdprocess samt hälsoärende

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
Aktivitet (inom hälso- och sjukvård)		Något som kan utföras av någon eller något inom hälso- och sjukvård. Det kan t.ex. röra sig om att hälso- och sjukvårdspersonal eller en medicinteknisk produkt utför något. Inom hälso- och sjukvård förekommer exempelvis följande typer av aktiviteter: utredning, behandling, planering, undervisning och utvärdering. Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda, eller planerade. Exempel: Planerad blindtarmsoperation eller utförd blodtrycksmätning Ofta används "åtgärd" för aktiviteter som utförs inom hälso- och sjukvård. Ibland används även "insats", men då ofta i en allmänspråklig mening.
Diagnos	Definition: bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunktion	
Egenuppfattat hälsoproblem	Definition: hälsoproblem så som den enskilde själv uppfattar det	
Hälsoproblem	Definition: tillstånd karakteriserat av brister i det fysiska, psykiska eller sociala välbefinnandet vid ett visst tillfälle	
Hälsotillstånd	Definition: tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle	
Hälsoärende	Definition: ärende som håller samman vård-	Det är den individanpassade processen som har en identitetsbeteckning,

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
	<p>dokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser</p> <p>Anmärkning: Hälsöärendet bidrar till att vårdokumentation från patientens olika vårdprocesser kopplas samman och bildar underlag till en helhetsbild av patientens problem och behov. Det kan avse genomförd, pågående och planerad vård och behandling. Hälsöärendet gör det möjligt för behörig hälso- och sjukvårdspersonal och patienten själv att följa den individanpassade vårdprocessen och hitta relevant information om genomförd och planerad vård och behandling både inom och över organisatoriska gränser och/eller vårdgivargränser enligt gällande lagar. Den vårdokumentation som ingår i ett hälsöärende hålls samman av en unik identitetsbeteckning, ett hälsöärende-id. Exempelvis cancervård inbegriper ofta vård på flera vårdnivåer och kan ges av flera vårdgivare, och informationen i hälsöärendet kan följa patienten mellan vårdgivare, t.ex. kommunal hälso- och sjukvård och primärvård.</p>	<p>och inte ett hälsöärende. Men hälsöärendet hålls samman via kontaktorsakstyper.</p>
Individanpassad vårdprocess	<p>Definition: vårdprocess som är anpassad för en enskild patient</p> <p>Anmärkning: En individanpassad vårdprocess kan utgöras av en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtgärdanden.</p>	<p>Det är en vårdbegäran för egen räkning som startar den individanpassade vårdprocessen.</p>
Kontaktorsak	<p>Definition: orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare för patient</p>	

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
Observerat hälsotillstånd	anger	Hälsotillstånd som observerats av patient, hälso- och sjukvårdspersonal eller av t.ex. en medicinteknisk produkt. Med observerat hälsotillstånd innefattas här även resultatet av bedömningar som hälso- och sjukvårdspersonal gör. Resultatet av bedömningen av det observerade hälsotillståndet dokumenteras i form av t.ex. diagnoser, uppkomstmekanismer, funktionsnedsättningar, skador, organpåverkan, allvarlighetsgrad och klassificering av dessa. Även olika typer av mätvärden, t.ex. blodtryck, längd och vikt utgör observerade hälsotillstånd.
Patient	Definition: person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård Anmärkning: I den nationella statistiken räknas inte ledsagare och nyfött friskt barn som patient.	Medicinska födelseregistret, men inte patientregistret, räknar nyfödda friska barn som patienter i den nationella statistiken.
Professionellt uppfattat hälso-problem	Definition: hälsoproblem hos den enskilde så som det uppfattas av socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal	
Vårdbegäran för egen räkning		Vårdbegäran som initierar den individanpassade vårdprocessen genom att patienten eller företrädare för patienten uttrycker en kontaktsak. Exempel: Tidsbeställning och akut öppenvårdsbesök. Det finns en speciell typ av vårdbegäran för egen räkning som gäller att patienten vänder sig till specialistvården utan att gå via primärvården. Detta har vardagligt olika benämningar, t.ex. "egen vårdbegäran" eller ibland "egenremiss". Sådana benämningar bör undvikas i fackspråket.
Vårdkontakt	Definition: kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs Anmärkning: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och telefonkontakt. I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal.	

Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?

Informationshantering inom hälso- och sjukvård

En förutsättning för att kunna följa en individanpassad vårdprocess med hjälp av process-id är att gällande rätt som reglerar informationshanteringen och sekretessen inom hälso- och sjukvården möjliggör detta.

Hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras i första hand av patientdatalagen (2008:355; PDL). PDL har karaktären av en ramlagstiftning som anger vilka grundläggande principer som ska gälla för informationshanteringen avseende uppgifter om patienter inom såväl offentlig som enskilt (privat) bedriven hälso- och sjukvård.

PDL kompletteras av personuppgiftslagen (1998:204; PUL) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Sekretessen inom den offentliga hälso- och sjukvården regleras i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400; OSL), och bestämmelser om tystnadsplikt inom den privata hälso- och sjukvården finns i 6 kap. 12-16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659; PSL).

Sekretess inom en vårdgivares verksamhet

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om denne deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Bestämmelsen beskriver den så kallade inre sekretessen och uttrycker ett personligt ansvar för den som arbetar hos en vårdgivare att iaktta skyddet för den personliga integriteten. Bestämmelsen kompletteras av andra bestämmelser i 4 kap. PDL som reglerar vårdgivarens ansvar för att den inre sekretessen upprätthålls i verksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att tilldela behörighet för elektronisk åtkomst till patientuppgifter på ett sådant sätt att personalen inte har mer behörighet än vad de behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap. 2 § PDL). Dessutom ansvarar vårdgivaren för att åtkomst till patientuppgifter dokumenteras (loggas) samt återkommande och systematiskt kontrolleras (4 kap. 3 § PDL).

Patienten har rätt att motsätta sig att vårdokumentationen hos en vård-enhet eller inom en vårdprocess görs tillgänglig genom elektronisk åtkomst för den som arbetar vid en annan vård-enhet eller inom en annan vårdprocess. I sådana fall ska uppgiften genast spärras (4 kap. 4 § PDL).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvarar vårdgivaren för att information om vilka vårdenheter som har uppgifter om en viss patient inte kan göras tillgänglig utan att den behörige användaren gör ett aktivt val, det vill säga tar ställning till om denne har rätt att ta del av dessa uppgifter. Patientuppgifterna hos dessa vårdenheter får sedan inte göras tillgängliga utan att den behörige användaren gör ytterligare ett aktivt val (2 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:14). Om patientuppgifterna har spärrats av en annan vård-enhet hos vårdgivaren, får dessa endast göras tillgängliga efter det att den behörige användaren gjort ett aktivt val efter ett inhämtat samtycke eller om förutsätt-

ningarna för nödåtkomst enligt 4 kap. 5 § PDL är uppfyllda (2 kap. 7 § andra stycket SOSFS 2008:14).

