



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 16.03.2012

Deres ref:
201104476-/SVE

Vår ref (saksnr):
201105920-6

Saksbeh:
Peter Martin, 23461588

Arkivkode:
299

**UTKAST TIL FORSKRIFT OM VIRKSOMHETSOVERGRIPENDE
BEHANDLINGSRETTEDE HELSEREGISTRE I FORMALISERT
ARBEIDSFELLESSKAP - HØRING**

Vedlagt oversendes Kommunaldirektørens sak 6/2012: *Utkast til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formalisert arbeidsfellesskap – Oslo kommunes høringsuttalelse* som er Oslo kommunes uttalelse i saken.

Med vennlig hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse Snåre
helsesjef

[Godkjent og ekspedert elektronisk](#)

Vedlegg: Kommunaldirektørens sak 6/2012: Utkast til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formalisert arbeidsfellesskap – Oslo kommunes høringsuttalelse



Kommunaldirektørens sak

Kommunaldirektørens sak nr.: 6/2012	Vår ref. (saksnr.): 201105920-5
Vedtaksdato: 16.03.2012	Arkivkode: 299

UTKAST TIL FORSKRIFT OM VIRKSOMHETSOVERGRIPENDE BEHANDLINGSRETTEDE HELSEREGISTRE I FORMALISERT ARBEIDSFELLESSKAP - OSLO KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE

Saksfremstilling:

Oslo kommune har mottatt høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet med forslag til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formalisert arbeidsfellesskap. Forskriften er hjemlet i helseregisterloven. Høringsfristen er fredag 16. mars 2012.

Forskriften legger til rette for at helsepersonell i formaliserte arbeidsfellesskap, under nærmere bestemte forutsetninger, kan etablere felles behandlingsrettede helseregistre når dette er nødvendig for å administrere eller yte helsehjelp. Et felles behandlingsrettet helseregister er et journalsystem mellom virksomhetene som inngår i det formaliserte arbeidsfellesskapet. I praksis innebærer dette at hver pasient har en journal innen arbeidsfellesskapet, og at personellet tilknyttet dette fellesskapet har anledning til å føre opplysninger i disse journalene. Begrepene journal og behandlingsrettet helseregister brukes om hverandre i det følgende.

Forskriften inneholder bestemmelser om formål, virkeområde og definerer formalisert arbeidsfellesskap og virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister. Forskriften fastslår at formalisert arbeidsfellesskap og etablering av virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister skal inngås ved skriftlig avtale, og stiller enkelte overordnede krav til avtalenes innhold. Videre er det bestemmelser om databehandlingsansvar, samtykke, opphør av arbeidsfellesskap, erstatningsansvar og en henvisning til den nye helseinformasjonssikkerhetsforskriften.

Forskriften er ment å løse problemene i kommunene knyttet til at tjenester i primærhelsetjenesten ofte er organisert på en måte der flere forskjellige juridiske personer inngår som pasientbehandler i samme tjeneste. Dette gjelder blant annet fastleger i gruppepraksis, private leger i helsestasjon, skolehelsetjenesten, sykehjem og legevakt og private tjenesteleverandører i pleie- og omsorgstjenesten. Saken er av særlig stor betydning for Oslo kommune fordi kommunens organisering av pasientjournalsystemet i pleie- og omsorgstjenesten har vist seg ikke å være i tråd med nåværende regelverk (helseregisterloven § 13) og kommunen har mottatt pålegg fra Datatilsynet om å rette på dette. Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med disse problemstillingene. Det er viktig for kommunen at forslaget til ny forskrift faktisk løser problemene som er i dag.

Vedtakskompetanse:

Bystyret har delegert til byrådet å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne, jf sak 218 av 30.05.2001. Byrådet har delegert til byråden å avgi høringsuttalelse dersom saken ikke er av prinsipiell betydning, jf sak 1360 av 03.07.2001. Byråden har delegert til kommunaldirektøren å avgi høringsuttalelse på samme vilkår, jf byrådets sak 4/2008.

