Samverkan, informationsöverföring och sekretess

- i kommunal hälso- och sjukvård

Örebro kommun **2025-05-23** **Voo 927/2025**
orebro.se

ÖREBRO

PROGRAM
Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

POLICY
Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt och principer för vägledning.

STRATEGI
Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för Prioritering.

HANDLINGSPLAN
Beskriver konkreta mål och åtgärder.

RIKTLINJER
Säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande.

Dokumentansvarig på politisk nivå: Vård- och omsorgsnämnden
Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga (MAS och MAR)

Innehåll

Inledning **4**
Syfte & Mål 4
Samverkan och informationsöverföring **4**
När ska samverkan och informationsöverföring ske? 5
Ny vårdbegäran 5
Överlåten hälso- och sjukvård 5
Handledning 5
Förändrat hälsotillstånd 6
Flytt eller byte av vårdform 6
Mellan arbetspass 6
Introduktion 7
Mellan Örebro kommun och Region Örebro län 7
Överenskommelser och styrdokument 7
Stöd och verktyg för samverkan 7
Sekretess och samtycke **8**
Sekretessgränser inom kommunen 8
Inom kommunal hälso- och sjukvård 8
Mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst 9
Sekretessgränser utanför kommunen 9
Samtycke **9**
Nedsatt förmåga att lämna samtycke 9
Samtycke barn 10
När patient inte kan tillfrågas 10
Betydande behov av vård och behandling 11
Menprövning **11**
Rutiner verksamheten ska upprätta **12**
Referenser **12**

Inledning

Riktlinjen vänder sig till legitimerad personal och deras chefer men även omvårdnadspersonal som utför hälso- och sjukvård samt deras chefer. Den har en direkt koppling till *riktlinjen för hälso- och sjukvårdsprocessen och riktlinjen för hälso- och sjukvårddokumentation*. Därför är det av stor vikt att du som läsare tar del även av dessa styrdokument.

Samverkan och samarbete mellan olika aktörer, verksamheter och nivåer löper som en röd tråd genom hela hälso- och sjukvården. Det kan till exempel handla om en person som ska skrivas ut från slutenvården till den kommunala hälso- och sjukvården och där information måste överföras från en vårdgivare till en annan. Det kan också vara en överlämning mellan korttidsenhet och ordinärt boende inom kommunen eller överlämning mellan olika personalskift inom en verksamhet. Informationsöverföring innefattar både information som överförs muntligt och skriftligt via remiss, provsvar, patientjournal eller verksamhetssystem.

Syftet med informationsöverföring är att patienten ska få en god och säker hälso- och sjukvård. All informationsöverföring bygger på samtycke. Det är endast den personal som har en aktuell vårdrelation som har rätt att ta del av uppgifter i hälso- och sjukvården.

Brister i samverkan kan innebära en risk för avvikelser och ytterst leda till vårdskada. Därför är det viktigt med följsamhet till gemensamma överenskommelser och riktlinjer för hur samverkan och informationsöverföring ska gå till. På enhetsnivå ansvarar chef för att det finns rutiner för vem som gör vad och hur, för att på så sätt säkerställa att övergripande riktlinjer som denna efterföljs.

Syfte & Mål

Riktlinjen ska säkerställa att reglerna för sekretess efterföljs samt en hög patientsäker vid samverkan och informationsöverföring av hälso- och sjukvård mellan professioner och vårdgivare.

Samverkan och informationsöverföring

Journalföring och informationsöverföring regleras framför allt i Patientdatalag (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2016:40) och Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

Förutom nationell lagstiftning och föreskrifter finns kommunala och regionala styrdokument som beskriver hur samverkan och informationsöverföring ska gå till. Dessa finns på Örebro kommuns hemsida; www.orebro.se – hälso och sjukvård för personal

Syftet med samverkan och informationsöverföring är att patienten ska få en god och säker hälso- och sjukvård.

För att informationsöverföringen ska vara patientsäker behöver den alltid vara skriftlig och ska vid behov kompletteras muntligt. Så långt det är möjligt ska den skriftliga

kommunikationen ske digitalt eftersom informationen sparas och på så sätt är säkrare än den som sker på papper.

