

# Verksamhetsmodeller för Patientdataarkivet

v.2.0

**Tarja Rätty**  
**12/2021**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Institutet för hälsa och välfärd  
Finnish Institute for Health and Welfare  
PL / PB / P.O. Box 30 • FI-00271 Helsinki, Finland  
Puh/tfn +358 29 524 6000  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

# Innehåll

<b>VERSIONSHISTORIA .....</b>	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>2 VAD ÄR PATIENTDATAARKIVET? .....</b>	<b>6</b>
2.1 INFORMATIONSHANTERINGSTJÄNSTEN .....	7
2.2 VILJEYTRINGSTJÄNSTEN.....	7
2.3 ETAPPVIST INFÖRANDE.....	8
<b>3 INFORMATION TILL PATIENTEN OM PATIENTDATAARKIVET .....</b>	<b>9</b>
<b>4 PATIENTENS TILLSTÅND FÖR UTLÄMNANDE SAMT SAMTYCKEN TILL OCH FÖRBUD MOT UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER I PATIENTDATAARKIVET .....</b>	<b>10</b>
4.1 TILLSTÅND FÖR UTLÄMNANDE OCH SAMTYCKEN .....	10
4.2 MEDDELANDE AV FÖRBUD .....	11
4.3 ANVÄNDNING AV UPPGIFTER I NÖDSITUATIONER .....	13
4.4 FÖRVARING AV SAMTYCKES- OCH FÖRBUDSDOKUMENT .....	13
<b>5 MOTTAGANDE AV INFORMATION SAMT MEDDELANDE AV TILLSTÅND FÖR UTLÄMNANDE/SAMTYCKEN OCH FÖRBUD PÅ NÅGON ANNANS VÄGNAR.....</b>	<b>14</b>
5.1. MINDERÅRIG PATIENT.....	14
5.2 PATIENTENS VÅRDNAOSHAVARE ELLER LAGLIGA FÖRETRÄDARE .....	15
5.3 OMHÄNDERTAGANDE OCH PLACERING I VÅRD UTOM HEMMET.....	15
5.4 EN FULLVUXEN SOM INTE FÖRMÅR BESLUTA OM SIN VÅRD OCH SOM SAKNAR LAGLIG FÖRETRÄDARE .....	16
<b>6 UPPRÄTTANDE AV JOURNALHANDLINGAR OCH LAGRING I ARKIVET.....</b>	<b>17</b>
6.1 PATIENTREGISTER.....	17
6.2 REGISTERFÖRING INOM DEN PRIVATA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....	17
6.3 ANTECKNINGAR I JOURNALHANDLINGAR .....	18
6.4 GODKÄNNANDE OCH LAGRING AV ANTECKNINGAR .....	18
6.5 LAGRING AV ANTECKNINGAR INOM UTSATT TID .....	18
6.6 HANDLINGAR SOM SYNS MED FÖRDRÖJNING PÅ MINA KANTA-SIDOR .....	19
6.7 RÄTTELSE AV FELAKTIGA ANTECKNINGAR.....	19
6.8 TILLFÄLLIG IDENTIFIKATIONSKOD FÖR EN PATIENT .....	20
6.8.1 <i>Anonyma patientanteckningar</i> .....	20
6.9 REGISTRERING AV UPPGIFTER SOM EN ANNAN PERSON BERÄTTAT OM SIG SJÄLV.....	21
6.10 REGISTRERING OCH ANVÄNDNING AV UPPGIFTER OM EN AVLIDEN PATIENT .....	21
<b>7 SERVICEHÄNDELSE.....</b>	<b>23</b>
7.1 KNYTANDE AV EN HANDLING TILL EN SERVICEHÄNDELSE .....	23
7.2 SÄRDRAG HOS PRIVATA TJÄNSTEPRODUCENTERS ANTECKNINGAR .....	24
<b>8 STRUKTURERAD DOKUMENTATION .....</b>	<b>26</b>
<b>9 HÄLSO- OCH VÅRDPLAN OCH VILJEYTRINGAR.....</b>	<b>27</b>
9.1 HÄLSO- OCH VÅRDPLAN.....	27
9.2 VILJEYTRINGAR.....	27
<b>10 ATT SÖKA EFTER OCH LÄSA JOURNALHANDLINGAR.....</b>	<b>29</b>
10.1 ATT SÖKA EFTER OCH LÄSA UPPGIFTER.....	29
10.2 VERIFIERING AV VÅRDRELATION .....	29

10.3 SAMMANSTÄLLNINGAR AV CENTRALA VÅRDUPPGIFTER .....	30
10.4 SPECIALSKYDDADE UPPGIFTER .....	31
<b>11 UTLÄMNANDE OCH ÖVERVAKNING AV HANDLINGAR .....</b>	<b>32</b>
11.1 UTLÄMNANDE AV JOURNALHANDLINGAR .....	32
11.1.1 Lokalt utlämnande och patientuppgifter som lämnas ut till producenter av köpta tjänster.....	32
11.1.2 Utlämnande av uppgifter till myndigheter eller utlämnande på basis av lagstadgad informationskyldighet .....	33
11.2 LOGGÖVERVAKNING .....	33
11.3 LOGGUPPGIFTER SOM MEDBORGAREN KAN LÄSA .....	34
<b>12 MINA KANTA-SIDOR FÖR MEDBORGARNA .....</b>	<b>35</b>
<b>13 FULLMAKT FÖR KÖPTA TJÄNSTER.....</b>	<b>39</b>
13.1 UPPRÄTTANDE OCH HANTERING AV JOURNALHANDLINGAR I SAMBAND MED KÖPTA TJÄNSTER .....	39
13.2 UNDERLEVERANTÖRER .....	40

Föräldrad

## Versionshistoria

Datum	Ändringar
4.6.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ändringar i dokumentet är stilisering av texten, datumkorrigeringar osv.</li> <li>• Vyklassificeringarna har utelämnats i avsnittet om strukturerad dokumentation</li> <li>• <b>Nya verksamhetsmodeller har lagts till:</b></li> <li>• Anonyma patientanteckningar, s. 16</li> <li>• Registrering och användning av uppgifter om en avliden patient, s.16</li> <li>• Fullmakt för köpta tjänster / utlämnanden s.12</li> <li>• Mina Kanta-sidor / personer under 10 år, s.26</li> <li>• Mina Kanta-sidor / spärrmarkering, s. 26</li> <li>• Viljeyttringar, preciserat formkrav, s. 20</li> </ul>
28.10.2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I kapitel 2.1 och 2.2 beskrivs vilka handlingar som ingår i Informationshanteringstjänsten och viljeyttringstjänsten</li> <li>• Kapitel 3 Information till patienten om Patientdataarkivet har uppdaterats enligt den nya lagen om kunduppgifter</li> <li>• Kapitel 4 Patientens tillstånd för utlämnande samt samtycken till och förbud mot utlämnande av uppgifter i Patientdataarkivet har uppdaterats enligt lagen om kunduppgifter</li> <li>• Kapitel 4.2 om att meddela förbud har preciserats i stor omfattning, bl.a. vad gäller yrkesutbildade personers rätt att granska förbud</li> <li>• Kapitel 5 om att utträta ärenden på någon annans vägnar har uppdaterats i enlighet med lagen om kunduppgifter och referenslänkar för mer information har lagts till</li> <li>• Kapitel 6.10 Registrering och användning av uppgifter om en avliden patient har preciserats</li> <li>• Verksamhetsmodellen i kapitel 9.2 om mottagning av livstestamente har preciserats och verksamhetsmodellen för minderårigas livstestamente har preciserats</li> <li>• Kapitel 10.4 Specialskyddade uppgifter har preciserats</li> <li>• Kapitel 11.1 om utlämnande av handlingar har preciserats (bl.a. utlämnande till myndigheter och utlämnande i samband med köpta tjänster)</li> <li>• Kapitel 11.3 Logguppgifter som medborgaren kan läsa har preciserats</li> <li>• Kapitel 12 Mina Kanta-sidor för medborgarna; ärenden på minderårigas vägnar har preciserats och uppdaterats</li> <li>• Tabell 12: Patientjournaluppgifter som syns på Mina Kanta-sidor har uppdaterats</li> <li>• Stilisering av text, datum, korrigeringar av länkar och källhänvisningar m.m.</li> </ul>

# 1 Inledning

I denna handledning beskrivs de verksamhetsmodeller som hänför sig till användningen av Patientdataarkivet. Verksamhetsmodellerna preciseras också i de organisationsspecifika anvisningarna. (bland annat elektroniska recept, förmedling av intyg och utlåtanden, minderårigas beslutsförmåga och utlämnande av uppgifter till vårdnadshavare, principer för Informationshanteringstjänsten, bilddiagnostik). I de systemspecifika anvisningarna beskrivs dessutom hur olika funktioner genomförs i respektive patientdatasystem.

Utgångspunkten är att införandet av Patientdataarkivet inte ska ändra användningen av patientdatasystemen och hanteringen av dokument på något väsentligt sätt. De verksamhetsmodeller för hanteringen av journalhandlingar som användningen av arkivet förutsätter har i huvudsak redan länge varit lagstadgade krav. I samband med att arkivet införs är det ändå skäl att kontrollera att man även i praktiken handlar i enlighet med dessa krav.

Även kraven på strukturerad dokumentation framhävs i och med att arkivet införs. Då uppgifterna är strukturerat dokumenterade är det lättare att hitta och utnyttja centrala vårduppgifter. För yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården ändras funktioner såsom Kanta-information, tillstånd för utlämnande, hantering av samtycken och förbud. Också Mina Kanta-sidor, som är en tjänst för medborgarna, förändrar verksamhetsmiljön och ska beaktas vid dokumentationen.

Verksamhetsmodellerna uppdateras och preciseras vid behov i takt med att arbetet för att utveckla Kanta-tjänsterna framskrider. Enheten Social- och hälsovårdsinformation och -informationshantering vid Institutet för hälsa och välfärd ansvarar för upprätthållandet av verksamhetsmodellerna. Förslag till utveckling av verksamhetsmodellerna kan skickas per e-post till adressen [sotetiedonhallinta@thl.fi](mailto:sotetiedonhallinta@thl.fi).

## 2 Vad är Patientdataarkivet?

Patientdataarkivet är en del av de riksomfattande informationssystemtjänsterna för hälso- och sjukvården, dvs. Kanta-tjänsterna. Patientdataarkivet omfattar en arkiveringstjänst för journalhandlingar, Informationshanteringstjänsten och en viljeyttringstjänst. Informationshanteringstjänsten består av patientens centrala hälsouppgifter samt en hanteringstjänst för information, där handlingar som uppstår och upprätthålls i patientens vård förvaras. I viljeyttringstjänsten sparas patientens viljeyttringar, dvs. livstestamente och donationsvilja. Elektroniska recept sköts via Receptcentret. Medborgarna kan läsa sina elektroniska recept samt patientuppgifter som finns lagrade i Patientdataarkivet via Mina Kanta-sidor (läs mer i kapitel 11). Arkiveringen och förvaringen av patientuppgifter i Kanta-tjänsterna är lagstadgad och arkiveringen kan inte förbjudas. Patientuppgifter som sparats i Kanta-tjänsterna förvaras under den tid som fastställs i lagstiftningen om social- och hälsovården. Uppgifter som sparats i Patientdataarkivet raderas inte på begäran av klienten, utan uppgifterna förstörs efter att den lagstadgade förvaringstiden har löpt ut.

Det går inte att förhindra att uppgifter om någon viss patientgrupp sparas i Kanta och inte heller att uppgifterna visas på Mina Kanta-sidor.

Patientdataarkivet är ett datalager för patientuppgifter som ska användas aktivt. Dessutom fungerar det som centraliserat långtidsarkiv för patientuppgifter. Med hjälp av arkivet är en patients vårduppgifter i stor utsträckning tillgängliga för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, vilket förbättrar patientsäkerheten och gör det möjligt att undvika överlappande undersökningar. Användbara patientuppgifter stöder dessutom patienternas möjligheter att välja vårdenhet samt möjliggör fungerande vårdkedjor mellan offentliga och privata tjänsteproducenters verksamhetsenheter.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården använder arkivet via det egna patientdatasystemet. Arkivarier använder Patientdataarkivet via ett särskilt användargränssnitt (webbläsarbaserat) för arkivarier. Särskilda verksamhetsmodell-anvisningar har utarbetats om användningen av arkivariens användargränssnitt läs mer <https://www.kanta.fi/sv/web/guest/professionella/arkivariens-anvandargranssnitt>.