Vedtak:

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til forslag til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formalisert arbeidsfellesskap:

Oslo kommune støtter høringsforslagets intensjon. Ettersom forskriften er av betydning for gjennomføring av samhandlingsreformen bør den iverksettes raskt. Det er av stor viktighet for Oslo kommune at forskriften gir en løsning på de nåværende utfordringene for kommunen på dette område og at det ikke er noe tvil om tolkningen. Oslo kommune har derfor innledningsvis valgt å sitere fra kommunens høringsuttalelse av 25.01.2011 til helse- og omsorgsloven og folkehelseloven der disse utfordringene tas opp. Videre gis det også en orientering om behovet for et helhetlig elektronisk pleie- og omsorgssystem i kommunen.

Fra Oslo kommunes høringsuttalelse av 25.01.2011

I høringsuttalelsen side 7 uttales følgende:

“Dagens lovverk åpner for at kommunen kan inngå avtale med private leverandører om å utføre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil si at de private leverandører er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette foreslås videreført i den nye loven, men Oslo kommune savner en gjennomgang/vurdering av private leverandørers rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I høringsnotatet berøres kun fastlegers og fysioterapeuters rolle. Flere og flere kommuner benytter private leverandører (ideelle og kommersielle), også med brukervalg. Bystyret i Oslo kommune har vedtatt at brukere av praktisk bistand og hjemmesykepleie skal kunne velge mellom kommunal utfører (dvs. bydelens tjeneste) eller privat leverandør med avtale med kommunen. Brukerundersøkelser viser at det å kunne ha dette valget betyr mye for brukerne”.

I høringsuttalelsen side 20 uttales følgende:

“Departementet foreslår at krav om dokumentasjonsplikt som er nedfelt i helsepersonelloven skal gjelde for alt personale i tjenesten, ikke bare helsepersonell. I tillegg til det foreslår departementet at det skal innføres et krav om at all dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Dokumentasjonsplikten og kravet om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil også gjelde private som etter avtale med kommunen yter tjenester etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at personopplysninger for alle tjenestene etter den nye loven skal reguleres av helseregisterloven. Oslo kommune slutter seg i utgangspunktet til disse forslagene, da vi tror det vil være vanskelig å tilby et samordnet og helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud dersom de ulike handlinger som tilbudet krever er underlagt forskjellige regler for behandling av personopplysninger. Departementet foreslår også å pålegge enkelte funksjonskrav og bruk av standarder. Vi støtter også dette forslaget, og det er Oslo kommunes vurdering at det bør stilles funksjonskrav og krav til standard på selve arkitekturen, meldingsbærerene, adressering, signering og til den enkelte meldingstype.

Helseregisterloven har som utgangspunkt at samhandling mellom ulike rettssubjekter skal skje via elektronisk meldingsutveksling, ikke ved bruk av et felles journalsystem. Dette gir kommunen store utfordringer. Elektronisk meldingsutveksling mellom kommunen og de private pleie- og omsorgsleverandørene som kommunen har avtale med, vil ikke kunne ivareta informasjonsbehovet på en tilfredsstillende måte. Til det er behovet for å dele informasjon for stor og for vanskelig å forutsi. I Oslo kommune leveres ca 1/4 av helse- og omsorgstjenestene av private og ideelle leverandører, og andelen er økende. Mange mottar tjenester både fra kommunen og private, og noen mottar sågar samme tjeneste fra både kommunale og private (hjemmesykepleie fra private på dagen og fra kommunen på natten). Med lovendringene, hvor alle tjenesteytere etter helse- og omsorgsloven skal ha en dokumentasjonsplikt vil problemet få en ny dimensjon.

Skulle elektronisk meldingsutveksling gi partene sikker tilgang til den informasjonen som er nødvendig, måtte meldingsrutinene automatiseres. En slik løsning ville ikke bidra til å bedre informasjonssikkerheten, men den ville gi en rekke nye utfordringer. Den ville blant annet skape ny overskuddsinformasjon fordi opplysningene ville være tilgjengelige for de private tjenesteyterne også etter at de hadde sluttet å yte tjenester til brukeren og den ville skape uoverskuelige problemer knyttet til brukere som bytter tjenesteleverandør underveis. De interne kommunikasjonsutfordringene i pleie og omsorgstjenestene i Oslo er løst ved at både kommunale, private og ideelle tjenesteytere er pålagt å dokumentere i kommunens felles pleie- og omsorgssystem. Oslo kommune har jobbet systematisk med innføring av et slikt system i mange år, for å sikre et samordnet og helhetlig helse- og omsorgstilbud til kommunens befolkning. Personvernet er ivaretatt gjennom tilgangsstyring. Det gis kun tilgang til de pasienter/brukere som tjenesteyter har ansvar for, og til de opplysninger som vedkommende faglig sett har behov for.

