



Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger
fra kliniske IT-systemer

Solveig Økland

Kathrine Haumann

Ragnar Stranger Christiansen

Veileder

Jan Gunnar Dale

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Denne rapporten er et resultat av tre studenters arbeid gjennom det tredje og siste året av en masterutdanning i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder.

Vi ønsker å rette en stor takk til de avdelinger ved Oslo Universitetssykehus som gav oss muligheten til å gjennomføre denne undersøkelsen. Vi ønsker også å takke alle de ressurspersoner innenfor fagfeltet som har delt av sin tid og kunnskap gjennom prosjektperioden.

Vår veileder Jan Gunnar Dale skal ha en stor takk for kyndig veiledning gjennom prosjektet.

Sist, men ikke minst, ønsker vi å takke våre familier for den støtte, tålmodighet og omtenkksomhet de har vist gjennom våre tre år med videreutdanning. Det har vært helt avgjørende for å få dette prosjektet i havn.

Mai 2011

Solveig Økland

Kathrine Haumann

Ragnar Stranger Christiansen

Sammendrag

Pasienter har rett til integritet når de er under behandling\pleie av helsepersonell. Pasienters integritet forutsettes blant annet av at dennes taushetsbelagte opplysninger forvaltes etter intensjonene i lovverket. Det ligger et stort ansvar på de som har behov for å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger om pasienter.

IT-systemer på sykehus er implementert i større eller mindre grad siden 1980, tallet og erstatter i dag papirjournalen. IT-systemer som elektronisk pasientjournal og pasientadministrasjonssystemer har muligheten til å tilgangsstyre og loggføre aktiviteter slik at pasientens integritet bedre kan beskyttes.

Formålet med dette prosjektet har vært å måle omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger fra kliniske IT-systemer, samt å se på hvilke faktorer som påvirker slik tilegnelse. Dette ved å gjennomføre en spørreundersøkelse på et norsk helseforetak. Mange i denne undersøkelsen sier de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse, og det er også kartlagt begrunnelser for hvorfor de gjør dette. Undersøkelsens utvalg er ikke av en slik art at man kan dra generelle slutninger, men noen tendenser er avdekket.

Klarere regler for tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger bør muligens bli gitt av helsemyndighetene, da det kan se ut som at helsepersonell tolker lovverket forskjellig. Denne undersøkelsens resultater viser også at det er viktig at organisasjoner driver jevnlig opplæring av ansatte innenfor området personvern, informasjonssikkerhet, samt holdningsskapende arbeid.

Organisasjoner som lagrer pasientopplysninger har et særskilt ansvar for å beskytte sensitive opplysninger. Pasientens integritet må ivaretas også etter at behandlingsansvaret er avsluttet.

Abstract

Patients have the right to integrity when they are in medical treatment or care. One of the conditions to preserve the patient's integrity is to manage confidential information in accordance with the intentions of the legislation. Those who need to acquire confidential information for about patients have a great responsibility.

Electronic patient record system (EPR) and Patient administration systems(PAS) in hospitals have been implemented since the 1980's and have now replaced paper records. The use of such information systems enables access control and logging activities. Hence the patient integrity can be better protected.

The purpose of this project was to assess the extent of unauthorized access to confidential information from clinical information systems such as EPR and PAS, and to investigate influencing factors. To assess this we conducted a survey in a university hospital in Norway. The sample consisted of 264 health personnel.

Many of the respondents reported that they had read confidential information without health-related justification. It has also been identified reasons for such actions. The results of the survey also showed that it is important that employees receive regular training in the area of privacy and information security.

It is not possible to make general conclusions based on sample used in this survey, but some tendencies are evident. The health authorities should state clearer guidelines for the appropriation of confidential information, as it appeared that health professionals interpret the law in different ways.

Organizations which stores patient information have a special responsibility to protect this information. The patient's integrity must be maintained even after the care responsibilities are completed.