Användarrollerna för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som använder patientdatasystem och deras rättigheter att behandla patientuppgifter hanteras lokalt inom hälso- och sjukvårdsorganisationerna. När man använder Patientdataarkivet eller andra Kanta-tjänster loggar man in sig i patientdatasystemen med de yrkes- eller personalkort som beviljats av certifikatutfärdaren för hälso- och sjukvården. Utförligare anvisningar finns på webbplatsen för Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata <https://dvv.fi/sv/certifikat>. Hälso- och sjukvårds- och medicine studerande använder personalkort innan de får yrkeskort. Närmare anvisningar finns på Valvira webbplats <http://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/yrkesrattigheter>

När det gäller läroavtalsstuderande bedömer den yrkesutbildade person som ansvarar för den läroavtalsstuderandes verksamhet om det är skäl att använda yrkeskort eller personalkort (t.ex. om den studerande har en tidigare yrkesexamen på grund av vilken han eller hon har möjlighet att använda yrkeskort).

Användning av patientuppgifter mellan olika organisationer förutsätter att uppgifterna är strukturerat dokumenterade så att man använt gemensamt överenskomna begrepp och klassifikationer. Redan när

uppgifter lagras måste man alltså beakta eventuella framtida användningsbehov. Uppgifter som en gång dokumenterats strukturerat kan utnyttjas inom andra organisationer, vilket minskar behovet av manuell kopiering av uppgifter.

## 2.1 Informationshanteringstjänsten

Informationshanteringstjänsten upprätthålls som en del av arkiveringstjänsten. I

Informationshanteringstjänsten sammanställs ur journalhandlingarna patientuppgifter som är centrala för hälso- och sjukvården och produceras för tillhandahållaren av tjänster sammanfattningar av dessa med tanke på genomförandet av vården.

Centrala patientuppgifter som sparats i Informationshanteringstjänsten kan sparas och kontrolleras via patientdatasystemet. Via patientdatasystemet kan man skapa olika sammanställningar av centrala hälsouppgifter. Sammanställningarnas innehåll består av uppgifter som är specifika för den personuppgiftsansvarige. Informationshanteringstjänsten sammanställer de centrala uppgifterna ur olika personuppgiftsansvarigas uppgifter enligt tidpunkten för förfrågan i patientdatasystemet, som bildar en sammanställning av dem för de yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården. Sammanställningen sammanställs på nytt vid varje förfrågan för att säkerställa att uppgifterna är uppdaterade vid tidpunkten för förfrågan.

Centrala strukturerade vårduppgifter i Informationshanteringstjänsten är:

- 1) åtgärder och bilddiagnostiska undersökningar som har antecknats enligt kodsystelet för åtgärderna,
- 2) vaccinationer,
- 3) laboratorieresultat,
- 4) viktiga resultat av fysiologiska mätningar som antecknats strukturerat enligt den kodtjänst som avses i 14 § i lagen om klientuppgifter,
- 5) diagnoser, (även orsaker till besök)
- 6) de uppgifter som avses i 13 § 1 mom. i förordningen om journalhandlingar (riskuppgifter), samt
- 7) en plan för undersökning, vård och rehabilitering eller någon annan motsvarande plan för patienten enligt 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) (en s.k. hälso- och vårdplan).

## 2.2 Viljeyttringstjänsten

I viljeyttringstjänsten sparas patientens tillstånd för utlämnande av sina uppgifter till andra aktörer inom hälso- och sjukvården, eventuella förbud mot utlämnande som patienten gett och återkallelser av förbud mot utlämnande. I tjänsten sparas också uppgiften om att patienten har informerats om Kanta-tjänsterna.

I viljeyttringstjänsten sparas också uppgifter som har betydelse för patientens vård, såsom patientens livstestamente eller inställning till donation av organ och vävnader för transplantation efter sin död i syfte att vårda en annan människa.

Via Mina Kanta-sidor kan medborgaren också själv utfärda och återkalla ett tillstånd för utlämnande som gäller utlämnande av uppgifter samt ge och återkalla olika samtycken och förbud samt upprätthålla sina handlingar som gäller vård- och donationsvilja.

## 2.3 Etappvist införande

Patientdataarkivet införs etappvis. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården (165/2012) samt den nya förordning som utfärdats hösten 2015 anger vilka datainnehåll som har förts in i arkivet i olika faser.

I den första fasen har det i Patientdataarkivet lagrats specialitets- och tjänstespecifika samt yrkesspecifika vyer och sammandrag av vårdarbetet. Av vårduppgifter som ska dokumenteras strukturerat är strävan att lagra framför allt riskuppgifter samt diagnoser, åtgärder, begäran om och resultat av laboratorieundersökningar samt begäran om och utlåtanden om bilddiagnostiska undersökningar.

Datainnehållet i Patientdataarkivet har utvidgats till att omfatta registrering av donationsvilja, livstestamente och journalhandlingar inom mun- och tandvården. Likaså har man börjat spara remisser och vårdrespons, hälso- och vårdplanen, intyg och utlåtanden samt patientuppgifter som uppkommit inom köpta tjänster.

Man har också börjat lagra bildmaterial från bilddiagnostiska undersökningar i Patientdataarkivet.

I lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (784/2021) fastställs hur Patientdataarkivet ska utvecklas i fortsättningen.



## 3 Information till patienten om Patientdataarkivet

Enligt lagen om kunduppgifter ska kunden informeras om principerna för användningen av Kanta-tjänsterna vid den första kontakten med hälso- och sjukvården. Informationen ska innehålla information om de allmänna principerna för hur Kanta-tjänsterna fungerar samt om förutsättningarna för behandling, förvaring och utlämnande av de uppgifter som sparats. Likaså ska kunden informeras om sina rättigheter att påverka behandlingen av de egna uppgifterna samt om andra omständigheter som är av betydelse för honom eller henne. En anteckning om att informationen getts sparas i Kanta-tjänsternas viljeytringstjänst.

Att information getts och att det kvitterats att den tagits emot är en förutsättning för att kunduppgifter/patientuppgifter ska kunna lämnas ut via Kanta-tjänsterna mellan olika personuppgiftsansvariga inom social- och hälsovården. Avsaknaden av en anteckning om att information getts hindrar inte att handlingar sparas.

Patienten ska informeras personligen. Informationen kan ges i samband med att personen utträtar ärenden antingen muntligt, skriftligt eller via e-tjänsten. Verksamhetssätten kan variera mellan olika tjänstetillhandahållare. Om informationen ges muntligt ska det finnas uppdaterat skriftligt material om informationen. Den broschyr som ska ges i samband med informationen beställs från materialbanken på webbplatsen [kanta.fi](http://kanta.fi), <http://www.kanta.fi/sv/web/ammattilaisille/materiaalipankki>. Broschyrer på finska och svenska kan beställas. Broschyrer på andra språk (bl.a. samiska, engelska, estniska, ryska, arabiska, somaliska och sorani) finns som webbversioner.

Verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården bör utarbeta egna, preciserade anvisningar om hur information ska ges.

Patientuppgifter som dokumenterats vid verksamhetsenheter inom den offentliga hälso- och sjukvården kan användas vid andra verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården inom samma sjukvårdsdistrikt utan särskilt samtycke. För att uppgifterna ska kunna användas förutsätts dock att patienten har informerats om att sjukvårdsdistriktet har ett gemensamt patientdataregister. Informationen om det gemensamma registret grundar sig på 9 § i hälso- och sjukvårdslagen. Denna informationskyldighet kvarstår eftersom hälso- och sjukvårdslagen förblir oförändrad.

Information om Kanta-tjänsterna kan också läsas i tjänsten Mina Kanta-sidor. Kunden kan själv kvittera att han eller hon fått informationen på Mina Kanta-sidor. Om informationen inte har kvitterats på Mina Kanta-sidor ska patienten få informationen i samband med ett besök inom hälso- och sjukvården. Det kan antecknas att informationen har getts även om patienten inte till alla delar förstår informationen. Det bör säkerställas att även de patienter som omfattas av hemservice (t.ex. hemsjukvård) får information.

Information kan ges till en minderårig om personen i fråga har bedömts vara beslutsförmögen att sköta sitt ärende. Läs mer om verksamhetsmodeller för att sköta ärenden på en annan persons vägnar i kapitel 5.

I och med den nya lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården ges alla kunder information om **förändrade funktioner** även om de tidigare har fått Kanta-information. Om det av tekniska skäl inte går att kontrollera om Kanta-informationen har getts, informeras patienten och informationen sparas i det skede då det är tekniskt möjligt.

## 4 Patientens tillstånd för utlämnande samt samtycken till och förbud mot utlämnande av uppgifter i Patientdataarkivet

### 4.1 Tillstånd för utlämnande och samtycken

Patientuppgifter som sparats i arkivet är alltid tillgängliga för den personuppgiftsansvarige som sparat uppgifterna. Patienten kan inte förhindra att uppgifterna syns hos samma personuppgiftsansvarig.

Då man i Patientdataarkivet söker efter handlingar som ingår i registret vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, eller det är fråga om samma tjänsteleverantörs olika register (exempelvis de patientuppgifter som olika yrkesutövare upprätthåller inom den privata hälso- och sjukvården eller företagshälsovården utgör separata register), är det fråga om utlämnande av en handling.

Utlämnande av patientens uppgifter ur arkivet förutsätter tillstånd för utlämnande av patienten, om uppgifterna finns i något annat register än hos en annan kommunal verksamhetsenhet inom samma sjukvårdsdistrikt eller i ett register hos en annan tillhandahållare av privata hälso- och sjukvårdstjänster. Patientdataarkivet utlämnar endast de patientuppgifter som användaren har rätt till med stöd av tillståndet. Utlämnande inom den kommunala hälso- och sjukvården till en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården i samma sjukvårdsdistrikt förutsätter att patienten har informerats om sjukvårdsdistriktets gemensamma patientdataregister. Användningen av patientuppgifter förutsätter också en vårdrelation, eller någon annat sakligt samband med patienten.

Tillstånd för utlämnande kan ges och återkallas när som helst. Tillståndet till utlämnande av uppgifter är i kraft tills vidare och omfattar alla patientuppgifter som redan finns i Patientdataarkivet och även sådana som lagras där senare. Tillstånd för utlämnande ges skriftligt hos en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller så ger medborgaren tillståndet elektroniskt på Mina Kanta-sidor.

Tillståndet för utlämnande registreras på kundens begäran direkt i patientdatasystemet, och sparas sedan i Kanta-tjänsternas viljeyttringstjänst. Den samtyckesblankett som tidigare använts och som krävt kundens underskrift används inte längre. På kundens begäran skrivs den sparade handlingen över tillståndet för utlämnande ut, eller så ska handlingen vid behov ges till kunden på något annat tillgängligt sätt.

Det är viktigt att beakta att den reviderade lagen fastställer att ett överlåtelsespecifikt samtycke krävs för att uppgifter ska kunna lämnas ut mellan olika social- och hälsovårdsregister och att klientuppgifterna inom socialvården i Klientdataarkivet för socialvården tills vidare endast är tillgängliga för den serviceanordnare som sparat uppgifterna och för den serviceproducent och tillhandahållare som verkar för anordnarens räkning. Enligt planen kommer det att bli möjligt att utnyttja kund- och patientuppgifter via Kanta-tjänsterna i januari 2024.

Samtycke behövs fortfarande även för recept som expedieras till utlandet samt i fortsättningen för överföring av välfärdsuppgifter från Datalagret för egna uppgifter till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården innehåller bestämmelser endast om utlämnande via Kanta-tjänsterna. Patient-/ kunduppgifter lämnas också ut på annat sätt än via Kanta-tjänsterna. Bestämmelsen om utlämnande i lagen om kunduppgifter gäller endast elektronisk behandling av uppgifter och utlämnande via Kanta-tjänsterna. Vid utlämnanden utanför Kanta-tjänsterna (s.k. lokala utlämnanden), till exempel på papper, krävs ett separat samtycke till utlämnandet av uppgifter till en annan aktör. Andra utlämnanden än utlämnanden ur Kanta-tjänsterna och gemensamma register grundar sig på patientlagen (13 § i lagen om patientens ställning och rättigheter) och enligt den behövs patientens samtycke till utlämnande av uppgifter.

## 4.2 Meddelande av förbud

OBSERVERA:

- Förbudet gäller endast utlämnande ur Kanta-tjänsterna och gemensamma register. Utlämnande av uppgifter ur Kanta-tjänsterna grundar sig på lagen om kunduppgifter medan utlämnande av uppgifter ur gemensamma register grundar sig på 9 § i hälso- och sjukvårdslagen, där det också föreskrivs om rätten att förbjuda. I motiveringarna i regeringspropositionen med förslag till den nya lagen om kunduppgifter konstateras att samma förbud också gäller genomföranden inom gemensamma register. Ett gemensamt register innehåller alla handlingar från tjänstetillhandahållare inom social- och hälsovården, även de som inte har sparats i Kanta.

En medborgare kan också begränsa användningen av sina uppgifter och omfattningen av sitt samtycke genom att förbjuda utlämnande av dem. Förbudet kan gälla en enskild tjänsteleverantör, ett enskilt register eller en enskild servicehändelse inom den offentliga hälso- och sjukvården. Inom den privata hälso- och sjukvården kan förbud utfärdas endast i fråga om enskilda servicehändelser (dvs. besöks- eller avdelningsperiodvis). Inom den offentliga och privata hälso- och sjukvården kan man också meddela ett omfattande förbud. Inom den egna organisationen (registret) syns uppgifterna dock liksom tidigare oberoende av förbud mot utlämnande.