Sekretess mellan vårdgivare

En offentlig vårdgivare (landsting, kommun eller staten) ska iaktta hälso- och sjukvårdssekretessen som regleras i 25 kap. 1 § OSL. Sekretessen omfattar uppgifter om enskildas personliga förhållanden och hälsa (patientuppgifter). Utgångspunkten är att sekretess råder för patientuppgifter om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Hälso- och sjukvårdspersonal hos en privat vårdgivare omfattas inte av OSL:s bestämmelser. De har i stället en skyldighet att iaktta bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. PSL. Vem som är hälso- och sjukvårdspersonal framgår av PSL (1 kap. 4 §). Tystnadsplikten är individuell och innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte obehörigen får röja vad de i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses dock inte att hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning (6 kap. 12 § första stycket PSL).

Sekretess- och tystnadspliktbestämmelserna gäller mellan vårdgivare. Justitieombudsmannen (JO) har dock uttalat att en offentlig vårdgivare i normalfallet kan utgå från att det inte är till men för patienten om dennes journal på begäran överlämnas till en annan vårdgivare, om syftet med utlämnandet är individuell vård och behandling (JO 1986/87 s. 198 f.). När det gäller psykiatriska journaler och somatiska journaler med särskilt känsligt innehåll, t.ex. gynekologijournaler, är förhållandena enligt JO annorlunda. I de fallen har en vårdgivare anledning att ifrågasätta om patienten skulle anse det vara till men för denne att journalen överlämnas till en annan vårdgivare. Då ska patientens egen uppfattning inhämtas. Motsätter sig patienten att journalen lämnas ut ska detta respekteras även om läkaren anser att ett utlämnande inte är till men för patienten. Detta beror på att begreppet *men* i OSL ska tolkas med utgångspunkt från den enskildes värdering.

Ett önskemål från en patient att dennes journaler inte ska lämnas till en annan vårdgivare ska respekteras utom i rena nödsituationer (JO 1986/87 s. 198 f.).

En patient kan vidare själv häva sekretessen hos en offentlig vårdgivare i förhållande till en annan vårdgivare (812 kap. 2 § OSL). Samtycket kan vara uttryckligt eller tyst (konkludent), t.ex. när en patient samtycker till en remiss om fortsatt vård hos en annan vårdgivare. I sådant fall kan vårdgivaren presumera att patienten därmed också samtyckt till att vårdgivaren får lämna ut nödvändiga patientuppgifter tillsammans med remissen.

När privata vårdgivare överväger att lämna ut patientuppgifter till en annan vårdgivare ska de enligt lagförarbeten vid tolkningen av ”obehörighetsrekvisitet” söka ledning i skaderekvisitet som finns i OSL:s bestämmelser (prop. 1980/81:28 s. 23 och prop. 1981/82:186 s. 26). För yrkesutövare inom den enskilda hälso- och sjukvården blir det enligt Justitieombudsmannen (JO) inte aktuellt att göra en egentlig menprövning vid ett utlämnande annat än i

sådana fall där det gäller en journal med känsligt innehåll och det av praktiska skäl inte är möjligt att inhämta patientens egen uppfattning (JO 1986/87 s. 198 f.). Sekretessen hindrar inte att uppgifter lämnas till en annan vårdgivare under de förutsättningar som anges i PDL om sammanhållen journalföring (25 kap. 11 § 3 OSL).

Enligt 25 kap. 11 § första och andra stycket hindrar inte sekretess att patientuppgifter lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården, dvs. en nämnd, till en annan sådan myndighet i samma kommun eller landsting (25 kap. 11 § första och andra punkten). Kommunala företag som avses i 2 kap. 3 § OSL, dvs. bolag, föreningar och stiftelser där kommuner eller landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande, är i detta sammanhang att jämställa med myndigheter. Det innebär att ett landsting som utövar ett rättsligt bestämmande inflytande över ett vårdföretag utan hinder av sekretess får lämna ut patientuppgifter till företaget. Undantaget från sekretess gäller däremot inte i förhållande till gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet, jfr lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet, eller i förhållande till kommunalförbund, som är en särskild, offentlighetsjuridisk person för samarbete mellan kommuner.

Det finns ytterligare undantag från sekretessen för utbyte av patientuppgifter mellan vårdgivare i 25 kap. OSL.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under de förutsättningar som anges i 6 kap. PDL kan få direktåtkomst till varandras vårddokumentation om en och samma patient, men bara för ändamålen individuell vård och behandling samt utfärdande av intyg. Varje elektronisk journalhandling är knuten till en viss vårdgivare som ansvarar för de handlingar som upprättas eller inkommer i sin verksamhet. Genom att samarbeta om 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 vårddokumentationen (proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m., s. 105).

Det krävs inget aktivt samtycke från patienten för att uppgifterna ska bli potentiellt tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Patienten måste dock innan patientuppgifterna görs tillgängliga få information om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om sin rätt att motsätta sig att andra vårdgivare får tillgång till vårddokumentationen (6 kap. 2 § tredje stycket PDL). Lagstiftningen reglerar inte på vilket sätt informationen ska lämnas till patienten. I förarbetena till PDL anges att det är upp till vårdgivarna att hitta lämpliga former som är väl avvägda och anpassade till olika verksamhetsområden. Vidare anges att all information ska anpassas till olika slags samarbeten mellan vårdgivare genom sammanhållen journalföring samt till varje patients förmåga att ta till sig informationen (prop. 2007/08:126 s. 113). Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring får vårdgivaren inte göra uppgifterna tillgängliga i en sammanhållen journalföring (6 kap. 2 § fjärde stycket PDL). Uppgift om att patienten valt att avstå från att låta sin vårddokumentation ingå i en sammanhållen

journalföring samt uppgift om vilken vårdgivare som har uppgifterna får emellertid göras tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring

Vårdokumentation om patienter som informerats och som inte motsatt sig den sammanhållna journalföringen får alltså göras potentiellt tillgängligt genom direktåtkomst för andra vårdgivare. För att andra vårdgivare ska få ta del av uppgifterna krävs dock dels att de rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med, dels att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador hos patienten men även att patienten aktivt samtycker till det (6 kap. 3 § PDL). Det krävs alltså ett aktivt samtycke från patienten för att en annan vårdgivare faktiskt ska få använda patientuppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring. Det ska vara ett sådant samtycke som avses i PUL. Det innebär att samtycket ska vara frivilligt, särskilt och otvetydigt. Kravet på ett frivilligt samtycke innebär att patienten verkligen ska ha ett val. Att samtycket ska vara särskilt betyder att en patient inte kan lämna ett generellt samtycke till personuppgiftsbehandling som inte är preciserat till något eller några ändamål. Slutligen ska samtycket vara otvetydigt, vilket anses innebära att det inte får råda någon tvekan om att patienten godtar personuppgiftsbehandlingen.

