



## STAVANGER KOMMUNE

### Oppvekst og levekår

Levekår

Postadr.: Postboks 8001, 4068 Stavanger

Besøksadr.: Ny Olavskleiv 6

Telefon: 51508500. Faks: 51508555

E-post: postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no

www.stavanger.kommune.no

Org.nr. NO 964 965 226

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REFERANSE  
201001921-/ASD

VÅR REFERANSE  
ROV-08/10352

ARKIVNR.  
G00 &13

JOURNALNR.  
51889/10

DATO  
14.09.2010

### HØRINGSUTTALELSE - FORSKRIFT OM INFORMASJONSSIKKERHET, TILGANGSSTYRING OG TILGANG TIL HELSEOPPLYSNINGER

Stavanger kommune viser til høring vedrørende forslag til ny forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre, oversendt ved brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 10.05.2010.

Forslag til høringsuttalelse ble behandlet i Kommunalstyret for levekår i møte 31.08.2010, og i Stavanger formannskap i møte 09.09.2010.

Stavanger kommunes høringsuttalelse er etter dette følgende:

#### Høringsuttalelse

Stavanger kommune støtter høringsforslagets intensjon om et regelverk som sikrer at pasientopplysninger skal være raskt tilgjengelige for aktuelt helsepersonell når det er nødvendig for helsehjelp til pasienten, samtidig som hensynet til pasientens rett til vern om opplysninger ivaretas.

Stavanger kommune har imidlertid følgende innspill til høringsforslaget:

#### 1. Pleie- og omsorgstjeneste er ikke bare helsetjeneste

Tilgangsforskriften fokuserer ensidig på helsetjenesten. Dette skaper gråsoner og usikkerhet internt i kommunene. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester yter tjenester til mange mennesker i egne hjem, som også kan være i bofellesskap. Tjenestene er dels hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og dels i sosialtjenesteloven. I forhold til den enkelte bruker ytes helhetlige tjenester hvor brukeren er i sentrum.

For kommunene er det et problem at vi pålegges ulike regimer for ulike deler av slike helhetlige tjenester. Vi kan ikke ha flere dokumentasjonsløsninger relatert til en bruker fordi om deler av pleie- og omsorgstjenestene til vedkommende ytes av pedagoger eller sosionomer. Vi kan heller ikke klassifisere disse som medhjelper for helsepersonell når de

bidrar til tjenesten på grunnlag av sin egen fagkompetanse.

Dette er ikke et problem for helseforetakene som definerer ”alt” de gjør som helsehjelp. I kommunene vil mange pleie- og omsorgsbrukerne som ikke er på sykehjem ha tjenester i grenselandet mellom helsetjeneste og sosialtjeneste.

Det er svært problematisk at sentrale myndigheter ikke forholder seg til den faktiske virkeligheten i kommunene, men stadig introduserer regelverk med utgangspunkt i helseforetakene uten å sikre seg at kommunenes behov blir ivarettatt.

## **2. Kommunens oppdrag etter kommunehelsetjenesteloven kan omfatte etablering av felles behandlingsrettet helseregister for kommunens pleie- og omsorgstjeneste**

Det må presiseres at kommunenes ansvar for å legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift (kommunehelsetjenesteloven §1-3a) også kan omfatte etablering og drift av behandlingsrettet helseregister for alle som yter pleie- og omsorgstjenester i kommunen etter oppdrag fra kommunen. Private virksomheter må gjennom avtale med kommunen kunne benytte dette uavhengig av det forskriften sier om tilgang på tvers av virksomheter.

Selv om enkelte hevder det strider mot personopplysningsloven, har alle de største kommunene i landet valgt å inkludere private tjenesteytere i pleie- og omsorgssystemet. En rask kartlegging indikerer at Bergen har 29, Oslo 20, Stavanger 10 og Trondheim 4 private aktører inne. Kommunene har hver for seg funnet argumentene for å la de private aktørene dokumentere i omsorgssystemet som så avgjørende at en har valgt denne løsningen.