1.0 Innledning.....	1
2.0 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger	2
2.1 Et spørsmål om tillit og integritet.....	2
2.2 Er snoking et problem?	6
2.3 Forskningsspørsmål.....	8
3.0 Virkemidler og tiltak mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger	9
3.1 Juridiske virkemidler.....	9
3.2 Tilgangsstyring.....	13
3.3 Kunnskap om informasjonssikkerhet hos helsepersonell	19
3.4 Hendelsesregister	22
4.0 Teorigrunnlag	25
4.1 DeLone og McLean sin modell for IS suksess.....	26
4.2 Teori om planlagt atferd.....	31
5.0 Metode	35
5.1 Bakgrunn for valg av metode og utførelse	35
5.2 Metodekritikk	41
5.3 Etske hensyn.....	43
5.4 Litteratursøk og kildekritikk	43
6.0 Resultater og analyser	45
6.1 Hvem har svart på undersøkelsen?.....	45
6.2 Tilgangsstyring.....	46
6.3 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger	48
6.4 Hendelsesregister og opplæring	55
7.0 Drøfting.....	58
7.1 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger	59
7.2 Tilgangsstyring og hendelsesregistrering.....	61

7.3	Kunnskap.....	65
7.4	Subjektiv norm og opplevd adferdskontroll.....	67
8.0	Konklusjon og forslag til videre arbeid.....	68
	Litteraturliste	70

Figurer

Figur 2.1	Utdrag av Personvernrapporten	4
Figur 3.1.	Eksempel på journalsperring fra EPJ-systemet Dips	12
Figur 3.3	Ebbinghaus` s forgetting curve, etter Ebbinghaus (1885),	21
Figur 3.4	Eksempel på journallogg fra Doculive (EPJ).....	23
Figur 3.4.1	Eksempel på MinLog fra Sundhed.dk	25
Figur 4.1.1	Nivåer og dimensjoner i DeLones 2003-modell.....	27
Figur 4.1.2	DeLone og McLean oppdatert modell for IS suksess, 2003.	28
Figur. 4.1.3	DeLone og McLean sin modell slik den er brukt i denne oppgaven	31
Figur 4.2.1	Theory of planned behavior (Ajzen, 1991).....	32
Figur 4.2.2	Bakgrunnsfaktorenes rolle i teorien om planlagt atferd. (Ajzen, 2005).	33
Figur 6.1	Arbeidstittel.....	46
Figur 6.2	Tilgang til taushetsbelagte opplysninger	47
Figur 6.3.1	Urettmessig tilegnelse	49
Figur 6.3.2	Kjønn * Urettmessig tilegnelse	51
Figur 6.3.3	Arbeidstittel * Tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.....	52
Figur 6.3.4	Selv/Andre * Urettmessig tilegnelse.....	53
Figur 6.4	Opplæring * Urettmessig tilegnelse.....	56

Tabeller

Tabell 6.2.1 Krysstabell. Tilgang * Urettmessig tilegnelse	47
Tabell 6.2.2 Krysstabell. Arbeidstittel * For vide	48
Tabell 6.3.1 Krysstabell. Demografiske data * Urettmessig tilegnelse	50
Tabell 6.3.2 Krysstabell. Arbeidstittel * Urettmessig tilegnelse	54
Tabell 6.4 Krysstabell. Logg, opplæring * Urettmessig tilegnelse.....	57

Vedlegg

A Forespørsler

B Spørreskjema

C Tabeller

D Logg for litteratursøk

E Informasjonsskriv

Antall ord

22337

1.0 Innledning

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger fra pasientjournaler, også kalt snoking på folkemunne, er ikke noe nytt problem. Utviklingen de senere år med overgang fra papirbaserte pasientjournaler til elektroniske journaler har imidlertid gjort problemstillingen mer aktuell. Mens papirjournaler ble oppbevart ved en avdeling eller et kontor og kunne leses av et avgrenset antall personer, åpner elektroniske pasientjournaler for muligheten for at et større antall personer kan ha tilgang til journalen. Samtidig gir overgangen til elektroniske journaler en bedre mulighet for å avdekke denne type aktivitet, da det kan logges hvem som har vært inne i journalen til den enkelte pasient. Bruk av papirjournaler gir ingen mulighet for å avdekke hvem som har lest i journalen. I forhold til personvern kan overgangen til elektroniske pasientjournaler derfor være både et fremskritt og et tilbakeskritt. Planleggingen av en nasjonal kjernejournal aktualiserer også behovet for tiltak rettet mot avverging av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Ved innføring av en slik kjernejournal åpner en muligheten for å ha tilgang til helseopplysninger om store deler av befolkningen. I mai 2008 fikk Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) et tillegg. Den nye § 13a sier at:

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift (Lov av 2001-05-18 nr.24, § 13a).