För driftsstopp och när en patient har skyddade personuppgifter ska vårdgivaren ha skriftliga rutiner som säkerställer att dokumentation sker enligt lagstiftning och föreskrift så att patientsäkerhet och sekretess upprätthålls.

Verksamheter som bedriver eller utför hälso- och sjukvård ansvarar för att säkerställa följsamhet till gällande lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer och övriga styrdokument genom att utifrån dessa upprätta lokala rutiner som beskriver hur samverkan och informationsöverföring praktiskt går till i verksamheten. De ska innehålla information om vem som gör vad och hur.

När ska samverkan och informationsöverföring ske?

Samverkan och informationsöverföring inom kommunen är aktuell:

- vid ny vårdbegäran
- när hälso- och sjukvårdsuppgifter överlåts av legitimerad personal till omvårdnadspersonal
- vid handledning i omvårdnad och rehabilitering.
- vid förändrat hälsotillstånd
- vid byte av vårdform
- vid flytt som kräver att annan enhet övertar ansvaret för hälso- och sjukvården
- mellan olika arbetspass som till exempel dag, kväll och natt.

Ny vårdbegäran

Legitimerade tar emot en ny vårdbegäran och bedömer att det finns ett behov av att utreda problemet eller risken som identifierats. En del av utredningen är att inhämta information, dels från den enskilde själv, dels från tidigare och pågående vårdkontakter inom såväl öppenvården som slutenvården. Detta görs antingen genom att man tar kontakt med de verksamheter och professioner som är aktuella eller inhämtar informationen från nationell patientöversikt (NPÖ). Läs mer under rubriken ”Mellan Örebro kommun och Region Örebro län”, sidan 7.

Överlåten hälso- och sjukvård

När legitimerad bedömer att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av omvårdnadspersonal kan uppgiften överlåtas. Legitimerade lägger då helt eller delvis över ansvaret för själva genomförandet en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Legitimerade ansvarar för att den som ska utföra uppgiften har tillräckligt med kunskap och information för att utföra uppgiften på rätt sätt. Informationen ska vara skriftlig och finnas tillgänglig för den som utför uppgiften. I den ska det tydligt framgå:

- **Vad** som ska utföras
- **Hur** det ska utföras
- **När** det ska utföras (antal gånger, när på dygnet)
- **Vem**/vilken kompetens som ska utföra
- Om och i så fall vilken **återkoppling** som legitimerade vill att den som utför åtgärden/uppgiften ska återge.

Handledning

Legitimerad personal kan som sakkunniga handleda personal i omvårdnad och rehabilitering. Det kan vara aktuellt i samband med att en hälso- och sjukvårdsåtgärd

överlåts till omvårdnadspersonal att utföra men också som fristående åtgärd. Exempelvis kan arbetsterapeut efter en ADL-bedömning handleda omvårdnadspersonal i hur de ska ge stöd vid förflyttningar för att på ett säkert sätt möjliggöra delaktighet och självständighet hos patienten. En sjuksköterska kan handleda omvårdnadspersonalen i hur man ska mata en patient med sväljsvårigheter eller i att sköta hygien på sängliggande patient.

Förändrat hälsotillstånd
När omvårdnadspersonal uppmärksammar ett förändrat hälsotillstånd ska de informera legitimerad personal. Detta beskrivs mer ingående i riktlinjen ”Förändrat hälsotillstånd”.

När legitimerad personal identifierar eller blir uppmärksammad på ett förändrat hälsotillstånd ska den förutom att själv agera också informera övriga professioner inom såväl kommun som region som kan behöva vara inblandade i den fortsatta vården och omsorgen. Genom att de olika professionerna informerar varandra om det man uppmärksammat möjliggör man ett teambaserat arbete där insatser och åtgärder samordnas och anpassas till varandra.