I tillegg til oppdraget som ligger i kommunehelsetjenesteloven er følgende argumenter viktige:

- a. Kommunen har et pleie- og omsorgssystem med god tilgangsstyring, stabil drift og teknisk beredskap, tillitsvekkende rutiner for sikkerhetskopiering, samt sikkerhetsrutiner i henhold til Norm for informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren. Dette overgår langt det en kan forvente av sikkerhet rundt et lokalt behandlingsrettet helseregister hos en privat aktør, enten det gjelder et stort privat sykehjem med lang fartstid eller en nystartet privat hjemmesykepleietjeneste.
- b. Kommunen har ansvar for pleie- og omsorgstjenesten til den enkelte tjenestebruker uavhengig av hvem som til enhver tid yter tjeneste til vedkommende. Kommunen må uansett ha omfattende informasjon om vedkommende for til enhver tid å kunne tilby rette tjenester.
- c. Kommunen må kunne sikre tjenestebrukers rett til utskrift av dokumentasjon, også etter at en privat leverandør har avsluttet sin virksomhet.
- d. Kommunen har ansvar for fakturering av pleie- og omsorgstjenestene og må til enhver tid sørge for at tjenestebruker får faktura som står i forhold til inntekt, husstand og faktisk levert tjeneste. Dette krever uansett løpende oppdatert informasjon om tjenesteleveranse fra privat leverandør, enten det gjelder institusjonsopphold, dagsenterbesøk eller hjemmehjelptimer.
- e. Kommunen har ansvar for Iplos-rapportering, som både omfatter vedtaksbehandling og tjenstedokumentasjon. Det finnes ikke løsninger for Iplos-rapportering fra private tjenesteytere som ikke benytter kommunens pleie- og omsorgssystem.

Kommunene forventer at Iplos-statistikk på sikt kan få betydning for beregning av rammetilskudd, og er utrygge på hvordan manglende Iplos-data for brukere av private tjenester kan slå ut på finansieringen.

- f. Kommunene er i ferd med å etablere elektronisk samhandling med fastleger og sykehus. Dersom den enkelte samarbeidsaktør til enhver tid må være orientert om hvilke private tjenesteytere den enkelte tjenestemottaker får tjenester fra, vil elektronisk samhandling bli så krevende at den lett vil stanse opp. Alternativt risikerer den å komme i vanry på grunn av mange feilsendinger. Dersom de private aktørene benytter kommunens pleie- og omsorgssystem vil meldingene til enhver tid gå til rett mottaker, forutsatt at avsender kjenner bostedskommunen og hvilken tjeneste/faggruppe som skal ha meldingen.

### **3. Forskriften må regulere all daglig bruk av behandlingsrettet helseregister**

Forskriften må regulere tilgang til behandlingsrettet helseregister også i forbindelse med opplæring/veiledning og etter at pasienten er død. Dette er dagligdagse situasjoner i alle kommuner, og det er ikke hensiktsmessig at bruk av behandlingsrettet helseregister i disse sammenhengene skal skje på tvers av det som er tillatt i henhold til forskriften. Jf § 2, §§ 14-16 og §§ 19-21.

For å yte en forsvarlig helsetjeneste har helsepersonell behov for tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister også til andre formål enn å tilby helsehjelp til den enkelte pasient. Dette gjelder i følgende situasjoner:

- a. I forbindelse med veiledning av studenter eller kolleger. Dette kan gjerne være i to ulike situasjoner:
  - i. Studenten eller kollegaen yter helsehjelp til pasienten, og veilederen trenger innsyn i pasientens journal for å kunne gi adekvat veiledning.
  - ii. Veilederen trenger konkret(e) kasus å presentere for student eller kollega i en undervisnings- eller veiledningssituasjon, og henter fram journal(er) på grunnlag av diagnose og/eller andre karakteristika.
- b. Etter at pasienten er død. Helsepersonell vil ha behov for tilgang til journalen i forbindelse med dokumentasjon i forhold til dødsfallet og eventuell utredning vedrørende dødsårsak. Videre i forbindelse med oppfølging av pårørende, i forbindelse med søksmål/rettsaker etter dødsfallet, og ved uthenting av ulike former for statistikk for egen virksomhet.

Disse situasjonene kan ikke karakteriseres som ”enkelstående tilganger”, da de er en del av den kliniske hverdagen i alle virksomheter som fører behandlingsrettet helseregister. Det er neppe hensiktsmessig å regulere tilgang til behandlingsrettet helseregister i forbindelse med opplæring/veiledning og etter dødsfall i eget regelverk. Dette ville i så fall gjøre regelverket mindre tilgjengelig for de som berøres av det. Det er sannsynligvis hensiktsmessig å samle mest mulig av reglene om tilgang til behandlingsrettet helseregister i én forskrift.