Helseregisterlovens regelverk er komplisert og vanskelig tilgjengelig. Oslo kommune har derfor tidligere gjort flere forsøk på å ta opp spørsmålene med helsemyndighetene. Senest kan vi vise til brev til Datatilsynet i 2006, og videre til Helsedirektoratet i 2007. Kommunen har reist spørsmål om hvorvidt og på hvilke vilkår et felles dokumentasjonssystem for pleie og omsorgstjenesten vil kunne operere i tråd med loven og lovens intensjoner. Kommunen har i oktober 2010 mottatt signaler om at det ikke er mulig med et felles system, men vi har fortsatt ikke fått et svar i saken. I kommuner med stort innslag av privat tjenesteyting er de interne kommunikasjons-utfordringene mellom kommunen og de leverandørene kommunene har inngått avtale med, vel så store som de eksterne kommunikasjonsutfordringene med sykehus og fastleger. Flere typer kommunale tjenester ytes parallelt, og av ulike tjenesteleverandører. Uten nødvendig samordning internt blir det vanskelig å oppnå bedre samordning eksternt. Oslo kommune har vanskelig for å se at det er mulig å løse disse utfordringene innenfor de rammer som helseregisterloven setter i dag. Utvidelse av dokumentasjonsplikten til nye personellgrupper og pålegg om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon, vil bidra til å forsterke problemene. Det skapes de samme problemene på kommunalt nivå som det brukes store ressurser på å løse på nasjonalt nivå. Det er derfor behov for avklaringer av både faktisk og rettslig art før den foreslåtte lovendringen kan tre i kraft. Oslo kommune kan ikke se at disse problemstillingene er berørt i tilstrekkelig grad i høringsnotatet.”

Departementet uttaler s 301 i prop. 90 L

“Departementet ser at gjeldende regelverk kan være til hinder for effektiv kommunikasjon mellom kommunale og private tjenesteytere i pleie- og omsorgssektoren og at de regelendringene som omtales i denne proposisjon ikke tar høyde for denne problemstillingen. Departementet vil

imidlertid se nærmere på problemstillingen i forbindelse med det pågående arbeidet med nasjonal kjernejournal.”

Den 08.04.2011 var Oslo kommune, sammen med KS, invitert til et møte med Helse- og omsorgsdepartementet for å synliggjøre kommunes behov for virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre I referatet fra dette møte fremgår det blant annet at: *“Innspillene vil også bli vurdert i det videre arbeidet med forskrifter om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede registre”*. De innspillene det refereres til er Oslo kommunes *“orientering om behovet for et helhellig elektronisk pleie- og omsorgssystem i kommunene”*.

Kort om pleie og omsorgstjenesten i Oslo kommune

Pleie og omsorgsområdet omfatter tjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp), korttids- og langtidsopphold på sykehjem, dagsentertilbud, psykiatrisk hjemmesykepleie, bemannede boliger for funksjonshemmede, psykisk syke med mer, fysio- og ergoterapitjeneste, trygghetsalarm osv.

Pleie- og omsorgstjenestene formidles av bydelenes bestiller-/søknadskontorer som tar i mot søknader og fatter vedtak om bistand. Bestillerkontoret bestiller denne bistanden fra en utførende enhet i kommunen og/eller fra en privat leverandør i samråd med søkerens ønsker. Ved endringer i bistandsbehov, kan bestillerkontoret fatte vedtak om annen tjeneste og eventuelt overføre tjenesten til annen utfører enhet.