Inget hindrar att ett samtycke lämnas i förväg innan den aktuella patientrelationen har uppstått. Många gånger kan det vara en praktisk ordning att patienten redan i samband med att uppgifter om denne görs tillgängliga genom sammanhållen journalföring samtycker till att en annan vårdgivare senare får ta del av uppgifterna till exempel i samband med att uppgifter om patienten görs tillgängliga i it-stöd genom sammanhållen journalföring. Patienten kan då samtycka till att en annan vårdgivare senare får ta del av uppgifterna. Detta är möjligt under förutsättning att samtycket är särskilt och otvetydigt. Exempelvis kan samtycket lämnas i förväg om en patient remitteras till flera olika vårdgivare i en vårdprocess (prop. 2007/08:126 s. 252-253). Detta är något som i hög grad stöder förslaget om att ge individanpassade vårdprocesser ett process-id och en klassificering. Ett process-id underlättar för patienten att i förväg ge samtycke till, eller spärra, vårdokumentation som tillhör en avgränsad individanpassad vårdprocess.

I 2 kap. 8 § SOSFS 2008:14 anges att en vårdgivare som är ansluten till ett system för sammanhållen journalföring ska ansvara för att det framgår av systemet att det finns tillgängliga patientuppgifter hos någon annan vårdgivare. I samma bestämmelse anges vidare att vårdgivaren ska ansvara för att en behörig användares åtkomst till ospärrade patientuppgifter hos en annan vårdgivare ska föregås av att användaren gör ett aktivt val efter att ha hämtat in patientens samtycke till behandling av uppgifterna.

Enligt en lagändring den 1 oktober 2014 (proposition 2013/14:202) får en vårdgivare med stöd av patientdatalagen göra uppgifter tillgängliga avseende en patient som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till sammanhållen journalföring för andra vårdgivare som är anslutna till ett system för en sammanhållen journalföring, om patientens inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och det inte finns

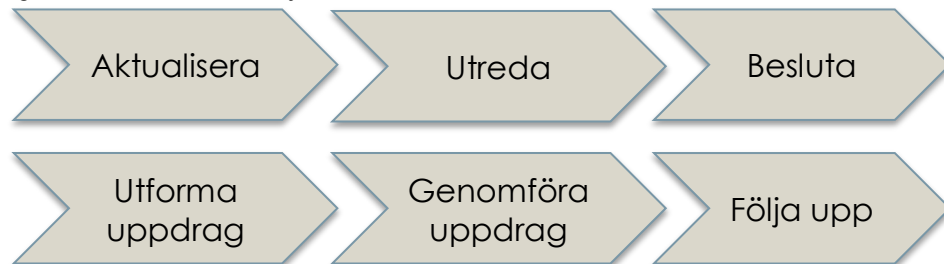
anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen. Vidare får en vårdgivare i enskilda situationer och när patienten är i behov av vård ta del av vårddokumentation som en annan vårdgivare gjort tillgänglig i system för sammanhållen journalföring, även om patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke. Personuppgiftsbehandlingen får dock endast ske under förutsättning att uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd och patientens inställning till personuppgiftsbehandlingen så långt som möjligt klarlagts samt att det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen.

Socialtjänst

Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?

Precis som i hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna följa en *individanpassad process inom socialtjänst* att alla olika delar inom socialtjänsten definierar den process som brukaren genomgår på ett enhetligt, standardiserat sätt. Processen kan beskrivas enligt NI:s processmodell för socialtjänsten, se figur 8. Processmodellen beskriver den process som brukaren genomgår genom socialtjänsten oavsett vilken typ av insats denne är föremål för. Processmodellen har vidareutvecklats under 2014, bland annat baserat på uppdraget om process-id och hälsoärenden. De olika processtegen beskrivs ingående i Socialstyrelsens rapport Nationell informationsstruktur 2015:1[2].

Figur 8: Processmodell för socialtjänst



Även inom socialtjänsten är det centralt att utgå från brukaren och dennes behov och det som initierar en individanpassad process i socialtjänst är *aktualiseringen*. En aktualisering kan vara en anmälan, en ansökan om bistånd, en begäran om insats enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller information på annat sätt. Vid anmälan eller information på annat sätt inleds en förhandsbedömning som avslutas med ett beslut om att en utredning ska initieras. Det finns inga dokumentationskrav på förhandsbedömningen om beslutet är att en utredning inte ska initieras.

Förutsättningarna för att gemensamt kunna arbeta enligt samma process är bättre inom socialtjänst än i hälso- och sjukvård eftersom socialtjänstprocessen är reglerad i en föreskrift (SOSFS 2014:5). Detta leder till ett mer standardiserat arbetssätt inom socialtjänst än inom hälso- och sjukvård. Den individanpassade processen i socialtjänst startar med en aktualisering och avslutas med att insatsen följs upp och allt som dokumenteras inom den processen kan då märkas upp med samma process-id.

Inom socialtjänst finns begreppet *ärende* som definieras som en avgränsad fråga som handläggs av en nämnd och som det ska fattas beslut i. Detta betyder att ärende gäller för de första tre delarna i processen som beskrivs i figur 8. Dokumentationen i ett ärende inom socialtjänsten innehåller doku-

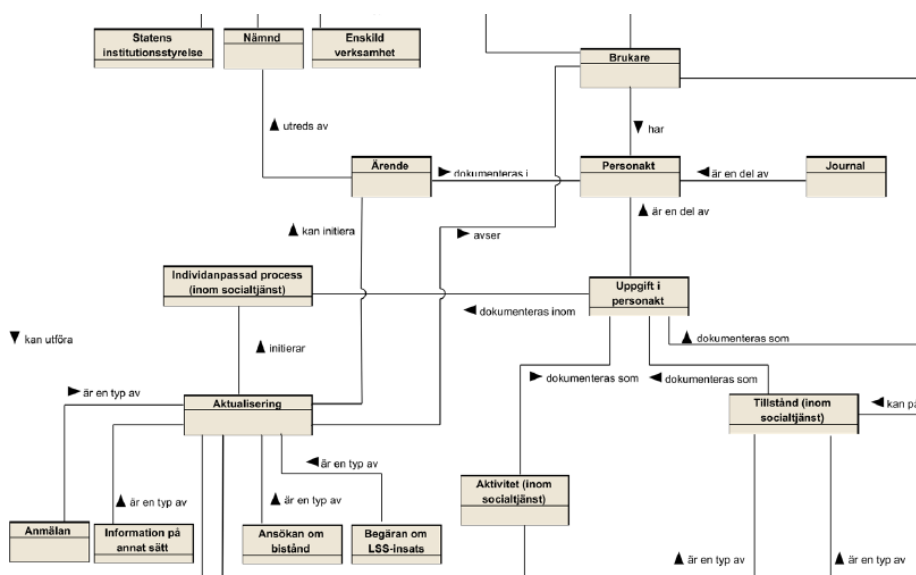
mentation från aktualisering, undantaget förhandsbedömningar som inte leder till utredningar, till beslut om insats. Ett ärende inom socialtjänsten är möjligt att följa i dag.

Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?

Semantisk interoperabilitet betyder att olika verksamheter mäter och menar samma sak med samma begrepp. NI:s begreppsmodell för socialtjänst har vidareutvecklats under 2014 och utgår från verksamheternas fackspråk, såsom beskrivet i Socialstyrelsen termbank. Begreppen som möjliggör att dokumentationen kan knytas till en avgränsad individanpassad process inom socialtjänst beskrivs nedan och i tabell 2.