### **4. De registrertes rett til innsyn i tilgangslogg skaper behov for to-faktor autentisering.**

Pasientens rett til innsyn og utskrift av tilgangslogg er et viktig grep for å skape tillit til bruken av sensitive helseopplysninger. Retten kommer imidlertid i noen grad på bekostning av de ansattes personvern.

Med dagens autentiseringsløsninger (brukernavn og passord) er det så stor usikkerhet knyttet til den enkelte loggforekomst at den lett vil kunne trekkes i tvil.

Tilsvarende kan ansatte møte påstand om å ha hatt tilgang uten at de faktisk har hatt det.

Når de registrerte får anledning til å se tilgangslogg bør det derfor innføres krav om to-faktor autentisering for å få tilgang til behandlingsrettet helseregister.

5. **Også representant for leverandør og IT-avdeling som får tilgang til behandlingsrettet helseregister for å yte støtte, må autentiseres som person og ikke via noen form for fellesbruker.**

Det er lang tradisjon for at slikt personale benytter fellesbruker ved tilgang, enten de går inn på databasenivå eller via registerets ordinær tilgangskontroll. Verdien av den registrertes tilgang til tilgangslogg svekkes hvis ikke alle som har hatt tilgang framstår med sitt eget navn. Fristelsen til å snoke i journaler uten saklig grunn vil kunne øke hvis en vet at loggen ikke viser navnet.

6. **Krav om at tilgang på tvers av virksomheter skal avgrenses til kun å omfatte strukturerte helseopplysninger, jf § 22, er lite hensiktsmessig sett fra kommunehelsetjenesten.**

I kommunen oppleves behovet for tilgang på tvers særlig påtrengende i forbindelse med intermediær avdeling som er etablert i nært samarbeid med sykehus, og i forbindelse med løpende samarbeid om oppfølging av svært syke pasienter som får et tilbud i kommunen. Dette kan for eksempel være pasienter som får palliativ behandling i livets slutfase, eller pasienter med hjemmerespirator.

Dagens journalsystemer er ikke tilrettelagt for en strukturert registrering av den informasjonen som er nødvendig å formidle for å få en løpende oppfølging og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Hvis samarbeidsinstansen ikke kan få tilgang til den løpende tjenstedokumentasjonen, mister tilgang på tvers sin hensikt i kommunal sammenheng.

Dersom paragrafen blir stående bør begrepet ”strukturerte helseopplysninger” defineres i § 3. Vil tidfestet fritekst-dokumentasjon knyttet til oppfølging av et bestemt område i pleieplanen kunne oppfattes som strukturerte helseopplysninger, eller er det bare verdier knyttet til et kodeverk som kvalifiserer?

7. **Omfang av tilgang til tilgangslogg, § 34**

Loven fastsetter at den registrerte har rett til innsyn i logg fra behandlingsrettet helseregister om hvem som har hatt tilgang til helseopplysninger om han eller henne. Spørsmålet er hvilket detaljeringsnivå den registrerte skal kunne forvente at en slik logg skal ha.

Det bør også diskuteres hvilket medium loggen skal/kan presenteres på. Innebærer utskrift bare papirutskrift, eller kan noen form for elektronisk utlevering være aktuell?

Dersom den registrerte i loggen både skal få se hvem som har hatt tilgang til helseopplysninger samt når og hvilke typer opplysninger vedkommende faktisk slo opp, vil loggen i mange tilfeller bli svært omfangsrik.

**8. Krav om register over og kontroll av autorisasjoner, § 17.**

For å oppnå full sporbarhet er det ønskelig å få presisert at registeret også skal inneholde opplysning om hvem som har tildelt eller endret en autorisasjon.

**9. Støtter hjemmel for tilgang til helseopplysninger for beslutning om helsehjelp, § 19.**

Vi støtter at paragrafen gir eksplisitt hjemmel for tilgang til helseopplysninger for helsepersonell som på selvstendig grunnlag kan treffe beslutning om helsehjelp. I kommunene vil dette kunne være saksbehandlere på bestillerkontor som behandler søknader om tjenester. Deres beslutning vil gjelde alle som får tjeneste etter kommunehelsetjenesteloven, enten de får tjeneste fra kommunal eller privat virksomhet. Ved vurdering av søknader vil de ha samme behov for tilgang til søkeres helseopplysninger, enten tjeneste ytes av kommunal eller privat utfører.