Ett exempel kan vara när arbetsterapeut har genomfört en bedömning av aktivitetsförmågan och upptäckt att den enskilde har svårare att förflytta sig och upplever smärta i höger ben vid rörelse. Arbetsterapeut informerar sjuksköterska och läkare om försämringen för ställningstagande till medicinsk utredning av orsak. Arbetsterapeut tar också kontakt med sjukgymnast för att se över gångförmågan och eventuella sjukgymnastiska åtgärder samt omvårdnadspersonal för att anpassa omvårdnadsarbetet.

Flytt eller byte av vårdform
Exempel på detta är:
- När en person flyttar från ordinärt boende till särskilt boende.
- När en person går mellan ordinärt boende och korttidsvård
- När en person flyttar till eller besöker annan kommun
- Vid in- och utskrivning från slutenvården

För att flytt och byte av vårdform ska ske säkert ska den informationsöverföring ske som behövs för att patienten ska få den hälso- och sjukvård som den är i behov av utan avbrott. Ofta innebär det att bakgrund, aktuellt hälsotillstånd, pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder och eventuellt behov av utredning, förmedlas till den verksamhet som tar över ansvaret. Överrapporteringen ska alltid ske skriftligt men kan behöva kompletteras med muntlig rapport, handledning och utbildning. Det är av vikt att de som ansvarar för pågående ordinationer/behandlingar informeras om flytt/byte av vårdform så att de kan ta ansvar för den överrapportering och handledning som krävs. Förutom de professioner som arbetar i den kommunal verksamhet där patienten befinner sig kan det vara aktuellt att kontakta exempelvis fysioterapeut och dietist på vårdcentral eller inom specialistvården. Allt beroende på vilka pågående behandlingar patienten har.

Mellan arbetspass
När dag-, kvälls- och nattpersonal avlöser varandra behöver de säkerställa att den information som behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda förs över. Det kan handla om ett förändrat hälsotillstånd som ska följas upp eller information om ett nytt hjälpmedel som ska användas vid omvårdnad. Detta är också aktuellt vid ledighet, när någon annan ska företräda ordinarie personal.

Introduktion
Nya medarbetare, vikarier och professioner som utför åtgärder tillfälligt eller sällan på enheten (exempelvis kognitiva stödteamet, sårsjuksköterska, tandhygienist, läkare) ska introduceras så att de kan utföra sina arbetsuppgifter med god kvalitet och på ett säkert sätt. Det innebär introduktion i de arbetsuppgifter som ska utföras men även att få information om patientens identifierade risker utifrån exempelvis Senior alert, BPSD och hot och våld. Detta för att möjliggöra ett riskförebyggande arbetssätt. Den chef eller medarbetare som anställer eller involverar någon för att delta i patientens vård ansvarar för introduktion och att den som involveras får den information och bakgrundskunskap som behövs.

Mellan Örebro kommun och Region Örebro län

Samverkan och informationsöverföring med Region Örebro län är aktuellt när båda parter har en vårdrelation och behöver planera den enskildes vård och omsorg tillsammans.

Överenskommelser och styrdokument
För den samverkan och informationsöverföring som sker mellan vårdgivare finns nationell lagstiftning samt länsgemensamma överenskommelser, riktlinjer och styrdokument. De finns samlade på Region Örebro läns vårdgivarwebb. Förutom dessa styrdokument finns en webbaserad samverkansmodell, Visam-modellen. Berörda verksamheter ansvarar för att vara väl bekanta med samtliga styrdokument.

Visam-modellen
Visam-modellen är uppdelad i tre delar:

- Bedömning/Beslutstöd - ett verktyg för kommunens sjuksköterska som ska användas när en patient inskriven i kommunal hälso- och sjukvård oavsett boendeform får ett försämrat hälsotillstånd.
- Samordnad individuell plan (SIP) – Beskriver processen för SIP som ska upprättas om någon av huvudmännen inom ramen för hälso- och sjukvård eller socialtjänst uppmärksammar att en persons vård och/eller omsorgssituation sviktar och samordning behövs för att tillgodose behoven. Behovet av en plan kan också påkallas av den enskilde själv eller närstående.
- Säker utskrivning – beskriver in- och utskrivningsprocessen från slutenvården, vem som ansvarar för vad hos de olika huvudmännen och hur processen ska gå till.