En *individanpassad process* inom socialtjänst startar när en *brukare* genom en *aktualisering* beskriver sitt *behov*. Inom en *individanpassad process* inom socialtjänst kan 1 till flera *aktiviteter* ske och 1 till flera *tillstånd* observeras. Dessa dokumenteras hos *nämnd* eller utförare som *enskild verksamhet* eller *Statens institutionsstyrelse* som *uppgifter i personakt*. Begreppens relationer illustreras i figur 9.

Figur 9: Utsnitt ur NI:s begreppsmodell för socialtjänst. Begreppsmodellen presenteras högupplöst på Socialstyrelsens webbplats.



Tabell 2: Begrepp som beskriver förutsättningarna för en individanpassad process inom socialtjänst

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
Aktivitet (inom socialtjänst)		<p>Något som kan utföras av någon eller något inom socialtjänst. Det kan exempelvis röra sig om att en socialtjänstpersonal utför något. Inom socialtjänsten kan man dela upp aktiviteterna i administrativa, utredande och individstödande aktiviteter.</p> <p>Exempel på administrativa aktiviteter är inleda utredning och ompröva beslut. Exempel på utredande aktiviteter är olika tester eller observationer av tillstånd och omgivningsfaktorer. Exempel på individstödande aktiviteter är behandlande samtal, färdighetsträning, emotionellt stöd och kompensatoriskt stöd.</p> <p>Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda, önskade eller planerade. Ibland används uttrycket "insatser" för aktiviteterna som nämns ovan och kan förväxlas med begreppet "beviljad insats", som betyder "den insats som den enskilde är berättigad till enligt beslut av socialnämnd eller annan kommunal nämnd", exempelvis boendestöd, hemtjänst eller missbruksvård. Ibland ser man också att man allmänspråkligt använder uttrycket "åtgärd" för aktiviteterna inom socialtjänst.</p> <p>Observera att termposterna "beviljad insats", "insats" och "åtgärd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterade till detta begrepp kommer att ses över.</p>
Aktualisering		<p>Mottagande av en ansökan, begäran, anmälan eller erhållande av information på annat sätt om en omständighet som föranleder en åtgärd av nämnden. Aktualiseringen kan initiera en individanpassad process inom socialtjänst.</p>
Anmälan	<p>Definition: meddelande i vilket någon eller något anmäls</p> <p>Anmärkning: Anmälan inom vård och omsorg görs enligt bestämmelser i lag eller förordning.</p>	
Ansökan om bistånd	<p>Definition: begäran till ansvarig nämnd om stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen</p> <p>Anmärkning: En ansökan om bistånd innebär att det hos nämnden uppkommer ett ärende. En ansökan om bistånd kan vara skriftlig</p>	

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
	<p>eller muntlig. Den kan framställas av den enskilde själv eller av hans eller hennes legala företrädare. Exempel: ansökan om ekonomiskt bistånd, ansökan om kontaktperson och ansökan om hemtjänst.</p>	
Avsett tillstånd (inom socialtjänst)		Det måltillstånd som socialtjänstpersonal, oftast i samråd med brukaren, har beslutat att försöka uppnå.
Begäran om LSS-insats	<p>Definition: begäran till ansvarig nämnd om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade</p> <p>Anmärkning: En begäran om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innebär att det hos nämnden uppkommer ett ärende. En begäran om LSS-insats kan vara skriftlig eller muntlig. Den kan framställas av den enskilde själv eller av hans eller hennes legala företrädare.</p>	
Behov		<p>Uppfattning av att brukaren har visst problem som denne behöver hjälp med. Exempel är behov av hjälp med matlagning eller behov av stöd att komma ur ett missbruk.</p> <p>Behovet kan uppfyllas med hjälp av insatser i form av hemtjänst (där matlagning kan ingå) eller placering på ett behandlingshem för missbrukare. Behovet kan vara uppfattat av olika aktörer, exempelvis socialtjänstpersonal, brukaren eller någon som företräder brukaren.</p>
Beviljad insats	Definition: insats som den enskilde är berättigad till enligt beslut av socialnämnden eller annan kommunal nämnd	<p>De insatser som ges enligt lagarna LSS, LVU och LVM föregås alltid av individuell behovsprövning. I SoL är insatserna strukturellt, generellt eller individuellt inriktade. De individuellt inriktade insatserna är alltid individuellt behovsprövade. Här avses med beviljad insats endast de som är individuellt inriktade och individuellt behovsprövade, eftersom det endast är de som har dokumentationskrav.</p> <p>Exempel på en beviljad insats är försörjningsstöd, hemtjänst, daglig verksamhet och personlig assistans. En beviljad insats består av en eller flera individstödande aktiviteter.</p>
Brukare	Definition: (inom socialtjänst:) person som får, eller som är föremål för en utred-	

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
	<p>ning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten</p> <p>Anmärkning: Brukare används som samlade begrepp för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten oavsett vilken typ av insatser det handlar om. Insatserna kan röra allt från stöd och service till mer omfattande bistånd, och en brukare kan vara allt från ett nyfött barn till en mycket gammal människa. Observera att brukare även inkluderar personer som är tvångsomhändertagna, det vill säga personer som får vård enligt LVU, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller LVM, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, med andra ord när insatserna från socialtjänsten inte är frivilligt mottagna. Ordet brukare anger att personen tar en insats i bruk oavsett om den är frivilligt mottagen eller ges med tvång.</p> <p>Eftersom termen brukare står för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten är det inte lämpligt att kalla någon för brukare när man avser en särskild grupp eller enskilda individer - det kan uppfattas som en sorts avståndstagande. Beroende på sammanhang kan därför andra mer precisa benämningar vara lämpliga att använda i stället, till exempel assistansanvändare, familjehemsplacerat barn, klient, tvångsomhändertagen.</p>	
Individanpassad process (inom socialtjänst)		Den individuellt anpassade process inom socialtjänst som en brukare genomgår med syfte att identifiera och hantera problem, tillstånd och behov. Processen innefattar hela processen från aktualisering till uppföljning av genomförandet av aktiviteter. Uppföljning kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
Information på annat sätt		Aktualisering genom information på annat sätt än genom en anmälan, ansökan eller begäran, om en omständighet som kan föranleda en åtgärd från nämnden.
Journal		Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende samt för genomförande och uppföljning av en insats görs i kronologisk ordning.
Måttillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd som inte har observerats men som brukaren eller socialtjänstpersonal önskar uppnå efter utförda aktiviteter. Måttillståndet kan delas upp i avsett tillstånd och önskat tillstånd. Exempel på måttillstånd är att brukaren ska kunna klä på sig själv eller vara fri från missbruk.
Nämnd		Organisation (inom socialtjänst) som fullgör kommunens eller landstingets uppgifter enligt särskilda författningar. Nämnder kan både besluta om aktiviteter och själv utföra de beslutade aktiviteterna.
Observerat tillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd som observerats av socialtjänstpersonal, brukare eller någon som företräder brukaren. Med observerat tillstånd innefattas här även bedömningar som socialtjänstpersonal gör. Bedömningen av det observerade tillståndet dokumenteras i form av exempelvis beskrivna funktionstillstånd samt klassificering av dessa.
Personakt		Akt som innehåller journalanteckningar och andra handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats inom socialtjänsten eller verksamhet som bedrivs med stöd av LSS.
Statens institutionsstyrelse		Organisation (inom socialtjänst) som är statlig och utför en beslutad insats enligt ett uppdrag.
Tillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd hos brukaren som hanteras inom socialtjänst. Tillstånd kan delas upp i observerat tillstånd och måttillstånd. Här avses exempelvis funktionstillstånd.
Uppdrag		Uppgift som ges till en utförare av insatser inom socialtjänst. Uppdraget kan avse hela eller delar av en beviljad insats.
Uppgift i personakt		Uppgift som dokumenteras i personakten. Exempel är uppgift om olika bedömningar, uppfattningar av behov, mål och beslut.
Ärende	Definition: (inom socialtjänsten:) avgränsad fråga som handläggs av en nämnd och som det ska fattas beslut i	

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI
	Anmärkning: Inom socialtjänsten kan ett ärende aktualiseras genom ansökan om bistånd, begäran om LSS-insats, anmälan eller på annat sätt.	

Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?

Informationshantering och sekretess inom socialtjänst

En förutsättning för att man ska kunna följa brukarens väg genom socialtjänsten med hjälp av process-id och samla dokumentationen i ett något som motsvarar ett hälsoärende är att den författning som reglerar informationshanteringen och sekretessen inom socialtjänsten möjliggör detta.

Hanteringen av personuppgifter inom socialtjänsten regleras i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoL-PUL), förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPULF) och i socialtjänstlagen (2001:453; SoL). I SoL och förvaltningslagen (1986:223) finns bestämmelser som ställer krav på att viss dokumentation ska föras. Dessa kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Sekretessen inom den offentliga socialtjänsten regleras i 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Enligt 26 kap. 1 § gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller närstående lider men. Med socialtjänst förstås enligt bestämmelsen huvudsakligen verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag bedrivs av socialnämnd eller av Statens institutionsstyrelse. Verksamhet enligt LSS är i sekretesshänseende jämställt med socialtjänst.¹ Sekretess gäller dessutom även i kommunal familjerådgivning för uppgift som en enskild har lämnat i förtroende eller som har inhämtats i samband med rådgivningen.

För privat verksamhet inom socialtjänsten, t.ex. utförare av hemtjänst, finns bestämmelser om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL. Den som är eller har varit verksam inom en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt SoL får inte obehörigen röja vad denne i det sammanhanget har fått veta om enskildas personliga förhållanden. Vid tolkningen av detta obehörighetsrekvisit ska ledning sökas i OSL.² Den bakomliggande tanken är att brukaren ska ha samma skydd för sin personliga integritet oavsett om brukaren är föremål för insatser från en privat eller en offentlig verksamhet.

¹ 26 kap. 1 §. I bestämmelsen anges att det finns ytterligare verksamheter som innefattas i begreppet socialtjänst.

² Se bl.a. prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s. 133.

Av OSL följer att sekretess bl.a. gäller mellan myndigheter. Det innebär att varje nämnd i en kommuns socialtjänstorganisation är att anse som en egen myndighet i OSL:s mening, vilket innebär att sekretess gäller som huvudregel mellan dessa olika nämnder inom samma kommun.

Om samverkan över sekretessgränser behövs inom en kommuns socialtjänstorganisation, t.ex. mellan stadsdelsnämnder, kan det vara lämpligt att i samband med att man inhämtar samtycke till en åtgärd, samtidigt inhämta det samtycke som i många fall behövs för att kunna lämna ut sekretessbelagda uppgifter över sekretess- eller tystnadspliktsgränser.

Inom ett landsting råder inte på samma sätt sekretessbegränsningar som inom en kommun. Inom ett landsting får uppgifter relativt fritt utbytas mellan olika nämnder för hälso- och sjukvårdsändamål. Det beror på att det finns en sekretessbrytande bestämmelse i OSL som medger detta.

Sekretess mellan utförare av socialtjänst

En socialnämnd eller en privat utförare av socialtjänst m.m. har alltså en skyldighet att iaktta sekretess i förhållande till andra socialnämnder och privata utförare.

Det finns ett flertal undantag från sekretessen och tystnadsplikten inom socialtjänsten. Undantagsbestämmelserna är spridda på flera författningar. De flesta undantagen är samlade i 26 kap. OSL. De berör olika slags fall-situationer där rättsordningen ansett att det är befogat att lämna ut patient-uppgifter för olika ändamål utan en föregående menprövning.

Ett undantag från sekretessen berörs i 12 kap. 2 § OSL. Enligt denna generella bestämmelse kan en brukare helt eller delvis häva sekretessen som gäller till skydd för denne. Ett tydligt och avgränsat samtycke från den enskilde befriar alltså myndigheten som förfogar över sekretessbelagda uppgifter om brukaren från att genomföra en menprövning i vanlig bemärkelse vid ett utlämnande. Myndigheten har dock fortfarande en skyldighet att kontrollera att uppgifterna lämnas ut till rätt mottagare. Lämnas de till fel mottagare aktualiseras frågan om brott mot tystnadsplikt enligt brottsbalken.

Till skillnad från hälso- och sjukvården är dock direktåtkomst mellan olika verksamheter inom en kommun med sekretessgränser mellan sig inte möjlig i socialtjänsten. Det saknas exempelvis bestämmelser som motsvarar patientdatalagens (2008:355; PDL), att i system för sammanhållen journalföring hålla uppgifter från flera olika vårdgivare tillgängliga för varandra genom direktåtkomst. Olika privata utförare av socialtjänst kan alltså inte ta del av varandras uppgifter om individen genom direktåtkomst. Inte heller kan en kommunal utförare av socialtjänst med direktåtkomst få tillgång till en privat utförares dokumentation om den enskilde. Datainspektionen har i ett tillsynsbeslut ansett att det inte går att ta del av uppgifter via direktåtkomst inom socialtjänsten (2011-12-07, dnr 876-2010). Det är inte förenligt med 6 § SoL-PUL och 31 § PUL. Detta innebär att den informationsdelning kring en brukare som är tillåten ändå kräver dubbeldokumentation då dokumentation inte får överföras elektroniskt.

Hantering av personuppgifter inom en socialtjänstverksamhet, så kallad inre sekretess och behörighetsstyrning

Sekretessbelagda uppgifter inom en myndighet får inte fritt utbytas. I dessa sammanhang talas det om inre sekretess. Den inre sekretessen är inte författningsreglerad på samma sätt som yttre sekretess, dock med undantag för bestämmelser i författning om elektronisk åtkomst i olika former som är en slags reglering av den inre sekretessen. Den inre sekretessen följer dock indirekt av både hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) och SoL:s bestämmelser. Av båda lagarna framgår att en vårdgivare eller verksamhet som bedriver socialtjänst ska respektera patientens självbestämmande och personliga integritet (2 a § HSL respektive 1 kap. 1 § SoL). Det innebär att t.ex. muntliga uppgifter som omfattas av sekretess bör bara lämnas mellan befattningshavarna i den utsträckning som är normal eller behövlig för ett ärendes handläggning eller för verksamhetens bedrivande i övrigt, men inte i större omfattning.³ Beträffande uppgifter i handlingar som omfattas av sekretess framgår det av SoL och LSS att handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.⁴ Behörighetsstyrning av elektronisk åtkomst till personuppgifter inom socialtjänsten regleras av bestämmelser SoLPUL och av säkerhetsbestämmelsen i 31 § PUL.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL, LVU, LVM och LSS ska journalanteckningar och andra handlingar som hör till den enskildes personakt hållas ordnade så att det enkelt går att följa och granska handläggningen av ärenden, åtgärder som vidtas i samband med verkställighet av beslut samt genomförande och uppföljning av insatser (4 kap. 7 §). Vidare finns det allmänna råd till bestämmelsen som bl.a. rekommenderar att handlingarna också bör hållas ordnade på ett sätt som underlättar skyldigheten att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Inom en verksamhet ska alltså dokumentationen utformas på så sätt att det till exempel ska gå att följa genomförandet av en insats.