Ett förbud får utfärdas och återkallas när som helst. Förbud mot utlämnande registreras på kundens begäran direkt i patientdatasystemet, och sparas sedan i Kanta-tjänsternas viljeyttringstjänst. Den förbudsblankett som tidigare använts och som krävt kundens underskrift används inte längre. På kundens begäran skrivs en sammanfattning över de förbud kunden meddelat ut, eller så ska handlingen vid behov ges till kunden på något annat tillgängligt sätt.

Det finns skillnader i hur ett förbud meddelas inom den offentliga och privata hälso- och sjukvården:

- Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan ett förbud meddelas per personuppgiftsansvarig eller besök. Om till exempel en offentlig personuppgiftsansvarig har flera patientregister, såsom ett separat register för företagshälsovården, kan du meddela ett förbud mot utlämnande av uppgifter som endast gäller registret i fråga, varvid uppgifterna i de övriga registren kan lämnas ut.
- Inom den privata hälso- och sjukvården kan endast besöksspecifika förbud meddelas.

- Inom den privata hälso- och sjukvården kan man förbjuda att patientuppgifter i företagshälsovårdens register lämnas ut (övergångstid: genomförande i datasystemen senast 1/2024).
- Ett omfattande förbud kan meddelas för alla befintliga och kommande patientuppgifter inom hälso- och sjukvården (offentlig och privat), varvid inga patientuppgifter lämnas ut till andra tjänstetillhandahållare inom hälso- och sjukvården från någon aktörs register (övergångstid: genomförande i datasystemen senast 1/2024).

Det finns möjlighet att i enlighet med 55 § i lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården förbjuda senare kontakt som tas på basis av ett kliniskt betydande fynd när det gäller prover som lagrats i en biobank eller tagits i samband med en medicinsk undersökning (övergångstid: genomförande i datasystemen senast 5/2024).

Med patientdatasystemen ska det inom den offentliga hälso- och sjukvården vara möjligt att meddela förbud som gäller åtminstone tjänstetillhandahållare inom den offentliga hälso- och sjukvården inom det egna sjukvårdsdistriktet, när det är fråga om ett förbud som gäller en viss tjänstetillhandahållare eller ett visst register, eller för en viss servicehändelse så att förbudet gäller den personuppgiftsansvariges egna servicehändelser. Vad gäller övriga tjänstetillhandahållare och servicehändelser kan förbud meddelas via Mina Kanta-sidor eller genom att besöka ifrågavarande tjänstetillhandahållare.

Kunden ska informeras om förbudets innebörd. Patienten ska informeras om att förbudet också gäller situationer där patienten är medvetlös till följd av en akut livshotande sjukdom eller skada och därför oförmögen att återkalla ett förbud.

Observera att de förbud som meddelats gäller utlämnande av uppgifter inom hälso- och sjukvården. Förbuden påverkar inte utlämnandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter till tillhandahållare av socialvårdstjänster, om kunden har gett sitt särskilda samtycke till detta.

I undantagssituationer, om patienten inte har förbjudit att patientuppgifter lämnas ut eller om information inte har kunnat ges, kan patientuppgifter lämnas ut via Kanta-tjänsterna i situationer som avses i 13 § 3 mom. 3 punkten i patientlagen. Det är fråga om en sådan situation om uppgifterna behövs för att ordna undersökning och vård av patienten men patienten på grund av till exempel en intellektuell funktionsnedsättning eller minnessjukdom inte kan besluta om sin vård.

#### **Viktigt att beakta vid behandling av förbud:**

Inom hälso- och sjukvården får man gå till uppgifterna om kundens förbud om kunden vill ändra uppgifterna om sina förbud. Likaså är det tillåtet att kontrollera uppgifterna i kundens förbudshandling när man vid utlämnande av pappersutskrifter ska kontrollera eventuella förbud som påverkar utlämnandet samt när det är fråga om en utredning av en problemsituation i samband med ett utlämnande. När man tittar på och redigerar förbudsuppgifter skapas automatiskt en anteckning i användningsloggen och information om varför förbudshandlingen har granskats.

### 4.3 Användning av uppgifter i nödsituationer

Om en patient förbjuder att vissa patientuppgifter som gäller honom eller henne utlämnas, betyder det att dessa uppgifter inte i någon situation får utlämnas till en annan tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster. Inte ens i det fallet att uppgifterna skulle behövas för vården av en medvetlös patient. Även om det i övrigt är förbjudet att lämna ut uppgifter kan en patient dock tillåta att uppgifter lämnas ut i **nödsituationer**. Då kan uppgifterna hämtas med s.k. nödsökning. Grunden för en nödsökning är också en gällande vårdrelation eller någon annan saklig anknytning till patienten. Vid en nödsökning visas i datasystemet först de riskuppgifter som eventuellt registrerats för patienten. På så sätt kan till exempel ett livstestamente som registrerats i viljeyttringstjänsten utnyttjas innan den aktiva vården inleds.

Medborgaren ser om uppgifter om honom eller henne har sökts vid en nödsituation inom hälso- och sjukvården. En nödsökning kan ge hälso- och sjukvården mer uppgifter än en normal sökning och därför informeras om användningen av denna på Mina Kanta-sidor.

### 4.4 Förvaring av samtyckes- och förbudsdokument

När den nya lagen om kunduppgifter träder i kraft får hälso- och sjukvården inte längre några blanketter för tillstånd för, samtycke till eller förbud mot utlämnande som ska arkiveras. Enligt den nya lagen krävs inte personens underskrift på blanketterna i fråga och därför kommer blanketterna inte längre att användas. För blanketter som arkiverats med stöd av den tidigare lagen gäller fortfarande de tidigare kraven på arkivering.

En undertecknad samtyckes- och förbudsblankett ska förvaras 12 år efter att den patient som gett samtycket dött (eller 120 år från födelsen). FPA är personuppgiftsansvarig för dessa dokument, så arkiveringen sker för FPA:s räkning. Verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården ska besluta på vilket sätt blanketterna arkiveras vid enheten. Blanketterna ska arkiveras systematiskt så att det går att hitta en viss persons blankett och så att blanketterna kan förstöras efter förvaringstidens slut.

Blanketterna arkiveras centraliserat och de arkiveras inte i patientjournalen. Det är väsentligt att blanketterna förvaras omsorgsfullt så att obehöriga inte har tillträde till dem. Vid behov ska det också vara lätt att hitta blanketterna. Blanketterna ska förstöras på korrekt sätt sedan arkiveringsskyldigheten upphört. De undertecknade blanketterna ska förvaras så att man vid behov kan påvisa att patienten faktiskt meddelat samtycke eller förbud. Med förvaringen försöker man således säkerställa hälso- och sjukvårdsaktörernas rättsskydd i eventuella problemsituationer.

# 5 Mottagande av information samt meddelande av tillstånd för utlämnande/samtycken och förbud på någon annans vägnar

## 5.1. Minderårig patient

För minderåriga barns del ska information om Patientdataarkivet ges barnets vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. Patientdatasystemet innehåller i allmänhet uppgift om en minderårig patients vårdnadshavare som finns antecknad i befolkningsdatasystemet. En patients intressebevakare och intressebevakarens uppgift kan påvisas med utdrag ur förmynderskapsregistret.

En minderårig patient kan med beaktande av ålder och utveckling vara förmögen att själv besluta om sin vård (7 § och 9 § i patientlagen). Om en minderårig patient bedöms vara förmögen att besluta om sin vård, ges informationen till patienten själv. Läs mer i [Dokumentation av en minderårigs beslutsförmåga och utlämning av uppgifter till vårdnadshavarna](#).

Om en minderårig anses vara förmögen att besluta om sin vård, kan han eller hon själv ge tillstånd till att de egna patientuppgifterna får lämnas ut och meddela samtycken (mellan social- och hälso- och sjukvården och gränsöverskridande recept) personligen till den som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster. En minderårig som anses vara förmögen att själv besluta om sin vård kan således förbjuda att uppgifter som gäller honom eller henne själv lämnas ut, läs mer i [Minderåriga och Kanta-tjänsterna – verksamhetsmodeller för hälso- och sjukvården och apoteken](#).

Om en minderårig patients fränskilda föräldrar har gemensam vårdnad om den minderåriga räcker det att den ena föräldern ger tillstånd för utlämnande och meddelar samtycke (mellan social- och hälso- och sjukvården och gränsöverskridande recept) ifall den minderåriga inte själv är förmögen att besluta om sin vård.

Om information för en minderårigs del har getts vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare, ska den minderåriga informeras på nytt senast då han eller hon fyller 18 år. Informationen kan ges på nytt redan tidigare, då den minderåriga anses vara förmögen att besluta om sin vård.

Inom hälso- och sjukvården har publicerats separata anvisningar som stöd för bedömningen av en minderårig persons självständiga beslutsförmåga. [Ta del av anvisningarna här](#).

## 5.2 Patientens vårdnadshavare eller lagliga företrädare

Med laglig företrädare avses patientens vårdnadshavare eller patientens intressebevakare, som har till uppgift att sköta ärenden som gäller patientens hälsa. En intressebevakare som förordnats att sköta enbart huvudmannens ekonomiska angelägenheter har inte rätt att ge tillstånd till utlämnande av uppgifter (mellan social- och hälso- och sjukvården och gränsöverskridande recept) eller meddela förbud på patientens vägnar. Patientens intressebevakare och intressebevakarens uppgift kan påvisas med ett utdrag ur förmynderskapsregistret.

Om en person som inte är förmögen att fatta beslut om sin vård själv inte tidigare har förbjudit att patientuppgifter lämnas ut, kan den lagliga företrädaren eller den som uträttar ärenden på patientens vägnar med fullmakt meddela förbud, om det anses representera patientens vilja. Den lagliga företrädaren kan återkalla ett förbud som patienten tidigare gett. Det kan anses möjligt att återkalla ett förbud om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående på det sätt som avses i 6 § i patientlagen kan utreda att det motsvarar patientens vilja att förbudet återkallas. Den lagliga företrädaren har inte heller rätt att återkalla ett tillstånd för utlämnande eller samtycken som patienten meddelat tidigare.

I enlighet med 9 § 4 mom. i patientlagen har en minderårig patients vårdnadshavare inte rätt att förbjuda sådan vård som behövs för avvärjande av fara som hotar patientens liv eller hälsa. Eftersom journalhandlingarna kan innehålla information som nödvändig med tanke på den minderårigas liv eller hälsa, har det ansetts att föräldrarna inte får förbjuda utlämnande av uppgifter om barnet via Kanta-tjänsterna genom att meddela förbud mot utlämnande av uppgifter på Mina Kanta-sidor. Vårdnadshavaren kan förbjuda utlämnande av en minderårigs patientuppgifter efter att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården först bedömt den minderårigas mognad vad gäller att själv besluta om sina egna angelägenheter. Den yrkesutbildade bedömer också innehållet i patientuppgifterna, så att förbudet inte omfattar patientuppgifter som äventyrar vården av den minderåriga. Eventuella förbud som vårdnadshavarna har meddelat påverkar inte nödsökningar. Således ska man inom hälso- och sjukvården **alltid registrera en nödsökning som tillåten** när vårdnadshavaren meddelar ett förbud mot utlämnande för den minderårigas räkning.

**Mer precisa verksamhetsmodeller för vårdnadshavarnas förbud publiceras senare.**

## 5.3 Omhändertagande och placering i vård utom hemmet

När ett minderårigt barn omhändertas eller placeras i vård utom hemmet förblir barnets föräldrar förmyndare, om inte något annat har överenskommit genom ett fastställt avtal eller bestämts genom domstolens beslut. Uppgifterna om förmyndarskap i befolkningsdatasystemet hittas via patientdatasystemet. En förälder i den familj där barnet är placerat som inte är barnets vårdnadshavare kan inte meddela förbud mot utlämnande eller ge tillstånd för utlämnande eller samtycken (mellan social- och hälso- och sjukvården och gränsöverskridande recept) på barnets vägnar.

## 5.4 En fullvuxen som inte förmår besluta om sin vård och som saknar laglig företrädare

När det gäller fullvuxna som inte är förmögna att besluta om sin vård ska man beakta 6 § i patientlagen, med stöd av vilken en sådan persons vård ska ordnas på det sätt som bäst motsvarar patientens vilja. För att utreda patientens vilja ska man höra patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående. Om det inte går att få reda på patientens förmodade vilja, ska patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenlig med hans eller hennes bästa.