Nærmere om private leverandører og brukervalg i pleie og omsorgstjenesten

Oslo kommune har benyttet private leverandører i pleie- og omsorgstjenesten i mange tiår. Lenge var alle private leverandører ideelle organisasjoner, men enkelte kommersielle leverandører kom med tidlig på 2000-tallet. I dag er ca en tredjedel av sykehjemsplassene i Oslo driftet av i alt nitten ulike leverandører, hvorav fjorten er ideelle organisasjoner og fem kommersielle.

Oslo kommune har innført brukervalg i hjemmetjenesten. Brukervalg ble innført for praktisk bistand i 2006 og for hjemmesykepleie i april 2011. Brukervalg innebærer at brukere (pasienter) med vedtak om hjemmetjeneste kan velge om de vil få hjemmetjenesten levert av bydelens utfører enhet eller av en privat tjenesteleverandør. Brukerne kan bytte leverandør hvis de ikke er fornøyd med kvalitet på tjenesten. På den måten får leverandørene et insitamant til å levere tjenester med høy kvalitet gjennom hele avtaleperioden.

Viktigheten av felles pleie- og omsorgssystem

Det er behov for utstrakt utveksling av informasjon mellom bydelens bestillerkontor og tjenesteyter både når en tjeneste starter, når innholdet i en tjeneste endres, når en tjeneste stanses (midlertidig eller permanent), når en tjeneste restartes (etter midlertidig stans), ved bytte av tjenesteleverandør, og ved henvendelser fra/til lege og sykehus osv. Innholdet i informasjonen er dels av helsefaglig karakter og dels av administrativ karakter, og det er behov for at informasjonen flyter begge veier.

Mange brukere mottar tjenester fra flere tjenesteytere og da må informasjonen deles mellom de involverte tjenesteyterne. Noen ganger er den ene av tjenesteyterne kommunal og den andre privat. Man kan motta hjelp fra kommunal og privat tjenesteyter samtidig, for eksempel ved privat hjemmesykepleie på dagen og kommunal på natten eller kommunal dagsenterplass på dagen og privat hjemmesykepleie på kveld/natt/i helgene, eller man kan motta hjelp fra kommunale og private tjenesteyter etter hverandre, for eksempel fra kommunal hjemmesykepleie i egen bolig til korttids opphold på et privat sykehjem og så tilbake til egen bolig med kommunal hjemmesykepleie.

Tjenesteytere som yter tjenester til samme bruker, har et kontinuerlig behov for å dele informasjon seg imellom. Slik informasjonsdeling er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp, slik at det ikke oppstår fare for pasientens liv og helse. Behovet for å dele informasjon er større jo mer hjelpetrengende brukeren er. Samhandlingsreformen har gitt kommunene et større ansvar for de mest hjelpetrengende brukerne.

Oslo kommune har siden 2006 arbeidet med å videreutvikle kommunens pleie- og omsorgssystem slik at de ulike aktørenes behov for tilgang til informasjon kan bli ivaretatt igjennom systemet. Pleie- og omsorgssystemet bidrar til å sikre at brukerne mottar helhetlige, samordnede og godt koordinerte tjenester uavhengig av om tjenesten leveres av en kommersiell leverandør, en ideell organisasjon, en kommunal utfører eller en kombinasjon av disse.

Oslo kommune har videre arbeidet målrettet med å forbedre tilgangsstyrings-funksjonaliteten i systemet, slik at alle får tilgang til den informasjonen de har behov for og ingen får tilgang til informasjon de ikke har behov for.

Tilgangsstyringsfunksjonaliteten i GERICA gjør det mulig å styre hvilke medarbeidere som skal ha tilgang til hvilke tjenestemottakere. Hovedregelen er at en medarbeider kun skal ha tilgang til informasjon om tjenestemottakere som mottar tjenester fra det tjenestested hvor medarbeideren selv har sitt arbeid. Med tjenestested mens her laveste nivå i organisasjonshierarkiet.

Tilgangene er med andre ord relatert til den enkelte bydels/sykehjems/leverandørs egen organisasjonsstruktur. Alle medarbeidere og alle tjenestemottakere blir knyttet opp mot en organisatorisk enhet. En medarbeider får bare tilgang til de tjenestemottakerne som er knyttet opp til den samme organisatoriske enheten som medarbeideren selv er knyttet opp til.