³ SOU 2003:99 s. 260

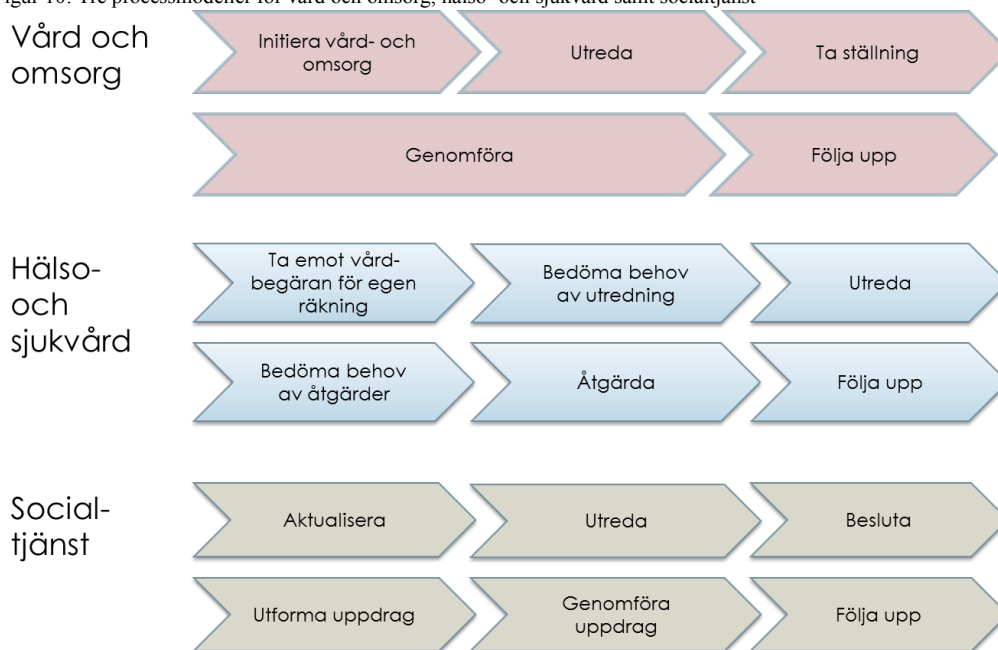
⁴ 11 kap. 5 § andra stycket SoL samt 21 a § LSS

Vård och omsorg

Organisatoriska förutsättningar – vilken process ska följas?

Utifrån nu gällande lagstiftning och därmed organisering av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst finns det inget stöd för att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst för en och samma individ enligt samma process. Dock finns det gemensamma mönster i en individanpassad vårdprocess respektive en individanpassad process inom socialtjänst vilket illustreras i figur 10.

Figur 10: Tre processmodeller för vård och omsorg, hälso- och sjukvård samt socialtjänst



Semantiska förutsättningar – hur ska det beskrivas?

Semantisk interoperabilitet betyder att olika verksamheter mäter och menar samma sak med samma begrepp. NI:s begreppsmodell för vård och omsorg har vidareutvecklats under 2014 för att utgå ifrån de specialiserade modellernas fackspråk och hitta de gemensamma begreppen. Dessa begrepp används inte i de faktiska verksamheterna och är inte avsedda att göra det. Dock möjliggör dessa begrepp en gemensam grund för att beskriva informationsbehovet inom en individanpassad process inom vård och omsorg. Begreppen beskrivs nedan.

En individanpassad process inom vård och omsorg startar när en vård- och omsorgstagare kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst genom en vård- och omsorgsinitiering. Inom en individanpassad process inom vård och omsorg kan 1 till flera aktiviteter ske och 1 till flera tillstånd observeras. Dessa dokumenteras hos organisationer inom vård och omsorg som uppgifter i patientjournal eller personakt.

Juridiska förutsättningar – vilken information får utbytas?

Sekretess i en myndighet som bedriver både socialtjänst och hälso- och sjukvård

Av OSL följer att sekretess också kan gälla inom en och samma nämnd om det inom nämnden finns verksamheter som är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 2 § OSL). Om t.ex. olika delar av myndighetens verksamhet ska tillämpa helt olika uppsättningar av sekretessbestämmelser kan det vara fråga om självständiga verksamheter som avses i bestämmelsen.

I de verksamheter som omfattas av Ädelreformen anses dock den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om de bedrivs inom en och samma nämnd, i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde och är alltså inte självständiga i förhållande till varandra.⁵

Frågan om verksamhet enligt LSS ska behandlas som en självständig verksamhet i förhållande till socialtjänsten i de fall då båda verksamheterna sorteras under samma nämnd har diskuterats i olika sammanhang. Justitieombudsmannen (JO) har i ett beslut uttalat att övervägande skäl talar för att sekretess inte gäller mellan socialtjänst och verksamhet enligt LSS, när de ligger under samma nämnd, eftersom de står varandra nära och att verksamheterna i vissa hänseenden kan anses utgöra komplement till varandra, men att rättsläget är oklart.⁶ Offentlighets- och sekretesskommittén har ansett att verksamheterna i sekretesslagens mening bör anses som en och samma verksamhet.⁷ Utredningen om rätt information i vård och omsorg anser att någon sekretess inte finns mellan verksamhet enligt LSS och verksamhet enligt SoL om verksamheterna lyder under samma nämnd.⁸

Sekretess mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Som framhållits råder sekretess för en enskilds uppgifter om personliga förhållanden och hälsa hos en socialnämnd eller hos en offentlig vårdgivare. Som regel får varken socialnämnden eller vårdgivaren lämna ut uppgifter om individen till varandra, om de är två separata juridiska personer. Motsvarande

⁵ Prop. 1990/91:14 s. 85.

⁶ JO 1995/96 s. 431.

⁷ SOU 2003:99 s. 274.

⁸ SOU 2014:23 Del I s. 607.

regel gäller för privata utförare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Under förutsättningen att det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men kan i vissa fall sekretessen/tystnadsplikten åsidosättas av antingen sekretessbrytande bestämmelser eller uppgiftsskyldigheter. Sekretessbrytande bestämmelser innebär att en myndighet får lämna ut en sekretessbelagd uppgift under vissa förutsättningar utan att behöva göra en menprövning eller inhämta ett samtycke från den person som uppgiften berör. För socialtjänsten finns dessutom bestämmelser om uppgiftsskyldighet, trots tystnadsplikt eller sekretess. I huvudsak finns dessa samlade i 26 kap. OSL.