En person som inte förstår innebörden av ett tillstånd för utlämnande, ett samtycke eller ett förbud kan inte meddela ett giltigt samtycke eller förbud. Om en sådan person inte har någon laglig företrädare finns det ingen som kan meddela tillstånd för utlämnande, samtycke (mellan social- och hälso- och sjukvården och gränsöverskridande recept) eller förbud på hans eller hennes vägnar. I sista hand blir det aktuellt att förordna en intressebevakare för patienten i ärenden som gäller patientens hälsa.

Föråldrad



## 6 Upprättande av journalhandlingar och lagring i arkivet

I detta kapitel behandlas sådana principer för hantering av journalhandlingar som är centrala för användningen av Patientdataarkivet. Varje verksamhetsenhet och yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska säkerställa att principerna fungerar. I de patientdatasystemspecifika bruksanvisningarna beskrivs på vilket sätt de erforderliga funktionerna genomförs i patientdatasystemen.

Bestämmelser om hanteringen av journalhandlingar ingår i flera olika lagar. Närmare anvisningar om hanteringen av handlingar och patientregister ingår i bland annat Social- och hälsovårdsministeriets handbok om journalhandlingar.

### 6.1 Patientregister

Enligt handboken om journalhandlingar (2012) finns patientuppgifter både i journalhandlingar som dokumenterar vård och undersökning av patienten och i patientförvaltningens handlingar. Handlingar som ansluter sig till patientförvaltningen eller utveckling av verksamheten är inte journalhandlingar.

Patientjournalen samt andra journalhandlingar som hänför sig till undersökningar som patienten genomgått och patientens vård ska lagras patientspecifikt, antingen i ett patientregister som upprätthålls av tjänsteleverantören, om denna med stöd av lag eller ett avtal som ingåtts med patienten ansvarar för att ordna vården, eller i ett separat patientregister för köpta tjänster. Syftet med patientregistret är att upprätthålla patienternas hälsa samt att planera, genomföra och följa vården.

### 6.2 Registerföring inom den privata hälso- och sjukvården

Inom den privata hälso- och sjukvården kan personuppgiftsansvarig vara endast en sådan tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster eller självständig yrkesutövare som har av Valvira beviljat tillstånd. Inom företagshälsovården är den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som ansvarar för produktionen av företagshälsovårdstjänster personuppgiftsansvarig.

Varje tillhandahållare av privat hälso- och sjukvård är personuppgiftsansvarig för de egna journalhandlingarna. Personuppgiftsansvariga är också företag och yrkesutövare som är verksamma i läkarstationers lokaler, läkarstationer samt företag och yrkesutövare som verkar självständigt i egna lokaler.

Uppgifter om privata aktörer förs inte alls in i registret över personuppgiftsansvariga. Som uppgift om personuppgiftsansvarig för handlingar och meddelanden används för privata aktörers del uppgiften om tjänsteleverantör (i SOTE-organisationsregistret *Sektor 2 Privat tillhandahållare av tjänster* eller kodtjänstens *Självständiga yrkesutövare aktör inom hälso- och sjukvården*).

*Exempelvis inom ett stort hälsotjänstföretag kan det finnas tre slags tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster i samma lokaler: företagets egen personal, ett läkartjänst- eller motsvarande företag samt en*

*enskild yrkesutövare. Företaget är personuppgiftsansvarig när tjänsterna produceras av den egna personalen. Läkartjänst- eller motsvarande företag eller självständiga yrkesutövare som verkar för hälsotjänstföretagets räkning är personuppgiftsansvariga i fråga om de egna besöken, trots att de i allmänhet använder företagets patientdatasystem.*

### **6.3 Anteckningar i journalhandlingar**

Uppgifter om patientens vård antecknas i den elektroniska patientjournalen i patientdatasystemen. Patientjournalen är en patientspecifik dokumenthelhet, som innehåller uppgifter om patientens sjukdomar och behandlingen av dem. Varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården och yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utövar sitt yrke självständigt ska över varje patient upprätta en patientjournal i fortlöpande och kronologisk form. Patientjournalen ska innehålla basuppgifter om patienten och i den ska anteckningar göras om varje servicehändelse som berör patienten. Av dessa uppgifter ska framgå de olika faserna i vården och centrala uppgifter om vården.

I journalhandlingarna ska det antecknas tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för trygghet av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga. När anteckningarna görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas. I bestämmelserna om upprättande av journalhandlingar (patientlagen och förordningen om journalhandlingar) beskrivs noggrannare vilka uppgifter som ska antecknas i journalhandlingarna. I personuppgiftslagens bestämmelser ställs dessutom kvalitativa krav på de uppgifter som registreras.

### **6.4 Godkännande och lagring av anteckningar**

I Patientdataarkivet införs journalhandlingar som patientdatasystemet sammanställer av användarens färdiga anteckningar. Halvfärdiga anteckningar och utkast ska godkännas innan de lagras i arkivet. Sådana är till exempel noteringar som studerande gjort eller utskrivna dikta. Utskrivna dikta ska godkännas för att de ska kunna arkiveras. Patientdatasystemen kan ha en egenskap som gör det möjligt att automatiskt godkänna dikta efter en tidsperiod som organisationen bestämt. I fråga om läroavtalsstuderande kan den person som ansvarar för handledningen av en studerande bedöma om den studerandes anteckningar behöver godkännas särskilt av en annan yrkesutbildad person.

Patientdatasystemet lagrar automatiskt godkända handlingar i Patientdataarkivet. Uppgifter i separata system (t.ex. laboratoriesystem, bilddiagnostiska system) arkiveras antingen direkt eller via patientdatasystemet. Systemet signerar handlingarna.

### **6.5 Lagring av anteckningar inom utsatt tid**

Enligt förordningen om journalhandlingar ska anteckningar i journalhandlingarna göras utan dröjsmål, senast inom fem dygn efter att patienten avlägsnar sig från mottagningen eller efter att servicehändelsen i övrigt avslutas. Dikta ska skrivas ut i läsbar form innan de lagras i arkivet.

En remiss ska sändas till platsen för fortsatt vård utan dröjsmål, även i icke-brådskande fall inom fem dygn efter att man konstaterat behovet att upprätta den. Även om remisser och svar i vården lagras i Patientdataarkivet sänds de vid behov till en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården via de nuvarande remiss-svar-systemen.

Det är skäl att beakta tidsgränserna enligt förordningen om journalhandlingar inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsprocesser, till exempel att diktamen skrivs ut och dessa handlingar godkänns inom tidsgränserna. Hälso- och sjukvårdsorganisationerna ska ge anvisningar om och övervaka att tidsgränserna iakttas.

Det rekommenderas att handlingarna lagras i Patientdataarkivet omedelbart efter att en anteckning gjorts, så att uppgifterna är tillgängliga i patientens följande vårdenhet. En sådan situation kan uppstå till exempel då patienten snabbt förflyttas till en plats för fortsatt vård, då förutom remissen även andra handlingar kan vara av betydelse för vården.

Överföring av patientjournalhandlingar till Patientdataarkivet förutsätter i regel inte signatur med aktivkort av en yrkesutbildad person. Handlingarna sparas i arkivet via systemcertifikatet, med undantag av intyg och utlåtanden, recept och andra handlingar som kräver en yrkesutbildad persons certifikatkort för elektronisk signatur och tillhörande PIN-kod. Man kan alltså lokalt ange en kombination med användarnamn/lösenord om organisationens patientdatasystem tillåter detta.

## 6.6 Handlingar som syns med fördröjning på Mina Kanta-sidor

I allmänhet ser medborgarna en handling på Mina Kanta-sidor genast då handlingen har lagrats i Patientdataarkivet. I specialsituationer kan dock en handling synas med fördröjning på Mina Kanta-sidor, om det till exempel är nödvändigt att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården diskuterar personligen med patienten innan handlingen visas. Då antecknas i handlingen det datum från och med vilket handlingen syns på Mina Kanta-sidor. Möjligheten till fördröjning gäller alla anteckningar, både text och till exempel laboratorieresultat. Det finns inte några landsomfattande enhetliga regler för fördröjning, utan varje organisation meddelar anvisningar om fördröjningspraxis i enlighet med sina egna processer. I patientdatasystemen kan fördröjning genomföras med organisationsspecifika regler. Organisationen kan till exempel komma överens om att vissa laboratorieresultat visas med en viss fördröjning. Närmare anvisningar om fördröjning ingår i de systemspecifika anvisningarna.

En yrkesutbildad person bedömer från fall till fall fördröjningens längd. I specialsituationer kan visningen av en handling fördröjas permanent, varvid medborgaren inte kan se den på Mina Kanta-sidor. Handlingar som ska fördröjas permanent är handlingar som man bedömer att äventyrar patientens hälsa eller vård, eller någon annans rättigheter.

## 6.7 Rättelse av felaktiga anteckningar

Om journalhandlingar innehåller felaktiga eller onödiga uppgifter, ska de felaktiga eller onödiga uppgifterna rättas, strykas eller kompletteras utan onödigt dröjsmål på eget initiativ eller patientens motiverade

yrkande. Rättelser av journalhandlingar på grund av tekniska fel, såsom skrivfel, eller på grund av patientens yrkande kan göras på samma sätt som innan Patientdataarkivet infördes.

Felaktiga servicehändelser ska makuleras, liksom uppgifter som registrerats för fel patient. Först ska de felaktiga registreringarna strykas och därefter servicehändelsen. Servicehändelsen stryks först då handlingarna har upprättats för rätt person. Innan servicehändelsen stryks måste man försäkra sig om vilka handlingar som är knutna till den (t.ex. begäran om undersökning, remiss, tidsbokning). Se också kap. 7.2 Knytande av en handling till en servicehändelse. På så vis ser patienten inte längre de felaktiga uppgifterna på Mina Kanta-sidor, och de uppdaterade uppgifterna syns på korrekt sätt.

För rättelse och makulering av en handling svarar den tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster som har producerat handlingen. Utgångspunkten är att rättelsen görs av den person som gjort den ursprungliga anteckningen. Om detta inte är möjligt till exempel för att han eller hon inte längre är anställd hos verksamhetsenheten, görs nödvändiga ändringar av den person som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten eller en av denna skriftligen befullmäktigad person. Rättelser ska göras så att den ursprungliga och den rättade anteckningen går att läsa senare.

Patientdatasystemet och Patientdataarkivet sköter lagringen av den rättade handlingen och versionsuppdateringen så att följande användare ser den senaste, rättade versionen av handlingen. I arkivet överförs den gamla versionen av handlingen till bakgrundsarkivet, där arkivarien vid behov kan söka efter den.

## 6.8 Tillfällig identifikationskod för en patient

I Patientdataarkivet införs även sådana patienters journalhandlingar som saknar personbeteckning och som har en tillfällig identifikationskod. En tillfällig identifikationskod är alltid organisations- och systemspecifik, så uppgifter kan inte utlämnas ur arkivet till andra organisationer. Uppgifterna ska ändå föras in i arkivet med tanke på långtidsarkivering.

Handlingar med en tillfällig identifikationskod kan inte arkiveras i Informationshanteringstjänsten. Sådana handlingar är informations-, samtyckes- och förbudsdokument och andra viljeyttringar samt hälso- och vårdplanen.

Då personen senare får en permanent personbeteckning, rättas uppgifterna om personen med den officiella personteckningen. På så vis blir de tidigare arkiverade handlingarna tillgängliga för eller kan överlåtas till även andra organisationer. Patientdatasystemet ser till att de rättade uppgifterna lagras i arkivet.

### 6.8.1 Anonyma patientanteckningar

I fråga om klienter som sköter ärenden anonymt lagras ingen journaltext i Patientdataarkivet. Anonyma statistikuppgifter kan registreras lokalt, om det finns behov av att få lokal statistik över prestationer på detta sätt till exempel för kommunfaktureringen.

## 6.9 Registrering av uppgifter som en annan person berättat om sig själv

Känsliga uppgifter som hänför sig till en patients vård och som en annan person berättat om sig själv ska separeras från patientens övriga patientjournal genom att de registreras separat från patientens uppgifter i patientdatasystemet. Av dessa anteckningar bildar patientdatasystemet ett separat dokument (ERAS-vyn), som alltid lagras i arkivet som en s.k. tilläggsvy. Till det separata dokumentet fogas uppgifter om registreringssituationens servicehändelse och huvudvy, varvid dokumentet kan visas för yrkesutbildade personer i rätt sammanhang. Anteckningarna i det separata dokumentet visas inte för patienten eller för den andra personen via Mina Kanta-sidor, och de utlämnas inte heller annars till patienten. Den person vars uppgifter det är fråga om har rätt att granska de separata dokumenten.

## 6.10 Registrering och användning av uppgifter om en avliden patient

Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar hör medicinska undersökningar av dödsorsak till journalhandlingarna. De uppgifter som uppkommit vid en obduktion ska således arkiveras. Patientuppgifter om en avliden person under dennes livstid får utnyttjas i samband med utredandet av dödsorsaken.