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger ble nå altså gjort ulovlig. Denne lovendringen var det som inspirerte til arbeidet med denne masteroppgaven. I tillegg fikk den samme loven i juni 2009 et tillegg. En utvidet § 13 sier at “Den registrerte har rett til innsyn i logg fra behandlingsrettet helseregister om hvem som har hatt tilgang til helseopplysninger om ham eller henne”(Lov av 2001-05-18 nr.24, § 13).

I kapittel 2 av oppgaven vil urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger bli nærmere beskrevet. Det vil bli presentert hvorfor dette kan være et problem, hvem det angår, hva som foreligger av forskning rundt utbredelsen av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, og hvilke konsekvenser det kan ha. Videre vil det i kapittel 3 bli presentert ulike virkemidler og tiltak som er utviklet for å motvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Oppgavens 4. kapittel presenterer teorigrunnlaget som blir brukt. Hvilken metode som er brukt og fremgangsmåte for dette blir presentert i kapittel 5. Kapittel 6 presenterer resultatene av den empiriske undersøkelsen som er gjort. Disse

resultatene blir analysert og drøftet opp mot teorigrunnlaget i kapittel 7. Avslutningsvis vil kapittel 8 inneholde en konklusjon med forslag til videre forskning.

2.0 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

Det folkelige uttrykket snoking blir brukt for å beskrive urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte personopplysninger. Datatilsynet bruker uttrykket ”Uautorisert oppslag i pasientjournaler” (Datatilsynet, 2007, s.1) for å beskrive en slik handling. Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) § 13a forbyr lesing, søking etter eller annen tilegnelse av helseopplysninger som ikke er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. Det å urettmessig tilegne seg taushetsbelagte opplysninger forstås altså som å tilegne seg sensitive opplysninger som en ikke har et yrkesmessig begrunnet behov for å tilegne seg. Hvorfor har vi en slik lov? Er urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger fra pasientjournaler et problem og i så fall hvor utbredt er det? For hvem er det et problem? Hvilke konsekvenser kan det ha? Dette kapittelet vil forsøke å belyse disse spørsmålene.

2.1 Et spørsmål om tillit og integritet

Taushetsløftet innen legeyrket er noe som man antar først ble beskrevet av Hippokrates rundt 300-400 år f.Kr. Hippokrates var en av de mest kjente legene i antikken og han la til rette for mange av de etiske verdiene som blir fulgt av leger den dag i dag. “Den Hippokratiske ed” er en kjent tekst som beskriver disse etiske retningslinjene. Her står det blant annet: “Alt som kommer til min viten under utøvingen av mitt yrke eller i daglig samkvem med mennesker, som ikke burde bli kjent for andre, vil jeg holde hemmelig og aldri avsløre” (Ringnes, 2001, s.1).