Den följande redovisningen av sekretessbrytande bestämmelser respektive uppgiftsskyldigheter gör inte anspråk på att vara uttömmande.

Sekretessen hindrar t.ex.⁹ inte att uppgifter om personliga förhållanden lämnas från en utförare av socialtjänst till en vårdgivare om den enskilde har lämnat sitt samtycke till utlämnandet (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

En viktig regel om uppgiftsskyldighet för myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Regeln har tillkommit till skydd för underåriga. En vårdgivare ska alltså lämna ut uppgifter om barnpatienter till en socialnämnd om man får kännedom om att eller misstänker att barnet far illa. I 14 kap. 2 § socialtjänstlagen finns vidare en regel om skyldigheten att göra anmälan till socialnämnd om missförhållanden i omsorger om äldre eller funktionshindrade.

I OSL finns några sekretessbrytande bestämmelser på socialtjänstens område. Av 26 kap. 9 § framgår att sekretess inte hindrar att uppgifter om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne (1) inte har fyllt arton år, (2) fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel, eller (3) vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller uppgifter om en gravid kvinna eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Bestämmelsen motsvarar 25 kap. 13 § som reglerar samma förutsättningar för utlämnande för en vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

Det saknas emellertid sekretessbrytande bestämmelser motsvarande de som för hälso- och sjukvården gäller enligt 25 kap. 13 § OSL. Av den bestämmelsen följer att hälso- och sjukvårdssekretess inte hindrar att uppgifter om en enskild, som p.g.a. sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till utlämnandet, lämnas ut för att den enskilde ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Under de förutsättningarna får en myndighet inom hälso- och sjukvården lämna ut uppgifterna till en annan sådan

⁹ Ett annat exempel på en sekretessbrytande bestämmelse som kan vara tillämplig mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården är 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL.

myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en privat vårdgivare eller privat utförare på socialtjänstens område.

Bestämmelsen möjliggör alltså ett uppgiftsutlämnande både inom sjukvården och mellan sjukvården och socialtjänsten. En sådan motsvarande bestämmelse saknas dock på socialtjänstens område, dvs. en myndighet inom socialtjänsten kan inte med motsvarande förutsättningar lämna ut uppgifter till andra myndigheter eller privata utförare inom socialtjänsten eller motsvarande aktörer i hälso- och sjukvården. Utredningen om rätt information i vård och omsorg har föreslagit att en motsvarande sekretessbrytande bestämmelse ska införas för socialtjänsten i 26 kap. OSL.¹⁰

¹⁰ SOU 2014:23 Del I s. 616.

Förslag på fortsatt arbete

Socialstyrelsen har identifierat ett antal kvarstående centrala frågeställningar för att ge intressenterna förutsättningar för att införa ett process-id inom vård och omsorg.

Klassificering av kontaktorsak och orsak till aktualisering

För att skapa hälsoärenden som alltså innehåller information från flera individanpassade vårdprocesser måste en gemensam klassificering av dessa processer tas fram. Detta måste göras i nära samarbete med professionerna för att säkerställa att klassificeringen blir användbar. Socialstyrelsen har sedan tidigare påbörjat ett arbete med en klassificering av kontaktorsaker, *Klassificering av kontaktorsaker KKO*, som beskrivs i rapporten *Utveckling av klassifikationer för verksamhetsuppföljning*[5]. Klassifikationen färdigställdes dock aldrig och bedöms inte kunna användas för hälsoärenden utan att klassifikationen har vidareutvecklats och testats.

I det internationella begreppssystemet Snomed CT finns ett särskilt urval av Snomed-termer för att beskriva kontaktorsaker och besöksorsaker. Detta urval skulle eventuellt kunna ligga till grund för en klassificering av kontaktorsaker, men måste liksom KKO utvärderas och testas av professionen innan det kan bli aktuellt att införa.

Även för socialtjänsten skulle något som motsvarar hälsoärenden kunna vara aktuellt, även om behovet här inte bedöms vara lika stort som inom hälso- och sjukvården, på grund av att den individanpassade processen redan idag är tydligare avgränsad inom socialtjänsten. Ett hälsoärende inom socialtjänsten skulle exempelvis kunna ge en helhetsbild över en brukares missbruksproblematik. Informationen från alla brukarens individanpassade processer inom socialtjänsten där aktualiseringen varit knuten till brukarens missbruk kan då visas samlat i ett hälsoärende. Här är det då istället typen av aktualisering som skulle klassificeras. Precis som i fallet kontaktorsak måste en sådan klassifikation tas fram i nära samarbete med professionen.

Socialstyrelsens föreslår därför att myndigheten får ett särskilt uppdrag kring att utreda och kartlägga förutsättningarna för ett kodverk för kontaktorsak och aktualisering och utifrån utredningen ge förslag på fortsatt hantering.

Tilldelning av process-id

Utredningen om process-id och hälsoärende har identifierat ett behov av unika process-id för enskilda individanpassade processer. Här måste huvudmännen tillsammans med sina it-leverantörer hitta ett sätt att säkerställa att varje process-id är unikt. Detta innebär att ett regelverk måste tas fram som

reglerar hur ett process-id ska vara uppbyggt och om det måste tilldelas från en nationell e-tjänst eller lokalt av varje it-stöd utifrån det fastställda, gemensamt överenskomna regelverket.

Tydligare styrning för att individens behov ska stå i centrum

Den juridiska genomgången av förutsättningar för ett process-id visar bland annat att det redan i dag finns stöd i PDL för att som patient på förhand ge samtycke till informationsdelning alternativt spärra dokumentation kopplad till en individanpassad process. I förarbetena till PDL ges även ett konkret exempel där en patient som befinner sig i en process som involverar flera vårdgivare och därmed presumtivt flera it-stöd, ska kunna ge sitt samtycke i förväg knutet till den processen. Trots detta är vårddokumentationen inte kopplad till patientens process i de flesta it-stöd, utan snarare till enskilda vårdkontakter.

För att driva på utvecklingen av vårddokumentationens koppling till patientens individanpassade vårdprocess kommer Socialstyrelsen att överväga hur vårdprocessen kan tydliggöras i Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring i hälso- och sjukvård, SOSFS 2008:14. Detta arbete har inletts genom att SOSFS 2008:14 är under revidering.

För socialtjänsten har Socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5, nyligen publicerats. I SOSFS 2014:5 har processperspektivet tydliggjorts och används för att beskriva vad verksamheterna ska dokumentera utifrån den individanpassade process som brukaren genomgår.

Fortsatta juridiska frågor utifrån SOU 2014:23

Gällande rätt innebär att det finns en sekretessgräns mellan vårdgivare. Det försvårar många gånger en ändamålsenlig och patientsäker informationshantering mellan vårdgivare. Genom att i sekretesslagstiftningen se över möjligheterna att göra undantag för den sekretess som uppkommer mellan vårdgivare skulle en mer patientsäker informationshantering kunna bli verklig. Förslag om undantag i OSL för att få till stånd en mer patientsäker informationshantering mellan vårdgivare måste dock vägas mot de inskränkningar av den personliga integriteten som detta skulle kunna medföra.