Videre blir alle medarbeidere knyttet opp til grupper ut fra hvilke rolle de har i organisasjonen. En sykepleier vil således få tilgang til mer informasjon om sine pasienter enn for eksempel en pleieassistent eller hjemmehjelper.

Det er bestillerkontoret i hver bydel – dvs. det kontoret som fatter vedtak om å yte hjelp - som registrerer hvilke organisatoriske enheter hver enkelt tjenestemottaker skal få tjenester fra. Det er også bestillerkontoret som opphever eller endrer tjenestemottakerens knytning til organisatorisk enhet når tjenesten opphører eller tjenestemottaker bytter tjenesteleverandør. Den enkelte medarbeiders tilgangsrettigheter angis av medarbeiderens nærmeste leder. En leder kan bare gi medarbeidere tilgang til den organisatoriske enheten hun selv er leder for.

Gjennom en avansert autoriserings- og tilgangsstyrings mekanisme i pleie- og omsorgssystemet, en tydelig deling av oppgaven med å knytte hhv medarbeidere og tjenestemottakere opp mot organisatoriske enheter og et eget reglement for styring av tilganger vedtatt av byrådet, sikrer Oslo kommune at den enkelte ansatte kun har tilgang til de opplysninger som er nødvendig for vedkommendes arbeid.

Konsekvenser dersom man ikke kan benytte felles journal i pleie- og omsorgstjenesten

Hvis de private leverandørene ikke kan fortsette å dokumentere i kommunens pleie- og omsorgssystem, må det etableres manuelle informasjonsutvekslingsrutiner. Dette vil gi økt risiko for at informasjon kommer på avveie og økt risiko for at tjenesteyter ikke får tilgang til den informasjonen han har behov for.

Alternative informasjonskanaler er telefon, telefaks, post og bud, men hvis situasjonen blir kritisk og liv og helse er i fare vil hensynet til forsvarlighet i behandlingen gjøre det vanskelig å kritisere at også sms og e-post blir tatt i bruk. Verken ansatte eller ledere vil forstå hvorfor de blir fratatt muligheten til å dele livsviktig informasjon i et felles journalsystem. Mye ligger dermed til rette for at det utvikles en ukultur der e-post og sms blir oppfattet som en nødvendig og akseptabel kommunikasjonsform, også i situasjoner der liv og helse ikke er i fare.

Manuelle informasjonsutvekslingsrutiner innebærer at informasjonen går via flere kanaler og involverer flere personer. Dette vil gi økt risikoen for at informasjonen ikke når frem dit den skal eller ikke er tilgjengelig for de som trenger den når det er behov for den. Informasjonen vil være spredd i flere pasientjournaler og ingen vil ha full oversikt. Mangelfull informasjon vil kunne føre til at det bli tatt beslutninger på sviktende grunnlag, noe som vil gå ut over kvaliteten på tjenestene og i verste fall få konsekvenser for brukernes liv og helse.

Risikoen med hensyn til brukernes liv og helse vil være størst i hjemmesykepleien og ved korttidsopphold på sykehjem. Dette er spesialiserte tjenester som ytes til personer med stort hjelpebehov og hvor det kan skje raske endringer i hjelpebehovet. Dette gjelder særlig med hensyn til endringer i medikamenter der bruk av flere adskilte journaler for samme pasient i samme tjeneste medfører en klar risiko for feil i medisinerings.

Kommunikasjonen med øvrige deler av helsevesenet vil også kompliseres. Oslo kommune har kommet langt i arbeidet med å ta i bruk elektroniske meldinger i kommunikasjon med fastleger og sykehus. Slik kommunikasjon forutsetter at alle benytter elektronisk journal. Hvis de ulike tjenesteyterne dokumenterer i hver sin elektroniske journal, vil det være vanskelig for sykehusene og fastlegene å vite hvem de skal sende de ulike meldingene til. Dette kan føre til mange feilsendinger og dermed bidra til å undergrave tilliten til elektronisk meldings-utveksling i helsesektoren.

