



Trisam – tidig rehabilitering i samverkan Samverkan och informationsutbyte

Trisam är ett samarbete mellan Region Gävleborg (primärvården och psykiatri), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Samarbete i Trisamteam finns i alla kommuner i Gävleborgs län. I Trisamteamet ingår handläggare från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen. Från Region Gävleborg ingår rehabiliteringskoordinator och vid behov berörd vårdpersonal. Vi arbetar för att ge dig ett bättre och mer samlat stöd i din rehabilitering.

Försäkringskassan hämtar in muntligt samtycke under mötet.

För att vi ska kunna hjälpa dig på ett bra sätt behöver vi gemensam information om dig och din situation. Därför behövs ett skriftligt samtycke från dig om att vi får dela nödvändiga uppgifter mellan oss. Sådana uppgifter är annars skyddade av sekretess.

Nödvändiga uppgifter är till exempel

- hälsotillstånd
- arbetsförhållanden
- tidigare rehabiliteringsinsatser
- sociala och ekonomiska förhållanden
- tidigare utredningar
- expertutlåtanden, till exempel medicinska utlåtanden.
- annan information som kan ha betydelse för din rehabilitering

Du hittar samtyckesblanketten på nästa sida. Samtycket gäller från den dag som du skriver under blanketten och under den tid som samordning av din rehabilitering pågår. Det gäller som längst ett år från det att du skriver under samtycket.

Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare hos aktuell myndighet eller din kontakt på din hälsocentral/klinik.





Samtycke till samverkan och informationsutbyte inom Trisam

Namn	Personnummer
Postadress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Mobil

Samtycke

Jag samtycker till att berörd personal på den hälsocentral eller den klinik där jag har min vårdkontakt, Arbetsförmedlingen, handläggare inom min kommuns verksamhet samt Försäkringskassan samverkar kring mina behov.

Försäkringskassan hämtar in muntligt samtycke under mötet.

Jag medger att representanter för dessa verksamheter får utbyta den information om mig som är nödvändig, får ta del av dokument och journalhandlingar utan hinder av sekretess för att genom Trisam effektivt kunna stödja min rehabiliteringsprocess.

Jag samtycker även till att följande verksamhet eller person får samverka för att ge mig ett bättre och mer samlat stöd i min rehabilitering. Ange nedan, ex Arbetsgivare och dennes namn. Samtycket till följande verksamhet eller person gäller endast till Trisam är avslutad.

--	--

Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill. Det innebär att om jag tar tillbaka mitt samtycke får ytterligare information om mig inte utbytas mellan parterna angivna i samtycket. Uppgifter som redan samlats in får dock behandlas, men alltså inte kompletteras eller uppdateras.

Namnteckning

Datum

Namnförtydligande

**Skyddad identitet/skyddade personuppgifter**

Personer med skyddad identitet eller skyddade personuppgifter ska inte omfattas av samverkansarbetet inom Trisam. Du ska därför inte skriva under samtyckesblanketten om du har skyddad identitet eller skyddade personuppgifter.

Frågor?

Om du har frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta din handläggare hos berörd myndighet eller din kontakt på hälsocentral eller klinik.

För information om hur vi hanterar dina personuppgifter i Trisam och samordning av din rehabilitering, se information på respektive partners hemsida.

[Uppgifter om dig i vårt register - Arbetsförmedlingen \(arbetsformedlingen.se\)](https://arbetsformedlingen.se)

<https://www.regiongavleborg.se/dataskydd>

www.gavle.se/dataskydd