Man bör emellertid lägga märke till att patientuppgifterna i lagstiftningen indelas i uppgifter som samlats under livstiden och uppgifter som uppkommit i samband med utredande av dödsorsaken. Det är inte en fungerande lösning att knyta uppgifter som uppkommit vid obduktion till den sista servicehändelsen (uppgifter som samlats under livstiden). Det är också möjligt att en avliden som obduceras inte har någon föregående vårdrelation till organisationen i fråga. Sålunda finns det ingen tidigare servicehändelse. Det klaraste sättet är att anteckna uppgifter som uppkommit i samband med en obduktion (utredande av dödsorsaken) som en separat servicehändelse.

Det bör påpekas att uppgifter som uppkommit vid en rättsmedicinsk obduktion inte är uppgifter i patientregistret. *”Polisen ansvarar för det rättsmedicinska utredandet av dödsorsak, och de handlingar som härvid uppkommer är inte journalhandlingar”*. Dessa uppgifter ska alltså arkiveras i ett separat register (patientförvaltningens register), och de lagras inte i Patientdataarkivet.

Man har inte tillstånd att söka efter uppgifter om en person i patientdatasystemen efter att personen avlidit. [I lagen om utredande av dödsorsak](#) finns anvisningar om principerna för utlämnande av uppgifter om en avliden person som uppkommit under dennes livstid.

Patientuppgifter som gäller vård under en avliden persons livstid är sekretessbelagda på samma sätt som patientuppgifter som gäller en levande person. Integritetsskyddet upphör inte vid patientens död och därför upphör inte heller sekretessen. I undantagsfall kan uppgifter av motiverade skäl fås av en part, till exempel för att bedöma ett misstänkt vårdfel. Även i dessa fall skickas uppgifterna i regel direkt till den myndighet som behandlar ärendet, till exempel vid misstanke om vårdfel till Patientförsäkringscentralen. Uppgifter får lämnas ut endast i den mån de är nödvändiga för att utreda eller tillgodose viktiga intressen eller rättigheter hos den person som begär uppgifterna. Den som begär uppgifter har inte rätt att utan begränsningar få se den avlidnes patientjournaler. Begäran om att få den avlidnes patientuppgifter ska riktas till den tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster som har producerat uppgifterna i fråga.

När Kanta-tjänsterna fortsätter att utvecklas kommer uppgifterna om avlidna personer att överföras till det s.k. arkivet för passiva uppgifter, och därifrån kan de lämnas ut inom ramarna för lagstiftningen.

Föråldrad

## 7 Servicehändelse

Med servicehändelse avses en enskild tjänst som ordnas eller tillhandahålls mellan en tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster och en patient. Uppgifter som hänför sig till servicehändelsen (servicehändelsehandling och servicehändelsens kod) bildas tekniskt i patientdatasystemet då en patient tar kontakt till exempel genom att boka tid eller besöka jourmottagningen. I praktiken börjar servicehändelsen då patienten kommer till mottagningen eller skrivs in på avdelningen. Servicehändelsen avslutas då patienten lämnar mottagningen eller skrivs ut från avdelningen.

En servicehändelse kan vara

- Ett besök på mottagningen inom öppenvården eller en motsvarande händelse
- En behandlingsserie som genomförs av en bestämd orsak (seriebesök)
- En period av vård på avdelning

Under samma servicehändelse antecknas alla undersökningar, åtgärder och andra anteckningar som tidsmässigt hänför sig till den. Till servicehändelsen fogas också till exempel de handlingar som blir färdiga efter besöket, såsom laboratorieresultat som blir klara senare.

En handling som gäller en servicehändelse är i kraft tre månader efter att servicehändelsen avslutats eller om det inte finns någon slutdag, tre månader efter att den aktiva användningen av servicehändelsen har upphört. Sålunda påverkar servicehändelsens starttid inte vårdrelationens giltighetstid. I fortsättningen behöver servicehändelsen inte längre förnyas med 12 månaders mellanrum. Ändringen underlättar till exempel upprätthållandet av långvariga vårdrelationer inom hemvården.

### 7.1 Knytande av en handling till en servicehändelse

Varje handling ska knytas till någon servicehändelse för att patienten om han eller hon så vill ska ha möjlighet att förbjuda att handlingar om en specifik servicehändelse utlämnas.

Patientdatasystemet sluter sig automatiskt till vilken servicehändelse en handling jämte anteckningar hör. I vissa situationer drar systemet fel slutsats eller så saknas uppgifter och då måste användaren antingen välja en tidigare servicehändelse eller skapa en ny servicehändelse beroende på sammanhanget. Exempelvis receptförnyelse är alltid en egen servicehändelse, om förnyelsen inte sker till exempel i samband med ett besök.

I en servicehändelse kan också ingå kontakter **per telefon** eller i form av **elektronisk kommunikation**. Exempelvis om en patient frågar om laboratorieresultat per telefon, hör samtalet till samma servicehändelse som laboratorieprovet. Om en vårdbedömning görs per telefon är det oftast fråga om en ny servicehändelse.

I en servicehändelse kan det ingå flera **tidsbokningar**. Om tid till polikliniken bokas för en patient och till samma bokning kopplas bokningar till röntgen, laboratoriet och näringsterapeuten, är det fråga om samma servicehändelse. På motsvarande sätt kan flera olika tidsbokningar göras för samma patient så att alla utgör separata servicehändelser. Under poliklinikbesöket fattas ett operationsbeslut och en tid för efterkontroll

efter operationen bokas samtidigt, så poliklinikbesöket, operationen och efterkontrollen är separata servicehändelser.

Under en patients **avdelningsperiod** kan till servicehändelsen hänföra sig även anteckningar gjorda av sådana personer som arbetar i andra sjukhusenheter än på den aktuella avdelningen, exempelvis sjukhusets socialarbetare besöker patienten på avdelningen. Uppgifterna om besöket hör till avdelningsperiodens servicehändelse då besöket hänför sig till orsaken till att patienten är på avdelningen. Om orsaken till besöket är någon annan är det en separat servicehändelse.

Då en patient flyttas från **jouren** till avdelningen (inom samma verksamhetsenhet), fortsätter den servicehändelse som började på jouren även under avdelningsperioden.

Vid behandlingen av vissa sjukdomar används ofta s.k. långtidsremisser. Patienten gör flera laboratoriebesök och resultaten av dem meddelas, men egentliga besök på mottagningen förekommer sällan. Då hänför sig laboratorieundersökningarna och kontakter i anslutning till svaren på dem till det besök då laboratorieremissen/långtidsremissen ursprungligen upprättades. Alla kontakter utgör alltså inte nya servicehändelser. Det rekommenderas att långtidsremissen uppdateras årligen och att det samtidigt skapas en ny servicehändelse. Då hänför sig inte en stor mängd uppgifter från en lång tid till det besök då långtidsremissen gjordes upp.

## 7.2 Särdrag hos privata tjänsteproducenters anteckningar

De journalhandlingar som ska arkiveras kopplas till en servicehändelse som finns lagrad i den privata tjänsteproducentens register. Arkiveringen av journalhandlingar i en hyresgästs register förutsätter att det finns en servicehändelse i hyresgästens register. Den som gör anteckningen ska koppla vårduppgifterna till rätt servicehändelse, om patientdatasystemet inte sluter sig till det direkt.

I en servicehändelse kan flera aktörer delta, såsom ett läkartjänstföretag eller en yrkesutövare samt läkarstationens egen personal. Denna verksamhet jämföras med anskaffning från underleverantörer i servicehändelsen. Arkivering i den för vården ansvarige personuppgiftsansvariges register förutsätter inte Kanta-tjänsternas fullmakt för köpta tjänster, eftersom det är fråga om läkarstationens interna verksamhet.

*Exempelvis i samband med dagkirurgiska åtgärder antecknas patientuppgifterna av anestesiläkaren och kirurgen (är yrkesutövare hos läkarstationen) samt läkarstationens operationssalspersonal. Åtgärden bildar en servicehändelse i läkarstationens register (huvudansvarig aktör). Varje deltagande aktör knyter åtgärdens patientanteckningar till denna servicehändelse.*

Vid laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar, där undersökningen har en sv-kod, bildas en servicehändelse, även om flera olika tidsbokningar hänför sig till undersökningen.

*Exempelvis vid hudtester som ingår i allergiundersökningar bokas en separat tid till allergikötaren för testet och en tid till läkaren för tolkning av testresultatet. Som en laboratorieundersökning med sv-kod bildas dock endast en servicehändelse. Om begäran om undersökning har framställts under ett besök på mottagningen hos den läkarstation som utför undersökningen, kopplas undersökningen till denna servicehändelse.*

Undersökningar, såsom laboratorium och bilddiagnostik, hör i regel till den servicehändelse då begäran om undersökning har framställts. Begäran om undersökning och svar arkiveras i registret för den som framställt begäran.



En patient kan på samma gång besöka flera olika yrkesutövares mottagningar. Ifall besöken **bokas separat** handlar det om självständiga servicehändelser. Patientanteckningarna lagras särskilt för varje servicehändelse i respektive yrkesutövares eller läkarstations eget register. Dylka situationer är till exempel tandläkarens och munhygienistens mottagningar.

Vid konsultation arkiveras begäran om konsultation och svaret separat i registret hos såväl den som framställt begäran som den som svarat. Samma verksamhetsmodell används vid arkiveringen av remisser och svar.

Vid privat sjukhusverksamhet bildar en vårdperiod eller ett poliklinikbesök en servicehändelse, där anteckningarna arkiveras i registret för den tjänsteproducent som **ansvarar för servicehändelsen**.

Anteckningarna i den huvudansvariga aktörens register finns tillgängliga för dem som deltar i vården av patienten, om patienten har samtyckt till gemensam användning av uppgifterna inom läkarstationen. Patientuppgifter som inte berörs av förbud finns tillgängliga i Patientdataarkivet för andra hälso- och sjukvårdsorganisationer på grund av patientens samtycke.

Föråldrad

## 8 Strukturerad dokumentation

Patientuppgifter arkiveras i Patientdataarkivet enligt servicehändelse och personuppgiftsansvarig. För att uppgifterna i Patientdataarkivet ska kunna utnyttjas inom hälso- och sjukvården måste den information som lagras i arkivet vara enhetlig. Enhetligt dokumenterade patientuppgifter gör att uppgifterna kan användas och utnyttjas i större utsträckning för olika ändamål och minskar flerfaldig dokumentation eller behovet av att kopiera uppgifter flera gånger. Med hjälp av Informationshanteringstjänsten kan centrala strukturerade vårduppgifter också sammanställas och underhållas patientcentrerat i framtiden. Enhetlig, strukturerad information främjar dessutom utvecklingen av sökfunktioner.

Klassifikationer, terminologier och kodverk som hänför sig till den strukturerade patientjournalen offentliggörs och upprätthålls på [THL:s kodtjänstserver](#). De strukturerade uppgifterna är till centrala delar desamma i såväl primärvårdens som den specialiserade sjukvårdens patientdatasystem. Datainnehållet är också detsamma hos offentliga och privata tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster. Patientjournalen är avsedd för omfattande multiprofessionell användning och den ska betjäna olika yrkesgruppers behov.

Anteckningarna i en elektronisk patientjournal grupperas i sakhelheter med hjälp av vyer och tilläggsvyer. Dessutom struktureras anteckningarna med hjälp av vårdprocessens faser och rubriker. Centrala patientuppgifter registreras som strukturerade uppgifter eller fritt formulerad text, eller som en kombination av dessa.

Principerna och de närmare tillvägagångssätten vid strukturerad dokumentation beskrivs i THL:s handledning: [Handbok för dokumentation inom hälso- och sjukvården](#).

Utöver den aktuella allmänna handboken publiceras närmare anvisningar om dokumentation för enskilda specialiteter, serviceområden och yrkeskategorier. Publikationerna läggs ut i elektronisk form i den takt som avsnitten blir klara. För att ett avsnitt ska vara klart förutsätts att datainnehållet har specificerats (och publicerats på kodservern), varefter dokumentationsanvisningen utarbetas och publiceras. Under 2020–2021 har det publicerats nya handböcker för dokumentation inom bland annat företagshälsovården, mun- och tandvården, barnrådgivningen och skolhälsovården, studerandehälsovården och 116117 Jourhjälp.

Mer information om alla publikationer finns i [THL:s dokumentationsanvisningar för hälso- och sjukvården](#).

Patientdatasystemens egna anvisningar styr för egen del en nationellt enhetlig, strukturerad dokumentation. Med deras hjälp anger organisationerna riktlinjerna för sin slutliga dokumentationspraxis. Varje registrator ansvarar i sista hand själv om de anteckningar som han eller hon gör i en journalhandling.

## 9 Hälsa- och vårdplan och viljeyttringar

### 9.1 Hälsa- och vårdplan

I Informationshanteringstjänsten sparas en hälsa- och vårdplan (YHOS) som upprätthålls kontinuerligt och med vars hjälp man försöker utveckla i synnerhet öppenvården av långtidssjuka och patienter med flera sjukdomar. Målet är att i samma hälsa- och vårdplan beskriva de planer som gäller patientens hälsoproblem oberoende av i vilken verksamhetsenhet eller för vilken sjukdom de har utarbetats. Detta gör det möjligt att ordna och bedöma patientens vård som en helhet. En hälsa- och vårdplan som ska upprätthållas utarbetas inte för alla patienter, utan endast för sådana som bedöms ha nytta av en gemensam plan.