**10. Skrivetilgang på tvers av virksomheter, jf § 23, kan være aktuelt ved intensiv oppfølging av pasient.**

I nær samhandling mellom helseforetak og kommune om oppfølging av enkeltpasient kan det være hensiktsmessig at helsepersonell hos spesialisthelsetjenesten skriver anvisning eller råd for videre oppfølging direkte i behandlingsrettet helseregister i kommunen, slik at dette er dokumentert og kan følges opp umiddelbart i kommunen.

Tilsvarende kan det være aktuelt at helsepersonell i kommunen i noen tilfeller dokumenterer funn og hendelser i behandlingsrettet helseregister i helseforetaket. Dette krever ny funksjonalitet i systemene på begge sider som kan etableres når det juridiske grunnlaget er på plass.

**11. Krav om kjennskap til motpartens sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi, jf § 24, bør ikke kreves ved kommunikasjon via Norsk Helsenett.**

Dersom paragrafen stiller krav om at direkte tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter bare kan skje via Norsk helsenett eller nettverk tilknyttet Norsk Helsenett, vil partene være forpliktet av Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Dette bør være et tilstrekkelig grunnlag for å kunne inngå avtale om tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter.

**12. Kvalifisert sertifikat bør ikke stilles som krav, jf § 25.**

Dersom en innfører krav om 2-faktor autentisering for alle som skal ha tilgang til behandlingsrettet helseregister, bør en kunne justere autentiseringskravet ved tilgang i annen virksomhet til samme nivå. Gjennom avtalen må da virksomhetene garantere kvaliteten på egne autentiseringsrutiner, og formidle entydig personidentifikasjon (fødselsnummer) til motparten ved forespørsel om tilgang.

**13. Støtte krav om/unntak fra krav om samtykke, §§ 27-28.**

Stavanger kommune støtter at det stilles eksplisitt krav om samtykke ved tilgang på tvers av virksomheter, og at det åpnes for unntak som beskrevet.

**14. Oppfølging og kontroll av elektronisk tilgang, jf § 33, må gjøres på en hensiktsmessig måte.**

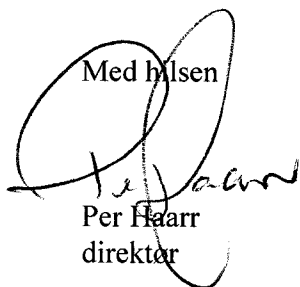
Muligheten for å bli oppdaget i en kontroll kan forhindre snoking i behandlingsrettet helseregister. Men ressursbruk til slik kontroll må stå i et rimelig forhold til det en kan oppnå. I denne sammenheng er det også vesentlig å vurdere mulige negative effekter av et kontrollregime.

Maskinell kontroll av hendelsesregistre har så langt ikke vist seg hensiktsmessige. De fleste positive funn er falske, og kan gi alvorlige negative konsekvenser både for den registrerte og for det helsepersonellet som "oppdages". Manuell kontroll av hvem som har hatt elektronisk tilgang er et omfattende og ressurskrevende arbeid, særlig hvis en intenderer å kontrollere alle tilganger og ikke stoler på tilgangsstyringen i det behandlingsrettede helseregisteret. Også ved slik manuell kontroll vil det mest påfallende resultatet være falske positive funn med påfølgende negative konsekvenser.

Den databehandlingsansvarliges oppfølging og kontroll bør i stedet gjennomføres slik:

- a. Tilgangskontrollen til det behandlingsrettede helseregisteret testes jevnlig med stikkprøvekontroller, og minst hver gang en ny versjon testes og settes i produksjon.
- b. Oversikt over alle tilfeller hvor ansatte "bryter seg inn" i journal ut over det rolle og avdelingstilhørighet tilsier, gjennomgås av avdelingsleder månedlig. Den registrertes navn, den ansattes navn sammen med dato/tid og begrunnelse for tilgang presenteres i oversikten.
- c. Alle ansatte oppfordres til å være årvåkne i forhold til hvilke registrerte de får tilgang til, og varsle om tilfeller hvor de får annen tilgang enn de skulle hatt. Alle slike tilfeller følges opp som avvik.

Med hilsen



Per Haarr  
direktør



Marit Bore  
levekårsjef

Ragnhild Øvrebø  
saksbehandler