Gemensamt för lagstiftning, styrdokument och samverkansmodell är att de reglerar bland annat ansvarsfördelning och hur samverkan ska gå till mellan region och kommun för de patienter där man har ett gemensamt ansvar.

Stöd och verktyg för samverkan
Som verktyg för samverkan och informationsöverföring används webbaserade IT-stöd. Dessa ska vara grunden för den samverkan och informationsöverföring som sker och ska vid behov kompletteras med muntligt och annan skriftlig kommunikation.

Lifecare SP
Lifecare SP (samordnad planering) är ett webbaserat IT-stöd för samverkan och informationsöverföring vid in- och utskrivning från slutenvård och för samordnad individuell plan (SIP) mellan Region Örebro län och länets kommuner. Lifecare används utifrån både hälso- och sjukvård och socialtjänst. På Region Örebro läns vårdgivarwebb

finns länk till supportportalflera IT-stöd däribland Lifecare SP, som innehåller bland annat guider, utbildningar, skrivmallar och kontaktuppgifter till support.

NPÖ
Legitimerad personal i Örebro kommun kan ta del av information gällande hälso- och sjukvård i Nationell patientöversikt (NPÖ). Den ger åtkomst till vissa delar av patientens journal som förs av legitimerad personal inom Region Örebro län. NPÖ ska användas:

- Inför hemgång från slutenvården
- För komplettering av patientens egen berättelse
- I samband med rond
- Efter besök på vårdcentral eller specialistklinik
- Vid kontroll av läkemedelsordinationer
- Vid kontroll av provsvar
- Vid besök av patient från annat län

Sekretess och samtycke

Grunden för all hantering av personuppgifter, uppgifter om patientens hälsotillstånd och personliga förhållanden, är att det råder sekretess och att den legitimerade personalen har tystnadsplikt. För att kunna bryta sekretessen krävs att en så kallad sekretessbrytande bestämmelse används. Det gäller både muntlig och skriftlig information.

Exempel på sekretessbrytande bestämmelser:

- När två verksamheter tillhör samma nämnd finns ingen lagreglerad sekretess.
- Mellan verksamheter som båda bedriver hälso- och sjukvård inom samma kommun råder ingen sekretess.
- Om patienten ger sitt samtycke så råder ingen sekretess
- Betydande vård och behandling

Även om det finns en sekretessbrytande bestämmelse måste legitimerad personal alltid ta hänsyn till den så kallade inre sekretessen. Den innebär att endast de uppgifter som anses behövliga och betydelsefulla för att planera och utforma patientens vård och omsorg får föras över.

Även i de fall som inget samtycke krävs ska legitimerad personal alltid göra patienten delaktig i sin vård vilket omfattar att informera om de kontakter som tas och varför.

Sekretessgränser inom kommunen

Inom kommunal hälso- och sjukvård

I offentlighets- och sekretesslagen (25 kap. 11 § 1 p.) framgår att hälso- och sjukvårdssekretessen inte hindrar informationsöverföring från en verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård till en annan sådan verksamhet inom samma kommun. Det innebär att uppgifter som vanligtvis omfattas av sekretess får lämnas mellan två parter om båda är hälso- och sjukvårdspersonal och har en patientrelation till den som informationen gäller.

Hit räknas informationsöverföring mellan legitimerad personal men även mellan legitimerad personal och omsorgspersonal i de fall det handlar om överlåten hälso- och sjukvård. När arbetsuppgifter delegeras eller fördelas till omsorgspersonal att utföra,

räknas omsorgspersonalen som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed råder ingen sekretess.

Mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst
Vid informationsöverföring från hälso- och sjukvård till socialtjänst råder sekretess om de två verksamheterna är organiserade i olika nämnder. Samtycke ska då inhämtas och dokumenteras av legitimerad personal.

Detta kan vara aktuellt när det handlar om annan information än den som berör överlåten hälso- och sjukvård. Exempelvis om legitimerad personal gjort en bedömning av patientens funktioner och förmågor som de bedömer att omsorgspersonalen skulle behöva ta del av för att omsorgsinsatserna ska ges i rätt omfattning och på rätt sätt. Då agerar legitimerade sakkunniga genom handledning. Om omsorgspersonalen tillhör en annan nämnd ska samtycke inhämtas innan informationsöverföringen sker.