Närmare anvisningar om målen och principerna för hälsa- och vårdplanen samt ifyllandet av den ingår i [Handbok för dokumentation inom hälsa- och sjukvården](#), kapitel 18 Hälsa- och vårdplan (tillfälligt endast på finska).

Planen ingår alltid i den tjänsteleverantörs register som har uppdaterat planen senast. Patientens förbud mot utlämnande av uppgifter inverkar dock på möjligheterna att utnyttja planen: om patienten har förbjudit att uppgifter som finns hos den tjänsteleverantör som uppdaterat planen, i ett register eller om en servicehändelse utlämnas till andra verksamhetsenheter, ser andra inte denna version av planen, utan för uppdatering kommer den senaste version som inte berörs av förbud.

### 9.2 Viljeyttringar

Ett livstestamente är en persons viljeförklaring om sin egen vård, om personen till följd av en allvarlig sjukdom, en olycka eller ålderdomssvaghet förlorar sin rättsliga handlingsförmåga. I en viljeyttring som gäller organdonationer meddelar patienten om han eller hon överlämnar sina organ och vävnader för organtransplantation efter döden för vården av en annan människa. Det har inte angetts några absoluta formkrav för livstestetet, dvs. det går inte att begränsa livstestetets innehåll eller längd. Patienten har rätt att formulera livstestetet på det sätt han eller hon vill som fri text eller med hjälp av färdiga blanketter. Patienten kan även återkalla eller ändra viljeyttringen när som helst. Registrering av en viljeyttring i en enhet inom hälsa- och sjukvården förutsätter inte nödvändigtvis en vårdrelation utan medborgaren kan begära att hans eller hennes viljeyttring ska registreras när som helst och vid vilken verksamhetsenhet som helst – även utanför det egna sjukvårdsdistriktet. Viljeyttringen kan alltså registreras vid en verksamhetsenhet även av en person som inte deltar i patientens vård. Den ändrade viljeyttringshandlingen skrivs ut till patienten.

Patientens viljeyttringar, dvs. livstestamente (TAH) och donationsvilja (ELIN) upprätthålls i viljeyttringstjänsten. Medborgaren kan lämna in ett livstestamente personligen till hälsa- och sjukvården eller spara livstestetet elektroniskt på Mina Kanta-sidor. Livstestetet kan inte skickas per post, utan det ska lämnas in personligen för att hälsa- och sjukvården ska kunna försäkra sig om kundens identitet. Av tvingande skäl, till exempel om medborgaren inte använder elektroniska tjänster och inte själv vill/kan utträta ärenden inom hälsa- och sjukvården (t.ex. har äldre personers rörlighet på grund av pandemin

begränsats genom statsmaktens rekommendationer), ska det vara möjligt att utträta ärenden på någon annans vägnar med fullmakt. De yrkesutbildade vid hälso- och sjukvårdens verksamhetsställe ska känna till organisationens förfaringssätt i fråga om att ta emot ett livstestamente.

De yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården får tillgång till den senaste viljeyttringen via viljeyttringstjänsten. I viljeyttringstjänsten uppdaterar en ny *Livstestamentesanteckning* alltid en tidigare anteckning.

Verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården har tillgång till uppgifter om viljeyttringar utan medborgarens särskilda samtycke. För att få läsa viljeyttringar förutsätts dock en vårdrelation till patienten.

När viljeyttringar som sparats i viljeyttringstjänsten tas i bruk, måste även tidigare viljeyttringar beaktas. Dessa viljeyttringar har inte lagrats i Informationshanteringstjänsten. Om ett livstestamente inte kan registreras som sådant, ska bland Informationshanteringstjänstens riskuppgifter lagras åtminstone uppgift om att ett livstestamente har upprättats och var det finns samt enhetens kontaktuppgifter. ”Livstestamente på papper hos Mämmilä hälsocentral, tfn 123456” eller ”Livstestamente på papper hos patienten”. Det är inte möjligt att laga skannade bifogade filer till ett livstestamente i viljeyttringstjänsten.

Vårdnadshavarens (eller någon annan laglig företrädares) åsikt om en minderårig (eller i 6 § 2 mom. i patientlagen avsedd) patients vård kan också registreras i livstestamentet i viljeyttringstjänsten. Då ska det emellertid antecknas tydligt i livstestamentet att det inte är fråga om patientens egen vilja utan om vårdnadshavarens åsikt. Dessutom måste man beakta begränsningen i 7 § i patientlagen, att vårdnadshavaren inte har rätt att begränsa sådan vård som behövs för avvärjande av fara som hotar patientens liv eller hälsa. Livstestamentet får alltid det datum då det har upprättats (inte lagringsdatum, om det skiljer sig från datum för upprättandet).

En minderårig kan inte göra ett skriftligt livstestamente, utan endast uttrycka sin åsikt om vården. En minderårig persons rättsliga handlingsförmåga kan inte granskas på samma sätt som en myndig persons. Även 7 § i patientlagen grundar sig på denna tanke: i princip är ett barn inte självbestämmande, men man kan avvika från detta om åldern och utvecklingsnivån tillåter det. I bakgrunden finns tanken om att ett barn har rätt att få skydd och att avgöranden ska utgå från barnets bästa. När man fattar beslut om barnets vård här och nu är detta skyddsperspektiv och barnets rätt till liv och utveckling avgörande. Inom hälso- och sjukvården ska beslut fattas *genom att man vid varje enskilt tillfälle utreder barnets vilja och förmåga att bestämma om sin vård och så att den önskan som uttryckts tidigare inte ges någon vikt.*

Närmare anvisningar om registrering av en patients viljeyttringar ingår [Handbok för dokumentation inom hälso- och sjukvården](#), kapitel 19 Viljeyttringar (tillfälligt endast på finska).

# 10 Att söka efter och läsa journalhandlingar

I detta kapitel beskrivs vissa funktioner i anslutning till sökande efter och läsande av patientuppgifter som finns i Patientdataarkivet.

## 10.1 Att söka efter och läsa uppgifter

Man kan söka efter dokument i Patientdataarkivet antingen för verksamhetsenhetens eget bruk, eller i en annan verksamhetsenhetens register. Om man söker efter uppgifter för eget bruk, är uppgifterna tillgängliga på samma sätt som i det egna patientdatasystemet.

Det handlar om **utlämnande av handlingar** då man i Patientdataarkivet söker efter dokument som har producerats av en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, eller då man söker efter dokument i samma tjänsteleverantörs olika register. Exempelvis den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården är separata register. Likaså är en självständig yrkesutövare som är verksam i en läkarstations lokaler inom den privata hälso- och sjukvården alltid en separat personuppgiftsansvarig. (se närmare kapitlet 4, 6.3 och 7.2).

Enligt 9 § i hälso- och sjukvårdslagen förutsätter utlämnande av patientuppgifter inom samma sjukvårdsdistrikt att patienten har informerats och att patienten inte har förbjudit användning av uppgifterna. Utlämnande från andra sjukvårdsdistrikt, eller mellan en offentlig och en privat verksamhetsenhet inom samma sjukvårdsdistrikt, förutsätter att patienten samtyckt till utlämnandet. Inverkan av information, samtycke och förbud på utlämnande av uppgifter beskrivs mera ingående i kapitel 3–5 samt i kapitel 11.

I patientdatasystemet kan man begränsa sökningen till de dokument som är av betydelse med tanke på patientens vård.

## 10.2 Verifiering av vårdrelation

Sökning av uppgifter i Patientdataarkivet förutsätter alltid en vårdrelation eller någon annat sakligt samband med patienten. I praktiken innebär detta att patienten ska ha en gällande servicehändelse i datasystemet. Vårdrelationen kontrolleras automatiskt i patientdatasystemet. Om det inte finns någon vårdrelation, ska granskningen av uppgifterna motiveras särskilt. I klassificeringen ska man använda den nationella klassificeringen av orsakskoder som publicerats i Kodtjänsten och dessutom ska användarens förklaring anges i fältet ”annan orsak”. Målet är att förebygga oegentligheter och underlätta loggövervakningen.

När det inte finns någon gällande vårdrelation, till exempel vid bedömning av vårdbehovet per telefon, produceras automatiskt koden för särskild orsak enligt användarens roll eller uppgift i patientdatasystemet.

Även utskrivning av diktamen förutsätter ofta att en särskild orsak uppges (vårdrelationen kan inte säkerställas med stöd av uppgifterna om tjänstenhet). Som orsakskod kan användas till exempel

Dokument- och arkivförvaltningsuppgifter eller Annan orsak, i enlighet med den praxis organisationen kommit överens om. Användningen av särskild orsak som grund för utlämnande av uppgifter underlättar övervakningen av hur uppgifter används inom organisationen.

### 10.3 Sammanställningar av centrala vårduppgifter

Det är möjligt att bilda sammanställningar av centrala hälsouppgifter.

Det produceras sammanställningar av riskuppgifter, diagnoser, laboratorieresultat, genomförda åtgärder, vaccinationer, fysiologiska mätningar samt begäranden och utlåtanden om bilddiagnostik. Med hjälp av sammanställningarna får den yrkesutbildade personen snabbt en helhetsbild av patientens situation. Av de centrala vårduppgifterna består riskuppgifterna, diagnoserna och vaccinationsuppgifterna av alla anteckningar som registrerats i patientdataarkivet. Övriga centrala vårduppgifter samlas i sammanställningarna efter att de har registrerats med 2016 års version av Kanta-specifikationshelheten.

Centrala strukturerade uppgifter är:

- 1) åtgärder och bilddiagnostiska undersökningar som har antecknats enligt kodsystemet för åtgärderna,
- 2) vaccinationer,
- 3) laboratorieresultat,
- 4) viktiga resultat av fysiologiska mätningar som antecknats strukturerat enligt den kodtjänst som avses i 14 § i lagen om klientuppgifter,
- 5) diagnoser, (även orsaker till besök)
- 6) de uppgifter som avses i 13 § 1 mom. i förordningen om journalhandlingar (riskuppgifter), samt
- 7) en plan för undersökning, vård och rehabilitering eller någon annan motsvarande plan för patienten enligt 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992).

Informationshanteringstjänsten bildar sammanställningar av patientens centrala vårduppgifter som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården kan läsa via patientdatasystemet.

Med hjälp av sammanställningarna får en yrkesutbildad person snabbt en helhetsbild av patientens situation. Från sammanställningsvyn kan man plocka ut en anteckning som underlag för en ny anteckning. Sammanställningar kan synas på olika sätt i patientdatasystemen. Närmare anvisningar om sammanställningsvyernas innehåll och användning ingår i Handboken för strukturerad dokumentation.

Dessutom beskrivs innehållet i samt behandling och sammanställandet av centrala strukturerade uppgifter i publikationen [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - Versio 2021](https://www.julkari.fi/handle/10024/130318).<https://www.julkari.fi/handle/10024/130318> (tillfälligt endast på finska)

Information om sammanställningarna finns också i kapiteln om dokumentation av centrala hälsouppgifter i [Handboken för strukturerad dokumentation av patientuppgifter](#) (tillfälligt endast på finska).

## 10.4 Specialskyddade uppgifter

Patientuppgifter dokumenteras inom hälso- och sjukvården i de specialitetsspecifika vyerna i enlighet med förordningen om journalhandlingar (30.3.2009/298). I 6 § 2 mom. i förordningen förutsätts att det för att granska de patientuppgifter som antecknats i vyerna för psykiatri och medicinsk genetik krävs en separat begäran om bekräftelse när det inte är fråga om servicehändelser i anslutning till dessa specialområden. I praktiken ombeds alltså en användare som ska öppna en specialskyddad uppgift att bekräfta att han eller hon har för avsikt att söka uppgifterna i fråga.

Användningen av specialskyddade uppgifter antecknas alltid separat i användningslogguppgifterna (kravet på skydd gäller dock inte de medicineringsuppgifter och den kritiska riskinformation som eventuellt finns i uppgifterna). Logganteckningen som uppstår ska kunna separeras, dvs. i användningsloggen ska registreras information om att patientuppgifter som följs upp med ett krav på separat bekräftelse har granskats. Innan en användare ska öppna en specialskyddad uppgift ombeds användaren att bekräfta att han eller hon har för avsikt att söka uppgifterna i fråga. På vilket sätt nämnda logganteckning görs och hur den separeras från andra logganteckningar har inte fastställts nationellt. Det exakta sättet att uppfylla kravet är således datatypespecifikt.

Specialskyddet fungerar endast utifrån huvudvyn. Om psykiatri- (PSY) eller genetik- (GEN) vyn har definierats som tilläggsvy, existerar inget specialskydd.