De administrative rutinene vil bli mer tidkrevende og det må overføres ressurser fra tjenesteproduksjon til administrasjon. Det blir vanskelig å opprettholde dagens høye beleggspersent på sykehjemmene, vi vil få redusert mulighetene til å føre kontroll med kvaliteten på de tjenestene de private og ideelle leverandørene yter, det blir vanskelig å beregne korrekt egenbetaling for praktisk bistand i hjemmet og korrekt vederlag for opphold på sykehjem, og kvaliteten på den årlige rapporteringen til Statistisk Sentralbyrå vil bli redusert.

Enkelte andre utfordringer

Utfordringene ved nåværende regelverk gjelder ikke bare ved bruk av private leverandører av pleie- og omsorgstjenester. En sykehjemslege er ikke nødvendigvis ansatt på sykehjemmet der vedkommende arbeider. Vedkommende kan også være selvstendig næringsdrivende med avtale med den som har driftsansvaret ved sykehjemmet. En legevaktslege som tilkalles et sykehjem utenom dagtid, vil som oftest også være en annen juridisk person enn den som har databehandlingsansvaret ved sykehjemmet. I følge Helsedirektoratets fortolkning av Helseregisterloven, har ikke disse legene anledning til å benytte sykehjemmets pasientjournal, men et selvstendig ansvar for å føre egen journal for pasienten, som sykehjemmets ansatte helsepersonell ikke har tilgang til. Det er lignende problemstillinger knyttet til eksempelvis helsestasjonsleger når disse ikke er ansatt i kommunen. Slike utslag av lovgivningen, som det i liten grad tas hensyn til i de utøvende tjenestene, understreker behovet for å tilpasse regelverket bedre til organiseringen av primærhelsetjenesten.

Oslo kommune antar videre at det kan bli en rekke utfordringer knyttet til samhandling, blant annet med hensyn til organiseringen av lokalmedisinske sentre, intermediære enheter, interkommunalt samarbeid, vertskommune som driftsansvarlig m.v.

Kommentarer til enkeltbestemmelser i forskriftsforslaget:

Til §§ 1,2,3 og 8

§1 Forskriftens formål

Formålet med forskriften er å bidra til effektiv og forsvarlig helsehjelp og administrasjon av slik hjelp.

§ 2 Forskriftens virkeområde

Forskriften gjelder virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formaliserte arbeidsfelleskap som yter eller administrerer helsehjelp

§ 3 Definisjoner

"I denne forskriften menes med:

1. formalisert arbeidsfelleskap: samarbeid mellom to eller flere virksomheter som tydelig fremstår som en enhet 2. virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregister: behandlingsrettede helseregister i arbeidsfelleskap hvor helsepersonell kan nedtegne eller registrere opplysninger om pasient, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. "

§ 8 Opphør av formalisert arbeidsfelleskap

Et formalisert arbeidsfelleskap opphører når en eller flere av deltagerne trekker seg fra samarbeidet.

Oslo kommune har merket seg at departementet i høringsnotatet gir uttrykk for at forskriften er ment å skulle gi hjemmel for kommunens bruk av pleie- og omsorgssystemet Gerica. Likevel er kommunen opptatt av at kommunenes opprettelse og bruk av felles pleie- og omsorgssystem (Gerica eller liknende system) ikke er beskrevet eller omtalt i høringsnotatet. Vi vil på denne bakgrunn be om at det bekreftes at kommunens bruk av Gerica som beskrevet i dette dokumentet faktisk omfattes av forskriften.

Vilkåret i utkastet § 3 om at virksomhetene tydelig skal fremstå som en enhet, kan medføre tvil om hvilke typer samarbeid forskriften er ment å omfatte. Som det fremgår ovenfor, utføres den kommunale pleie- og omsorgstjenesten dels av private tjenesteytere, dels av ideelle organisasjoner og dels av kommunalt ansatte. Kommunen ber om at departementet kommenterer om det er tatt høyde for at dette samarbeidet er mangfoldig – slik at det i praksis ikke vil oppstå grensespørsmål. En alternativ formulering, som tydeligere dekker kommunenes behov, bør vurderes. Oslo kommune foreslår at definisjonen i utkastet § 3 endres slik:

formalisert arbeidsfelleskap: samarbeid mellom to eller flere virksomheter som yter helhetlig helse- og omsorgstjenester.