Sekretessgränser utanför kommunen

Vid informationsöverföring till annan vårdgivare, myndighet, närstående och liknande råder sekretess vilket kräver att patienten ger sitt samtycke för att få bryta sekretessen. Det finns undantag, se rubrik "Betydande behov av vård och behandling".

Samtycke

Sekretessen kan hävas genom att patientenen ger sitt samtycke. Samtycke ska inhämtas för varje ny situation där informationsöverföring är aktuell och sekretess råder. Det sker genom en direkt fråga om legitimerad personal får informera annan part eller genom att informera patienten om att legitimerad personal planerar att ta kontakt med exempelvis läkare angående ett problemområde. Om patienten inte motsätter sig, likställs det som ett samtycke. Det förutsätter att patienten bedöms förstå det som sägs och innebörden av det. Den som är huvudansvarig för en åtgärd ansvarar för att göra en individuell bedömning om den enskilde kan ta ställning till samtycke eller inte.

Att samtycke inhämtats dokumenteras löpande i journal under det sökord som är aktuellt för situationen.

Nedsatt förmåga att lämna samtycke

Personer som har demenssjukdom eller kognitiva nedsättningar har alla en individuell problematik och därmed skiljer sig deras förmåga att lämna samtycke till olika åtgärder. Förmågan kan också variera från dag till dag. Detta innebär att verksamheten kontinuerligt måste arbeta för att göra den enskilde delaktig utifrån dennes förmåga och ständigt överväga om ett tidigare samtycke gäller eller inte. En förutsättning för att kunna påverka sin omgivning är att kunna förmedla sig till andra.

Möjlighet till kommunikation är ett grundläggande mänskligt behov och även en förutsättning för delaktighet och inflytande över sitt liv. Utifrån FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FN Ds 2008:23) har alla rätt till kommunikation på lika villkor. Personer med funktionsnedsättning kan ha svårigheter med att framföra sina synpunkter, vilket ställer särskilda krav på att verksamheten och omgivningen runt den enskilde är lyhörda och möjliggör alternativa kommunikationssätt, exempelvis AKK (alternativ och kompletterande kommunikation).

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan ta ställning till varken att den samtycker eller motsäger sig informationsöverföring, hindrar det inte att ett samtycke ändå kan fastställas. Inom vården har det utvecklats en praxis där företrädare för verksamheten (om möjligt i samråd med anhöriga) fattar beslut utifrån principen om den enskildes förmodade vilja, alternativt utifrån principen om den enskildes bästa. Ett sådant samtycke kan enbart fastställas under följande förutsättningar:

- Att individuellt anpassade försök har gjorts för att ta reda på den enskildes inställning, vilket innefattar lämpligt stöd och hjälp som ger förutsättningar att uttrycka sin vilja.
- Att den enskilde inte på något sätt visar eller uttrycker missnöje till informationsöverföringen.
- Att det inte finns uppgifter som tyder på att ett samtycke går emot den enskildes förmodade vilja.

Samtycke barn

Huvudregeln, enligt föräldrabalken, är att vårdnadshavarna ansvarar för barnet och har rätt och skyldighet att lämna samtycke och bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Om barnet har två vårdnadshavare ska de bestämma tillsammans. Barnets inställning ska så långt som möjligt kartläggas och vägas in i förhållande till dennes ålder och mognad. Om barnet inte framför sina åsikter ska barnets inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt.

Barn kan i vissa fall vara beslutskompetenta. Med stigande ålder och utveckling ska allt större hänsyn tas till barnets synpunkter och önskemål. Barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Den ökade medbestämmanderätten i takt med barnets stigande ålder innebär ofta att samtycke krävs från såväl barn som vårdnadshavare. För hälso- och sjukvård är det legitimerad personal som ansvarar för att inhämta samtycket, som ansvarar för att bedöma barnets mognadsgrad och beslutskompetens.