För att läsa uppgifter i specialskyddade vyer och specialskyddade uppgifter i Informationshanteringstjänstens sammanställningsdokument krävs separat bekräftelse av användaren.

Verksamhetsenheterna kan själva ha bestämt att även andra uppgifter ska specialskyddas. I Patientdataarkivet är endast sådana uppgifter specialskyddade som nämns i förordningen. Om man anser att även andra uppgifter borde vara specialskyddade, ska man föreslå ändringar i förordningen om journalhandlingar.

Närmare anvisningar om specialskyddade uppgifters innehåll och användning ingår i [Handboken för strukturerad dokumentation av patientuppgifter](#), kapitel 5 Vyer (tillfälligt endast på finska).

# 11 Utlämnande och övervakning av handlingar

## 11.1 Utlämnande av journalhandlingar

När journalhandlingar lämnas ut till vilken som helst aktör utöver den personuppgiftsansvarige är det fråga om utlämnande. Ett meddelande om utlämnande (LILM) ska skapas varje gång en journalhandling lämnas ut. Vid utlämnande direkt via Patientdataarkivet samt vid utlämnande mellan olika organisationer inom ett gemensamt registerområde skapas automatiskt en logganteckning om utlämnande.

Medborgarna får läsa journalhandlingar som berör dem själva via Mina Kanta-sidor. Dessutom kan en medborgare begära att få sina handlingar från en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. När en handling begärs på detta sätt utlämnar varje verksamhetsenhet/personuppgiftsansvarig inom hälso- och sjukvården endast handlingar som ingår i det egna registret. Även då papperskopior utlämnas måste man beakta patientens förbud mot utlämnande av uppgifter. I situationer där papperskopior utlämnas kan förbud som patienten meddelat kontrolleras i viljetrytningstjänsten.

### 11.1.1 Lokalt utlämnande och patientuppgifter som lämnas ut till producenter av köpta tjänster

Utlämnande som inte omfattas av Kanta-tjänsternas automatiska meddelanden om utlämnande är utlämnande via det regionala patientdatasystemet, utskrivna papperskopior samt utskrifter till patienten själv, antingen på basis av en begäran om granskning eller till exempel när en epikris skickas. Ett meddelande om utlämnande behöver inte göras när personalen skriver ut uppgifter för den egna organisationens bruk, till exempel inom hemvården. En organisation inom social- och hälsovården ska skicka en handling som gäller ett meddelande om utlämnande som skapats manuellt i datasystemet till Patientdataarkivet.

I situationer där det är fråga om en köpt tjänst agerar producenten för anordnarens räkning och får rättigheter till de patientuppgifter som är nödvändiga för att producera tjänsten. En tjänst som produceras som en köpt tjänst kan således jämföras med anordnarens egen verksamhet. I fall där uppgifterna behövs i den personuppgiftsansvariges egen verksamhet kallas det användning av uppgifter, inte utlämnande. Det har dock fastställts att ett meddelande om utlämnande ska skapas gällande de patientuppgifter som levererats till producenten i samband med en köpt tjänst. Det är svårt för medborgarna att få grepp om lagstiftningen om registerföring. Om uppgifter om utlämnande saknas på Mina Kanta-sidor kan detta orsaka osäkerhet kring huruvida producenten har utnyttjat tidigare patientuppgifter när tjänsten producerades.

Vid utlämnande i form av utskrifter betonas hälso- och sjukvårdsorganisationens ansvar för att kontinuerligt utbilda personalen och förse den med uppdaterade anvisningar om enhetlig praxis. Skrivs uppgifterna ut för den egna organisationens bruk (inget meddelade om utlämnande) eller för en utomstående aktör, inkl.



patienten själv, varvid ett meddelande om utlämnande ska göras? Likaså ska man beakta eventuella förbud mot utlämnande som en medborgare har meddelat samt sekretessbelagda utlämningslogguppgifter. Om det finns behov av att fördröja en uppgift som medborgaren själv får om utlämnandet av en uppgift som berör honom eller henne, kan sekretesstiden fastställas som tidsbegränsad eller bestående.

Enligt verksamhetsmodellerna skapas vid överföring till Patientdataarkivet omfattande uppgifter om utlämnande av patientuppgifter.

### 11.1.2 Utlämnande av uppgifter till myndigheter eller utlämnande på basis av lagstadgad informationsskyldighet

Om patientuppgifter lämnas ut till andra myndigheter (bl.a. RFV eller polisen, mer information, Anvisning om informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och polisen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162049>), organisationer inom hälso- och sjukvården eller andra aktörer (bl.a. försäkringsbolag eller Fpa) som har rätt att få uppgifter ansvarar varje organisation för utlämnandet av uppgifter som finns i det egna registret. När patientuppgifter lämnas ut till myndigheter på utskriften ska en anteckning om meddelande om utlämnande göras i journalhandlingarna i enlighet med den nationella kodklassificeringen. För att en handling om utlämnande ska skapas ska den sparas i patientregistret, därifrån den sedan sparas i Kanta samt visas på Mina Kanta-sidor. Klagomål/anmärkningar och utredningar i anslutning till dem sparas i det patientadministrativa registret, men anteckningen om utlämnande av journalhandlingar sparas som bilaga i patientregistret. De nationella funktionella kraven vad gäller att upprätta ett meddelande om utlämnande vid utlämnanden till myndigheter grundar sig på tolkningen av kapitel 2.4 i SHM:s tillämpningsguide (2012), enligt vilken patientuppgifter i dessa situationer ska behandlas på samma sätt som vid utlämnande av patientuppgifter i andra situationer.

## 11.2 Loggövervakning

Enligt lagen om kunduppgifter: ”En tillhandahållare av tjänster skall för uppföljningen särskilt för varje klientregister samla in logguppgifter om all användning och om varje utlämnande av klientuppgifter i ett loggregister.”

Användningen av patientuppgifter som utlämnats från Patientdataarkivet följs med hjälp av loggövervakning i de lokala patientdatasystemen, på samma sätt som användningen av uppgifter som uppkommit inom den egna organisationen. Övervakningen genomförs i enlighet med organisationens plan för egenkontroll. Det är särskilt bra att följa användningen av dokument på grund av särskild orsak och specialskyddade dokument.

En särskild logg bildas över uppgifter som utlämnas från Patientdataarkivet. Den mottagande organisationen är skyldig att följa användningen av utlämnade uppgifter. Verksamhetsenheten ska också följa utlämnandet av patientuppgifter som uppkommer i dess verksamhet till andra organisationer. Personuppgiftsansvarig för utlämningsloggen är den organisation vars uppgifter har utlämnats. FPA kan utlämna utlämningsloggregistrets uppgifter till den som är personuppgiftsansvarig för det aktuella registret.

Om man upptäcker oegentligheter rekommenderas att man anmäler det både till patienten och till de personuppgiftsansvariga för register vars patientuppgifter har använts fel.

### 11.3 Logguppgifter som medborgaren kan läsa

Efter anslutningen till Patientdataarkivet kan medborgaren följa utlämnandet av sina patientuppgifter mellan verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården via Mina Kanta-sidor.

Medborgaren kan på Mina Kanta-sidor *endast* följa uppgifter om utlämnande av patientuppgifter och elektroniska recept på verksamhetsenhetens nivå, det vill säga vilka uppgifter verksamhetsenheten har lämnat ut och till vilken verksamhetsenhet. Noggrannare uppgifter om utlämnandet, bland annat utlämnarens och mottagarens personuppgifter, sparas lokalt i patientdatasystemets användningslogg. I den lokala användningsloggen ska också sparas information om att patientuppgifter visats i administrativt syfte.

Medborgarna kan begära logguppgifter om utlämnande av de egna patientuppgifterna av den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården i vars register medborgarens uppgifter har registrerats. Varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ansvarar för att de logguppgifter som patienten skriftligen begär skickas till patienten. Anvisningar om hur man tar kontakt och kontaktpersonens uppgifter ska finnas åtminstone i registerbeskrivningen över verksamhetsenhetens patientregister. Den personuppgiftsansvarige kan i sin tur begära utlämningslogguppgifter från FPA, och på så sätt ge medborgaren information om till vilka verksamhetsenheter uppgifter har utlämnats. Blanketter för begäran om utlämningslogguppgifter finns i FPA:s Kanta-extranät. Medborgaren kan begära närmare logguppgifter om användningen av sina patientuppgifter från den verksamhetsenhet där han eller hon misstänker att uppgifterna använts fel. Varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ansvarar för att patienten får de logguppgifter som han eller hon begärt. FPA kan inte lämna utlämningslogguppgifter direkt till medborgarna.

Medborgaren har också rätt att på begäran få granska uppgifter om användningsloggen för det lokala datasystemet. Uppgifterna ska begäras av den vårdande hälso- och sjukvårdsenheten i fråga. De lokala användningsloggarna är för närvarande organisationsspecifika och därmed kan deras datainnehåll variera. Beroende på organisationen kan användningsloggen innehålla uppgifter om bland annat användningsändamålet: tjänsten, förvaltning, underhåll, utlämnande, grunden för vårdrelationen och föremålet för utlämnandet samt närmare uppgifter om utlämnaren: användarens namn, uppgiftsbeteckning och arbetsenhet samt det register inom vilket användaren arbetar.

## 12 Mina Kanta-sidor för medborgarna

I tjänsten [Mina Kanta](#)-sidor kan medborgarna kontrollera sina egna hälsouppgifter. Via Mina Kanta-sidor kan medborgaren också meddela och återta tillstånd som gäller utlämnande av egna uppgifter och upprätthålla sitt livstestamente och sin donationsvilja samt begära att få recept förnyade.

Mina Kanta-sidor är en personlig tjänst, där inloggning förutsätter nätbankskoder, elektroniskt ID-kort eller mobilcertifikat. Även minderåriga kan använda Mina Kanta-sidor om de har de certifikat som behövs.

Dessutom kan man utträta ärenden för någon annans räkning på Mina Kanta-sidor. Elektronisk ärendehantering på andras vägnar tas i bruk stegvis på Mina Kanta-sidor. Mer information: [Då någon annan sköter dina ärenden](#)

En myndig person kan utträta ärenden för en annan vuxen på Mina Kanta-sidor, om personen har en fullmakt för detta. Ärendena sköts på basis av en elektronisk fullmakt genom [Suomi.fi-fullmakter](#). Tills vidare kan intressebevakare inte utträta ärenden för en myndig huvudmans räkning på Mina Kanta-sidor. En fullmakt kan inte heller ges av en person som inte har verktyg för elektronisk identifiering. Mer information: [Sköta ärenden för en person som fyllt 18 år](#)

Även en minderårigs vårdnadshavare eller lagliga företrädare kan utträta ärenden på Mina Kanta-sidor för den som står under vårdnad. Den minderårigas vårdnadshavare eller lagliga företrädare har tidigare endast kunnat utträta ärenden på Mina Kanta-sidor för personer under 10 år. Möjligheten att utträta ärenden för minderåriga över 10 år på Mina Kanta-sidor togs i bruk från och med den 1 oktober 2020. I bruktagandet förutsätter nödvändiga ändringar i hälso- och sjukvårdsorganisationernas patientdatasystem och framskrider stegvis. Ändringarna hänför sig till rätten för en minderårig med beslutsförmåga att påverka vilka uppgifter som är synliga för vårdnadshavaren på Mina Kanta-sidor. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer att en minderårig är kapabel att fatta beslut om sin vård har den minderåriga rätt att tillåta eller förbjuda att hans eller hennes recept- eller vårduppgifter syns för vårdnadshavaren. En bedömning görs vid varje besök eller vårdperiod samt för varje recept. Om den minderåriga inte är beslutsförmögen visas uppgifterna för vårdnadshavaren på Mina Kanta-sidor. Om den minderårigas beslutsförmåga (ännu) inte har kunnat utredas, lämnas uppgifterna inte ut till vårdnadshavaren. Information om resultatet av bedömningen antecknas strukturerat i patientdatasystemet och resultatet avgör om Mina Kanta-sidorna visar eller inte visar den minderårigas uppgifter för vårdnadshavaren. En minderårig ser själv sina uppgifter på Mina Kanta-sidorna trots att vårdnadshavaren förbjudits. Mer information i [Minderåriga och Kanta-tjänsterna – verksamhetsmodeller för hälso- och sjukvården och apoteken](#)

Det är inte möjligt att sköta ärenden för ett barn på Mina Kanta-sidor, om Kanta-tjänsterna inte automatiskt kan kontrollera rätten att sköta ärenden. Mina Kanta-sidor kontrollerar anteckningarna om vårdnad och spärrmarkering i befolkningsdatasystemet. Vårdnadshavarna ska reda ut eventuella problem med visningen av uppgifterna direkt med den aktör som upprätthåller befolkningsdatasystemet (MDB). Man har inte tillträde till befolkningsregisteruppgifter via Kanta-tjänsterna. Tills vidare har det inte varit möjligt att utträta ärenden på en minderårigs vägnar på Mina Kanta-sidor för vårdnadshavare för vilka det i befolkningsdatasystemet har registrerats uppgifter om ett avtal eller ett förordnande om delad vårdnad av barnet som gäller annat än barnets boende. I framtiden dokumenterar myndigheterna uppgifter om delad vårdnad i befolkningsdatasystemet så att Mina Kanta-sidor kan utnyttja den här informationen och visa uppgifter för vårdnadshavarna enligt de rättigheter respektive vårdnadshavare har. Detta beräknas bli

möjligt i slutet av 2021. Förändringen gäller endast nya avtal om delad vårdnad som upprättats efter att det blev möjligt att dokumentera saken på det nya sättet i befolkningsdatasystemet. I och med reformen har också en person med rätt att få information (t.ex. en förälder som inte är vårdnadshavare) möjlighet att läsa den minderårigas uppgifter på Mina Kanta-sidor. Läs mer: [Sköta ärenden för minderåriga](#)

Mina Kanta-sidor har inte något eget datalager, utan de uppgifter som visas för patienten finns lagrade i Patientdataarkivet samt Receptcentret. Vilka patientuppgifter som syns på Mina Kanta-sidor påverkas alltså av vilka uppgifter om hälso- och sjukvården som sparas i Patientdataarkivet. Exempelvis dagliga anteckningar om vårdarbetet i vyn Vårdjournal sparas ännu inte i Patientdataarkivet, så de syns inte heller på Mina Kanta-sidor.