Som nevnt er de interne kommunikasjonsutfordringene i pleie og omsorgstjenestene i Oslo kommune løst ved at både kommunale, private og ideelle tjenesteytere er pålagt å dokumentere i kommunens felles pleie- og omsorgssystem Gerica. Oslo kommune har jobbet systematisk med innføring av et slikt system i mange år, for å sikre et samordnet og helhetlig helse- og omsorgstilbud til kommunens befolkning. Personvernet er ivaretatt gjennom tilgangsstyring. Det gis kun tilgang til de pasienter/brukere som tjenesteyter har ansvar for, og til de opplysninger som vedkommende faglig sett har behov for.

Pleie- og omsorgssystemet Gerica er ikke opprettet i et fellesskap. Det er Oslo kommune som har inngått avtalen om bruk av Gerica i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. De private virksomhetenes dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester er basert på selvstendige avtaler med kommunen. Oslo kommune har bilaterale avtaler med hver enkelt av private leverandørene. Det er altså ikke én fellesavtale som er signert av kommunen og alle de private leverandørene. Det ville være juridisk uholdbart, og ikke minst upraktisk dersom avtalen skulle reforhandles og undertegnes på nytt hver gang en privat leverandør skulle inn eller ut av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. På denne bakgrunnen forstår kommunen utkastet § 8 slik at det kun er den enkelte bilaterale avtalen som opphører dersom en deltaker trekker seg fra samarbeidet. For ordens skyld ber kommunen om at departementet kommenterer dette spørsmålet. Oslo kommune er i henhold til avtalen databehandlingsansvarlig. Når en leverandør ikke lenger leverer tjenester eller avtalen med kommunen opphører vil vedkommende leverandør ikke lenger ha tilgang til pasienter/brukere i Gerica, mens alt som er journalført blir værende i Gerica.

I høringsnotatet 2.5.4 Kommunesamarbeid og tjenesteutsetting uttales:

“Kommuner har plikt til å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (i kraft fra 1. januar 2012).

Enkelte kommuner benytter seg av muligheten som ligger i å la andre aktører yte de kommunale helse- og omsorgstjenestene som kommunen har ansvar for å tilby. Kommuner som ønsker å benytte private aktører for utførelse av nærmere bestemte oppgaver kan konkurranseutsette dette. En kommune kan også velge å la enkelte lovpålagte oppgaver, som ledd i et interkommunalt samarbeid, utføres av en annen kommune gjennom en vertskommunemodell, jf. kommuneloven kapittel fem.

Ved slike former for samarbeid eller utsetting av kommunale oppgaver til private aktører vil det ofte være behov for at opplysninger om større eller mindre deler av en pasients sykdomsforløp, eller behandlingsforløp, er tilgjengelig for alle aktørene som i kommunen, eller på kommunens vegne, yter helsehjelp. Det vil kunne gi bedre kvalitet på helsehjelpen og dermed gi økt pasientsikkerhet når dokumentasjonsplikten kan oppfylles i samme pasientjournal.

Denne forskriften åpner for at kommunen og den som yter tjenester på kommunens vegne kan oppfylle kravene til et formalisert arbeidsfellesskap.”

I høringsnotatet side 21 uttales:

“Et annet sentralt vilkår vil være om virksomhetene utad fremstår som en enhet. Dette vil bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet. Vilkåret vil ofte være oppfylt i situasjoner der samarbeidet både er samlokalisert, bruker felles betegnelse på samarbeidet (f.eks. ”Oslo legekontor”) og har felles publikumstjeneste. Men det er ikke et absolutt krav at virksomhetene er samlokaliserte og bruker felles betegnelse. Et eksempel på samarbeid med ulik lokalisering, som allikevel kan fremstå utad som en enhet, er kommunale tjenester som ytes av ulike virksomheter. Ved behov for kommunale tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (i kraft 1. januar 2012) søker brukeren kommunen om en tjeneste, uavhengig av om den faktiske tjenesteutøvelsen ytes av privat aktør med avtale med kommunen. Dette innebærer at brukeren forholder seg til kommunen, uavhengig av virksomheten som yter helsehjelpen. For brukeren fremstår tjenesten som en kommunal tjeneste, og klager og forespørsler om endringer i tjenestetilbudet rettes mot kommunen og ikke mot den private virksomheten som yter tjenesten. Dette trekker i retning av at kommunale tjenester som ytes av private med avtale med kommunen kan være en del av et formalisert