När patient inte kan tillfrågas

För att undvika oklarheter om vad patienten samtycker till och inte, ska legitimerad personal alltid kontrollera och dokumentera samtycke till fyra olika former av informationsöverföring när en ny vårdrelation inleds. De ska sparas på ett sådant sätt att de är lätta att hitta i journalen. På så sätt finns ett skriftligt samtycke i de situationer då patienten inte kan tillfrågas eller då hälsotillståndet gör att patienten inte kan ta ställning.

Följande samtycken är obligatoriska för legitimerad personal att efterfråga och dokumentera:

- Samtycke till NPÖ (nationell patientöversikt)
- Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård.
- Samtycke till att närstående får informeras muntligt om patientens hälsotillstånd och aktuella behandlingar. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå.
- Samtycke till att närstående får ta del av patientens journal. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå.

I journalen ska det framgå om patienten samtycker eller nekar till informationsöverföring. Om patienten delvis samtycker till informationsöverföring ska det tydligt framgå vad den samtycker till och inte. Det kan vara att patienten inte samtycker till NPÖ men övrig informationsöverföring eller att patienten samtycker till att barnen får ta del av muntlig information om hälsotillstånd och pågående åtgärder men inte journal.

Sparade samtycken gäller tills dess att annat framkommer. Om en patient ändrar sitt ställningstagande till samtycke ansvarar legitimerad personal för att ändra det sparade samtycket. Samtycket gäller även efter att patienten avlidit vilket innebär att information och journal kan lämnas ut även då, förutsatt att det finns ett samtycke för den person som efterfrågar det.

Betydande behov av vård och behandling

Även i de fall patienten kan och har sagt nej till informationsöverföring kan uppgifter lämnas ut till annan hälso- och sjukvårdspersonal om bedömningen är att uppgifterna är av synnerligen vikt för patientens liv och hälsa. Det vill säga att patienten, om inte informationen överfördes, skulle få bestående men eller försättas i livsfara. Detta regleras i 25 kap 14 § OSL.

Detta gäller även för NPÖ (nationell patientöversikt) där funktionen nödåtkomst finns. Nödåtkomst ger en vårdgivare tillgång till informationen i NPÖ trots att det inte finns något samtycke till informationsöverföring. Nödåtkomst får enbart användas när legitimerad personal bedömer att nekad åtkomst till dokumentationen i sammanhållen journal (NPÖ) kan innebära fara för patientens liv.

I dessa fall får endast den information överföras som ligger till grund för bedömningen att det annars skulle vara fara för patienten liv och hälsa och inget annat.

Menprövning

Menprövning ska alltid göras innan uppgifter om en patient lämnas ut och innebär att legitimerad personal prövar om informationen kan lämnas ut, utan att det är till men för patienten eller dennes anhöriga. Begreppet ”lida men” har en mycket vidsträckt innebörd och kan vara olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut. Bara det att någon känner till en känslig uppgift om en person kan i många fall vara tillräckligt för att men ska föreligga. Utgångspunkten för bedömningen ska vara den enskilde personens egen upplevelse och bedömningen bör därför göras av någon med god kännedom om personen och situationen.

Exempel känsliga uppgifter är:

- adress
- telefonnummer
- ålder
- familjesituation
- hälsotillstånd
- funktionsnedsättning
- missbruk
- anställning

- ekonomisk situation.

Undantag från kravet att genomföra menprövning eller ta hänsyn till dess resultat gäller om:

- det föreligger uppgiftsskyldighet enligt lag
- om informationsöverföring får ske med stöd av särskild bestämmelse i offentlighet- och sekretesslagen.
- om patienten samtycker till att uppgifterna lämnas ut. Det gäller dock inte om det finns uppgifter om annan person, till exempel anhörig, i journalen. Då måste vanlig menprövning göras.

Rutiner verksamheten ska upprätta

- Rutiner för intern och extern samverkan som säkerställer följsamhet till övergripande styrdokument

Referenser

- Patientdatalag (2008:355)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2016:40)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- Startsida - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se) - samlat stöd för patientsäkerhet
  Samverkan och kontinuitet - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)