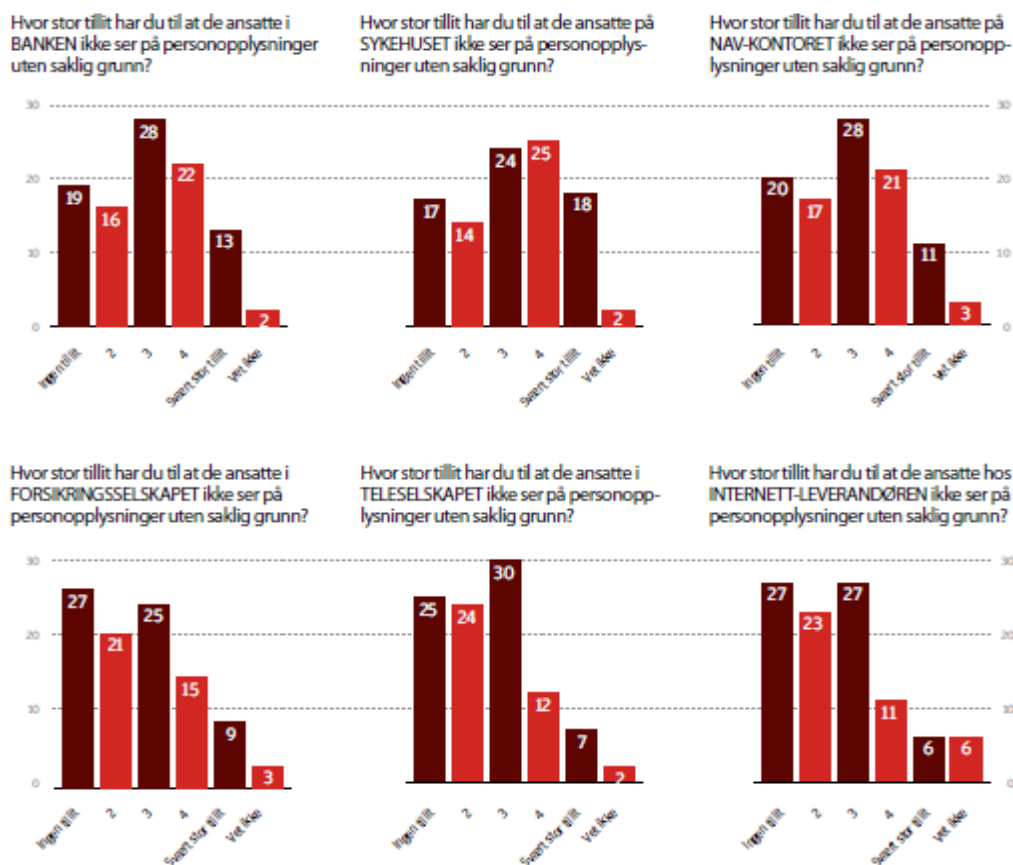
I Helsedirektoratets rundskriv av juni 2010, om helsepersonells taushetsplikt, står det:

Helsepersonells taushetsplikt innebærer at de skal hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten skal verne om pasientens integritet, og gjennom dette bidra til befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell og til at hjelpetrengende oppsøker helsetjenesten ved behov. Taushetsplikten skal også bidra til at pasienten gir den informasjonen som er nødvendig i forbindelse med helsehjelpen, i tillit til at opplysningene ikke brukes til andre formål eller i andre sammenhenger. (Helsedirektoratet, 2010, s.10).

Det er altså menneskets integritet det handler om, og som kan bli krenket ved at sensitive opplysninger blir kjent for uvedkommende. Alle mennesker har forhold som tilhører den innerste private sfære. I møtet med helsevesenet eller sosialvesenet kan det være nødvendig å opplyse om slike forhold, for å kunne få den hjelp som er nødvendig. For at helse- og sosialvesenet skal kunne gi rett hjelp, og for å kunne opprettholde sin legitimitet, er det svært viktig at deres ”kunder” er trygge på at de sensitive opplysningene blir ivaretatt på en slik måte at deres integritet ikke blir krenket. Kun ved å oppnå denne tilliten sikrer man en åpen og ærlig dialog, som er viktig for å kunne gi riktig helsehjelp.

Taushetsplikten dreier seg om at sensitive opplysninger ikke skal spres videre til uvedkommende og er nedfelt i Lov av 1999-07-02 nr 64 (helsepersonelloven) § 21 og Lov av 1999-07-02 nr 63 (pasientrettighetsloven) § 3-6.. Det nye i 2008 var at det også ble forbudt å urettmessig tilegne seg sensitive opplysninger som man ikke har en faglig begrunnelse for. Tillit, eller mistillit, er igjen sentralt; det kan virke som om man ikke stoler på at helsepersonell ikke utnytter muligheten til å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger, og overholder taushetsplikten. Det nye tillegget i loven åpner for strafferettslige reaksjoner ved urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, selv om taushetsplikten ikke er brutt.