arbeidsfellesskap. Et eksempel kan være tjenester som ytes delvis av private aktører, og delvis av kommunen selv, for eksempel der kommunen drifter et tilbud på dagtid, mens kvelds- og nattilbudet utføres av privat virksomhet.”

Oslo kommune er usikker på om disse uttalelsene er tilstrekkelig klare til at det kan konkluderes med at kommunens bruk av Gericia er i tråd med forskriften. Kommunenes bruk av fellesjournal med private leverandører er ikke nevnt som eksempler i merknadene til bestemmelsene, og kommunen ber om at departementet kommenterer dette – eventuelt at forskriften endres slik som foreslått over.

Til §§ 4 og 6

§ 4 Avtale om formalisert arbeidsfellesskap og virksomhetsovergrepene behandlingssrettet helseregister

Avtale om formalisert arbeidsfellesskap og virksomhetsovergrepene behandlingssrettet helseregister skal inngås skriftlig. Virksomhetenes navn og adresse skal fremgå av avtalen. Avtalen skal regulere hvilke oppgaver og tjenester arbeidsfellesskapet skal samarbeide om, ansvarsforhold og oppsigelse av avtalen.

Avtalen skal i tillegg inneholde:

- 1. navn og adresse på databehandlingsansvarlige og dennes representant*
- 2. navn og adresse på eventuelle databehandlere etter helseregisterloven § 18*
- 3. hvor helseregisteret skal overføres ved opphør av arbeidsfellesskapet*

Oslo kommune har som nevnt bilaterale avtaler med private leverandører av pleie- og omsorgstjenester, som pålegges å journalføre pasient/brukeropplysninger i Gericia. Kommunen er databehandlingsansvarlig. All informasjon vil bli værende i Gericia når en privat leverandør ikke lenger har avtale med kommunen.

§ 6 Informasjonssikkerhet, tilgangskontroll, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger
Forskrift 24. juni 2011 nr. 628 om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingssrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)
gjelder også for virksomhetsovergrepene registre etter denne forskriften.

Denne forskriften er ikke trådt i kraft ennå og det må presiseres at den kun kommer til anvendelse etter den er trådt i kraft.

Individuell plan


I høringsnotatets punkt 2.5 nevnes eksempler på samarbeidsformer der departementet ser at det kan være behov for felles journalføring på tvers av virksomheter. Et av eksemplene som nevnes er samarbeidsgrupper som opprettes for å ivareta pasienter med behov for tjenester fra personell med tverrfaglige kvalifikasjoner. ACT-team er nevnt som eksempel på et slikt gruppesamarbeid.

Et gruppesamarbeid som ikke er nevnt i høringsnotatet, er ansvarsgrupper som opprettes for å utforme og oppdatere Individuelle Planer (IP) for pasienter med behov for sammensatte tjenester. Det er derfor uklart hvor vidt dette samarbeidet også er omfattet av forskriften.

Ansvarsgrupper er gjerne sammensatt av medarbeidere fra ulike virksomheter og har således også et stort behov for å kunne dokumentere i et felles system. Det er derfor utarbeidet egne IP systemer til dette formålet som så langt er tatt i bruk i et 100-talls kommuner. Hvis departementet har ment at felles dokumentasjon av arbeidet med utforming og oppdatering av IP også skal hjemles i denne forskriften, bør dette komme klarere frem. Hvis ikke, mener vi at det bør

iverksettes et arbeid for å sikre nødvendig hjemling av felles dokumentasjon i IP systemer på annen måte.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

for 
Bjørg Månun Andersson
kommunaldirektør *e.f.*