|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ett samarbete mellan Region Skåne och kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad,****Osby, Perstorp och Östra Göinge.** Uppgifter om Lotsmöte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum för Lotsmöte:   | Start- och sluttid:  | Plats:  |

Initiativtagare |

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  | Organisation:   |
| E-post:  | Telefonnummer:  |

## Barnets/ungdomens uppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn:  | Efternamn:  | Personnummer:   |
| Adress:  | Postnr:  | Postort:  |
| Telefonnummer:  | Mobilnummer:  |

## Vårdnadshavare 1

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn:  | Efternamn:  |
| Adress:  | Postnr:  | Postort:  |
| Telefonnummer:  | Mobilnummer:  |

## Vårdnadshavare 2

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn:  | Efternamn:  |
| Adress:  | Postnr:  | Postort:  |
| Telefonnummer:  | Mobilnummer:  |

## Nulägesbeskrivning

|  |
| --- |
|   |

## Frågeställningar (kortfattat och konkret)

|  |
| --- |
|  |

## Kallade verksamheter

|  |
| --- |
|   |

## Samtycke

Jag har varit delaktig i att utforma kallelsen med dess frågeställningar, och i att besluta vilka verksamheter/övrigt nätverk som ska kallas.

Jag har fått tillräcklig information kring gällande sekretessregler. Jag samtycker till att häva sekretessen mellan kallade verksamheter, utifrån ovan angiven frågeställning. Medgivandet gäller under den period utredning och insatser enligt plan pågår.

Jag är informerad om att jag när som helst kan återkalla detta samtycke till del eller till sin helhet.

## Barnet/ungdomen

|  |
| --- |
| Samtycke enligt ovan[ ]  Ja [ ]  Nej |
| Datum:  | Underskrift barnet/ungdomen: |
| Namnförtydligande barnet/ungdomen:  |

## Vårdnadshavare 1

|  |
| --- |
| Samtycke enligt ovan[ ]  Ja [ ]  Nej |
| Datum:  | Underskrift vårdnadshavare 1: |
| Namnförtydligande vårdnadshavare 1:  |

## Vårdnadshavare 2

|  |
| --- |
| Samtycke enligt ovan[ ]  Ja [ ]  Nej |
| Datum:  | Underskrift vårdnadshavare 2: |
| Namnförtydligande vårdnadshavare 2:  |

## Initiativtagare

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  | Underskrift initiativtagare: |
| Namnförtydligande initiativtagare:  |

**Information om tystnadsplikt och sekretess**

I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, finns sekretessbestämmelser som gäller när myndigheter och kommunala företag handlägger ärenden eller genomför insatser i socialtjänst eller hälso- och sjukvård. För privata vårdgivare och enskilda verksamheter som privatägda juridiska personer driver (det vill säga inte kommunala företag) gäller i stället bestämmelser om tystnadsplikt, vilka regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, LSS, samt i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

All personal inom kommunal verksamhet samt hälso- och sjukvård har således tystnadsplikt. Det innebär att information som rör en patients/klients/brukares personliga förhållanden, t.ex. sjukdom eller behandling, skyddas av sekretess och får inte automatiskt utbytas mellan olika verksamheter. Information får som regel bara delas med andra om samtycke har lämnats. Sekretess och tystnadsplikt kan brytas om patienten själv går med på det eller om det står klart att patienten eller annan närstående inte lider men av att uppgifterna lämnas ut. Den som bryter mot tystnadsplikten kan dömas i domstol eller på andra sätt bestraffas av de myndigheter som har tillsyn över vården.

Arbete utifrån lotsmodellen förutsätter samverkan/samarbete mellan flera olika verksamheter. För att detta ska vara möjligt att genomföra behöver samtycke till att häva sekretessen ges. Detta samtycke sker skriftligen, genom att ett dokument undertecknas. I och med detta ger ni ert samtycke till att sekretessen hävs i den fråga lotsarbetet handlar om, för den period som arbetet och eventuella insatser pågår. Ni kan när som helst meddela initiativtagaren att ni önskar avsluta lotssamarbetet - och därmed även undanröja ert samtycke till att sekretessen bryts.

Ansvarig nämnd behandlar dina personuppgifter på ett tryggt och säkert sätt i enlighet med gällande rutiner och dataskyddsförordningen.