I april 2014 presenterade Utredningen om rätt information i vård och omsorg sitt slutbetänkande *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23). Bland annat föreslår utredningen förbättrade möjligheter till direktåtkomst mellan vårdgivare inom en huvudmans (landsting/region/kommun) ansvarsområde för hälso- och sjukvård. Förslaget innebär att samtliga vårdgivare med offentlig finansiering som verkar inom samma kommuns eller landstings ansvarsområde ska kunna utbyta uppgifter genom direktåtkomst för ett flertal ändamål. Den rätten tillkommer också huvudmannen själv.

För att en vårdgivare ska få ta del av uppgifter som gjorts tillgängliga genom direktåtkomst ska uppgifterna enligt utredningen röra en patient som

vårdgivaren har eller har haft en patientrelation med, och uppgifterna ska behövas för något av de i lagen tillåtna ändamålen för personuppgiftsbehandling. Ett samtycke från patienten krävs alltså inte om dessa förutsättningar för direktåtkomst är uppfyllda. Direktåtkomst blir tillåten inte bara för individuell vård och behandling utan också för uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring.

Om bestämmelserna om direktåtkomst inom en sjukvårdshuvudmans område realiseras, kommer de att gälla i stället för bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Särskilda system för sammanhållen journalföring kommer i praktiken då inte längre att behövas på läns- eller regionnivå.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring får enligt lagförslaget ett snävare tillämpningsområde. Utredningen föreslår att med sammanhållen journalföring ska avses en möjlighet för vårdgivare, som bedriver hälso- och sjukvård som *olika* huvudmän ansvarar för eller som är privat finansierad, att ha direktåtkomst till varandras journaldokumentation. Sammanhållen journalföring inkluderar även direktåtkomst mellan två eller flera huvudmän, dvs. landsting och sådan hälso- och sjukvård som en kommun ansvarar för.

Vidare ska det nuvarande kravet på vårdgivare att inhämta ett samtycke från patienten för att ta del av journaluppgifter hos en annan vårdgivare i ett system för en sammanhållen journalföring avskaffas. Utredningen menar att patienten frivilligt har samtyckt till att få vård och behandling, och därmed också får anses ha tyst samtyckt till att låta vårdgivaren få ta del av relevant information om den fortsatta vården som finns hos andra vårdgivare genom direktåtkomst.

Gällande regelverk innebär också att det finns en sekretessgräns mellan alla utförare av socialtjänst och mellan utförare av socialtjänst och alla vårdgivare (i vart fall om de är olika juridiska personer). Vidare kan det finnas sekretessgränser inom en myndighet och kanske inom en privat juridisk person. De så kallade sekretessgränserna kan försvåra en ändamålsenlig och säker informationshantering, särskilt för enskilda med behov som ska tillgodoses av flera utförare av socialtjänst där samarbete och samordning behövs för att på bästa sätt tillgodose den enskildes behov. Det gäller också särskilt för enskilda som har behov både av socialtjänsten och hälso- och sjukvården i sådana situationer då dessa verksamheter är behjälpta av uppgifter från varandras verksamheter.

Genom att i sekretesslagstiftningen se över möjligheterna att göra undantag för de sekretessgränser som uppkommer både mellan utförare av socialtjänst och mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården skulle en mer rättssäker och patientsäker informationshantering kunna bli verklighet och underlätta för att den enskilde att få en socialtjänstinsats av god kvalitet. Förslag om undantag i OSL för att få till stånd en mer rätts- och patientsäker informationshantering mellan olika utförare av socialtjänst och vårdgivare måste dock vägas mot de inskränkningar av den personliga integriteten som detta skulle kunna medföra. I SOU 2014:23 har flera förslag lämnats som syftar till att förbättra informationshanteringen dels inom socialtjänsten, dels mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. På socialtjänstområdet har utredningens strävan varit att låta socialtjänsten få motsvarande möjligheter att

hantera och utbyta information som hälso- och sjukvården har haft sedan 2008. Utredningen föreslår därför att det i en kommun som väljer att organisera socialtjänsten i flera olika nämnder och kommunalägda bolag ska vara tillåtet att utbyta personuppgifter mellan nämnderna och bolagen genom direktåtkomst. För att ytterligare förbättra möjligheterna till ändamålsenliga arbetssätt inom socialtjänsten föreslår utredningen att det under vissa förutsättningar även ska vara tillåtet med direktåtkomst mellan olika utförare av socialtjänst oavsett om de är kommunala eller privata. Denna form av direktåtkomst ska endast omfatta det informationsutbyte som behövs i samband med genomförandefasen i socialtjänsten, exempelvis när den enskilde får insatser genomförda av två eller flera utförare. Med hänsyn till behovet av självbestämmande och skydd för den personliga integriteten ska den enskildes samtycke krävas för informationsutbytet.

Ett annat förslag är en ny reglering för en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering mellan vård och omsorg. Eftersom verksamheterna är så komplexa föreslår utredningen att verksamheterna ska få välja den form av informationshantering som ger de bästa förutsättningarna för att kunna tillgodose enskildas behov av en god och säker vård och omsorg. Vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten ska kunna välja form för gemensam informationshantering – antingen i form av direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst eller i form av en gemensam vård- och omsorgsjournal. En fråga som inte särskilt belyses i utredningen är dock om det kan uppstå så kallade tystnadspliktsgränser i en privat juridisk person som bedriver både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Referenser

1. Interoperability Solutions for European public Administrations (ISA), European Commission
2. Nationell informationsstruktur 2015:1, december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-29/>
3. Nationell eHälsa – Strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, Stockholm: Socialdepartementet, 2010
4. Hälsöärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvård, oktober 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-2>
5. Utveckling av klassifikationer för verksamhetsuppföljning, juli 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10170/2005-131-29_200513129.pdf

Bilaga – Externa deltagare i arbetsgrupper

Deltagare	
Eva-Maria Dufva	Astma- och allergiförbundet
Jörgen Månsson	Capio
Marie-Jeanette Bergvall	Hjärnskadeförbundet hjärnkraft
Christina Fjellström	Hjärt- och Lungsjukas riksförbund
Bengt Malmqvist	Landstinget Dalarna
Staffan Gullsby	Landstinget Gävleborg
Vivéca Busck Håkans	Landstinget i Uppsala län
Annika Ternér	Landstinget i Uppsala län
Sonja Kantonen	Landstinget Sörmland
Elisabeth Häll	Landstinget Sörmland
Kerstin Bokén	Landstinget Västmanland
Anette Larsson	Norrbottnens läns landsting
Agnetha Karlberg	Norrbottnens läns landsting
Sten Boström	Pensionärernas riksorganisation (PRO)
Lisbeth Lindahl	Region Halland
Irene Eriksson	Region Halland
Maryam Khavari	Region Skåne
Christina Holm	Region Skåne
Anita Helgesson	Region Västerbotten
Håkan Jamar	Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
Gudrun Jonsson	Stockholms läns landsting
Christina Sollenberg	Stockholms läns landsting
Göran Algiers	Västerbottens landsting
Anne-Charlotte Larsson	Västra Götalandsregionen