De uppgifter som visas på Mina Kanta-sidor baserar sig på en servicehändelse, dvs. alla patientjournaluppgifter visas enligt besök eller vårdperiod. Hur journalhandlingar visas varierar mellan öppen- och avdelningsvården: om öppenvårdsbesök visas alla anteckningar, men om avdelningsvård endast uppgifter på sammandragsnivå samt gällande läkemedelsterapi (VLÄÄ-vyn). Information på sammandragsnivå som syns på Mina Kanta-sidor är mellan- och slutbedömningar samt andra anteckningar i YHT-vyn som angetts som sammandrag, t.ex. sammandrag av vårdarbetet (HOI-vyn + YHT-tilläggsvyn).

Patientens laboratorie- samt bilddiagnostiska undersökningar knyts inom hälso- och sjukvården till det besök eller den vårdperiod som undersökningen hänför sig till. Eftersom de uppgifter som syns på Mina Kanta-sidor baserar sig på en servicehändelse, finns undersökningsvaren under datum för det besök eller den vårdperiod som undersökningen hör ihop med. Datum kan således vara ett annat än det datum då provet togs eller undersökningen gjordes.

Sedan början av 2021 har Mina Kanta-sidor visat sammanställningar. I sammanställningarna kommer i fortsättningen att synas också bland annat vaccinationer och fysiologiska mätningar. Mer information om [sammanställningar](#)

Av riskuppgifterna visar Mina Kanta-sidor tills vidare fortfarande endast kritiska riskuppgifter för patienten, men målet är att i fortsättningen visa alla övriga riskuppgifter förutom riskuppgifter som anknyter till beteendet. Dokument som innehåller uppgifter om en annan person (ERAS-vyn) visas inte alls på Mina Kanta-sidor. På Mina Kanta-sidor visas inte heller handlingar som fördröjts inom hälso- och sjukvården (se kapitel 6).

**Tabell 12: Arkiverade patientjournaluppgifter som syns på Mina Kanta-sidor**

	Öppenvårdsbesök	Vårdperioder på avdelning
<b>På Mina Kanta-sidor syns:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alla anteckningar om öppenvårdsbesök i patientjournalen som arkiverats i Patientdataarkivet</li> <li>• Anteckningar på sammandragsnivå som gäller öppenvårdsbesök               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ såsom anteckningar under rubriken Mellanbedömning och Slutbedömning</li> </ul> </li> <li>• Anteckningar i VLÄÄ-vyn, om det har antecknats att medicineringen har kontrollerats</li> <li>• Sammanställningar               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diagnoser, åtgärder, laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar, fysiologiska mätningar, vaccinationer</li> <li>○ tills vidare endast kritiska riskuppgifter, i fortsättningen alla andra risker förutom de som gäller beteendet</li> </ul> </li> <li>• Intyg och utlåtanden</li> <li>• Remisser och svar i vården*</li> <li>• Hälso- och vårdplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteckningar på sammandragsnivå vårdperioder på avdelning               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ såsom anteckningar under rubriken Mellanbedömning och Slutbedömning</li> </ul> </li> <li>• Anteckningar i VLÄÄ-vyn, om det har antecknats att medicineringen har kontrollerats</li> <li>• Sammanställningar               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ diagnoser, åtgärder, laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar, fysiologiska mätningar, vaccinationer</li> <li>○ tills vidare endast kritiska riskuppgifter, i fortsättningen alla andra risker förutom de som gäller beteendet</li> </ul> </li> <li>• Intyg och utlåtanden</li> <li>• Remisser och svar i vården*</li> <li>• Hälso- och vårdplan</li> </ul>
<b>På Mina Kanta-sidor INTE:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteckningar under rubriken Dagliga anteckningar</li> <li>• Anteckningar i ERAS-vyn</li> <li>• Anteckningar i LÄÄ-vyn</li> <li>• tills vidare andra risker än kritiska, i fortsättningen endast riskuppgifter som anknyter till beteendet</li> <li>• Journalhandlingar som fördröjts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteckningar under rubriken Dagliga anteckningar</li> <li>• Anteckningar i ERAS-vyn</li> <li>• Anteckningar i LÄÄ-vyn</li> <li>• tills vidare andra risker än kritiska, i fortsättningen endast riskuppgifter som anknyter till beteendet</li> <li>• Journalhandlingar som fördröjts</li> </ul>

**\*Remisser och svar i vården:**

Eftersom samma remiss arkiveras i både den avsändande och den mottagande organisationen, visar Mina Kanta-sidor den senaste versionen av remissen för medborgaren. Svaret i vården knyts till remissen på Mina Kanta-sidor, om det är möjligt. Även av svaret i vården visas medborgaren alltid den senaste arkiverade versionen, om svaret i vården har arkiverats i såväl den avsändande som i de mottagande organisationerna.

Via Mina Kanta-sidor kan en patient på tjänsteleverantörsnivå granska logguppgifter om uppgifter som lästs i Kanta-tjänsten samt om alla hälsouppgifter som utlämnats på papper inom hälso- och sjukvården (se kapitel 6).

Patienten ska i första hand kontakta den hälso- och sjukvårdsenhet som vårdat honom eller henne, om han eller hon misstänker att uppgifter saknas på Mina Kanta-sidor eller att uppgifterna är felaktiga. Var och en som handleder en patient ska kunna berätta för patienten vilka uppgifter från den egna organisationen som man kan läsa via Mina Kanta-sidor. Man förklarar för patienten varför en uppgift inte syns och när den syns, t.ex. om det är fråga om uppgifter som fördröjs inom hälso- och sjukvården. Om det är fråga om ett fel, till exempel uppgifter har registrerats för fel patient, rättas uppgifterna i patientdatasystemet och därigenom rättas också saken till i Patientdataarkivet och syns korrekt på Mina Kanta-sidor.

Det är bra att inom hälso- och sjukvården ha en överenskommen verksamhetsmodell för hur man besvarar patienters förfrågningar om uppgifterna på Mina Kanta-sidor. Anvisningar finns på webbplatsen för FPA:s Kanta-tjänst, [Handledning i användningen av Mina Kanta-sidor](#). Med hjälp av anvisningarna kan hälso- och sjukvården besvara de vanligaste frågorna som medborgarna ställer och göra personalen förtrogen med organisationens praxis när det gäller att besvara frågor om Mina Kanta-sidor.

Föråldrad

## 13 Fullmakt för köpta tjänster

När man köper tjänster eller skaffar dem på något annat motsvarande sätt (såsom tjänster som skaffas från någon annan med servicesedel), ska journalhandlingarna fogas till registret hos den som ordnar/beställer tjänsterna i enlighet med lagen om servicesedlar.

Det finns olika sätt att arkivera handlingar som uppkommer i samband med köpta tjänster, beroende på vad den som ordnar/beställer tjänsten och den som producerar den köpta tjänsten har kommit överens insemellan om hanteringen av handlingar.

- Den som producerar köpta tjänster kan ha tillgång till anordnarens/beställarens patientdatasystem, med vars hjälp patientuppgifter kan lagras direkt i beställarens register, på samma sätt som handlingar som uppkommer i anordnarens egen verksamhet, och förmedlas till Patientdataarkivet.
- Den som producerar köpta tjänster kan också särskilt skicka överenskomna handlingar (t.ex. svar i vården) till anordnaren, som lagrar dem i det egna patientdatassystemet och registret. Kravet är att tjänsteproducenten måste kunna hålla de handlingar som hör till anordnarens register separat i sitt eget patientdatasystem.
- **Den som producerar köpta tjänster kan också arkivera handlingar direkt i anordnarens register i Patientdataarkivet med hjälp av blanketten Fullmakt för köpta tjänster.**

Förutsättningen för arkivering som genomförs med fullmakt för köpta tjänster är att bägge parterna har anslutit sig till Kanta-tjänsterna som användare. Den som ordnar/beställer de köpta tjänsterna lagrar fullmaktshandlingen som gäller köpta tjänster i Patientdataarkivet. Fullmakten kan vara på **befolkningsnivå eller patientspecifik**.

- Patientspecifik fullmakt används då köpta tjänster eller servicesedeltjänster ordnas för en enskild patient.
- En fullmakt på befolkningsnivå är avsedd för situationer där tjänsterna är avsedda för en större befolkningsgrupp, och de patienter som anlitar tjänsten inte är namngivna på förhand. Till exempel då kommunen x utkontrakterar juren kvälls-/nattetid eller kommunen x utkontrakterar bildiagnostiktjänsterna till en annan producent.

Fullmakten ger producenten tillträde till patientuppgifter i anordnarens register i Patientdataarkivet. Det är möjligt att lämna ut uppgifter i anordnarens register i arkivet som är nödvändiga för vården oberoende av eventuella förbud mot utlämnande som patienten meddelat.

### 13.1 Upprättande och hantering av journalhandlingar i samband med köpta tjänster

Handbok för hälso- och sjukvården, SHM 2014 innehåller följande anvisning om behandling av patientuppgifter i samband med köpta tjänster: Den personuppgiftsansvarige har rätt att bestämma om och skyldighet att bära ansvaret för behandlingen av patientuppgifter, fastän bestämmelserna givna i

patientlagens 12 § om plikten att göra upp och upprätthålla journalhandlingar även gäller arrangören av tjänster i situationer där man köpt tjänster. Enligt 5 § i förordningen om journalhandlingar ska den som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster skriftligt avtala om de åligganden och det ansvar som hänger samman med registerföringen av uppgifterna i journalhandlingarna och behandlingen av uppgifterna. I detta avtal är det alltid skäl att konstatera huruvida den som producerar och/eller genomför servicen har rätt att lämna ut sådana uppgifter om patienter som uppstått i samband med en köpt tjänst. Förutsättningen är alltid att det inte finns något lagstadgat hinder mot att lämna ut uppgifter. Om serviceproducenten ges rätt att lämna ut patientuppgifter, är det skäl att i avtalet klart ange de situationer och förutsättningar som ska råda för att uppdragstagaren ska överföra begäran till den personuppgiftsansvarige för beslut. Ett undantag är att den som producerar tjänster på begäran kan skriva ut vårdhandlingar till patienten under produktionen av den köpta tjänsten (förutsätter att vårdrelationen är i kraft). Producentens system ska producera ett meddelande om utlämnande för de utskrifter som lämnats ut till patienten och meddelandet ska sparas i Patientdataarkivet.

### 13.2 Underleverantörer

Patientdataarkivet stöder inte kedjor av köpta tjänster, dvs. en situation där den som producerar köpta tjänster skaffar tjänsterna från en underleverantör som är tredje part. I dessa situationer ger den som ordnar tjänsterna även underleverantören fullmakt för köpta tjänster.

*Exempel 1: inom företagshälsovården ingår en läkarstation avtal om produktion av företagshälsovårdsservice med företag x, men när tjänsterna tillhandahålls skaffar det läkartjänster från en underleverantör, som är en yrkesutövare eller ett företag som verkar i dess lokaler (eller i vissa fall kan underleverantören vara verksam på en annan ort). Läkarstationen är huvud-ansvarig tjänsteproducent, och den är patientuppgiftsansvarig för alla patientuppgifter som uppkommer i dess egen och underleverantörernas verksamhet.*

*Exempel 2: kommunen z köper eller beställer rehabiliteringstjänster från ett företag. Kommunen ansvarar för att tjänsterna ordnas och är då den egentlige personuppgiftsansvarige, så handlingarna arkiveras i kommunens register i Patientdataarkivet.*