I Personvernrapporten for 2008 (Datatilsynet, 2008) presenteres en undersøkelse som viser i hvor stor grad nordmenn har tillit til at ansatte i ulike bransjer ser på personopplysninger uten saklig grunn. Undersøkelsen viser at det er omtrent like mange som har ”svært stor tillit” (18 %) som det er personer som har ”ingen tillit” (17 %) til at sykehusansatte ikke ser på personopplysninger uten saklig grunn. Totalt 31 % er i gruppen ”ingen tillit” og skåren som ligger nærmest denne. I forhold til ansatte i NAV har de spurte enda mindre tillit, her svarer 11 % at de har ”svært stor tillit”, mens 20 % svarer at de har ”ingen tillit” til at de ansatte ikke ser på personopplysninger uten saklig grunn. Datatilsynet opplyser at sammenlignet med en tidligere undersøkelse om samme tema, har tilliten til de ulike instansene falt.



Figur 2.1 Utdrag av Personvernrapporten

I en undersøkelse utført for California Healthcare Foundation (2005) fant man at nærmere 2/3 av utvalget var meget bekymret (36 %) eller noe bekymret (31 prosent) rundt personvern knyttet til deres elektroniske pasientjournal. Dette gjaldt i særlig grad personer som tilhørte en etnisk minoritet og pasienter med en kronisk lidelse. 52 % uttrykte bekymring for misbruk av registrerte helsedata. Dette var en klar økning fra 1999, da en tilsvarende undersøkelse ble gjennomført. Det var den gang 36 % som uttrykte bekymring for det samme. 13 % av de spurte hadde agert for å beskytte sine helseopplysninger. De hadde mellom annet bedt legen om å utelate opplysninger i journalen eller å skrive en mindre alvorlig diagnose, unngått bruk av sin faste lege ved særlige lidelser, unngått visse medisinske tester for å hindre å få resultatene beskrevet i journalen sin, og betalt undersøkelser selv for å unngå å sende inn krav.

Videre viser en undersøkelse utført av Wester (2007) ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset at det forekommer ”mapper” utover det vanlige elektroniske pasientjournalssystemet og den

ordinære papirjournalen. Mappene inneholder pasientopplysninger. Begrunnelsen for ikke å føre opplysningene inn i den elektroniske journalen oppgis å være hensyn til pasientens integritet; ”det är inte sånt som man skriver i journalen som andra kan läsa”(Wester, 2007, s.129). Her fremkommer altså at det eksisterer uformelle parallelle journaler som inneholder sensitive pasientopplysninger. Dette medfører en betydelig fare for at pasienter videre kan bli feilbehandlet, da nye behandlere bare vil kjenne til deler av pasientjournalen. Denne parallelle journalføringen vitner om en betydelig mistillit til hvordan helsepersonalet vil behandle sensitive opplysninger.

Flynn et al. (2003) utførte en spørreundersøkelse vedrørende psykiatriske pasienters bekymring for sikkerheten i elektroniske pasientjournalssystemer. Poliklinikken der undersøkelsen foregikk brukte papirjournaler, og skulle gå over til elektronisk pasientjournal. Undersøkelsen konstaterte med at de største bekymringene med å gå over til elektronisk journal var sikkerheten i det elektroniske journalsystemet, uautorisert innsyn, uberettiget bruk av informasjonen som sto i journalen og stigmatisering.

I Odelstingsproposisjon nr. 51 (2008-2009) beskrives behovet for sikker behandling av personopplysninger:

Selv om informasjonssikkerheten på mange måter vil bli bedre ved innføring av elektronisk kommunikasjon, skaper det også utfordringer med henblikk på personvernet og ivaretagelse av den enkeltes konfidensialitet, kravet til tilgjengelighet etc. Det er viktig at helsetjenesten kan møte disse utfordringer på en god og effektiv måte. Viktig i denne sammenheng er pasientenes tillit til at systemene fungerer og at taushetsplikten kan ivaretas. Undersøkelser viser at pasienter lever med to former for frykt vedrørende informasjon i journalen. De kan være bekymret for at opplysninger som kan virke kompromitterende skal komme på avveie. Det gjelder mest opplysninger om sosiale og psykiske forhold. Samtidig er pasienter med kronisk sykdom og stort behov for helsetjenester opptatt av at helsepersonell som skal behandle dem har fått all den informasjonen som er nødvendig (OT nr 51, 2008-2009, s.21).

Det kan altså synes som at mange har en mangel på tillit til helsepersonalet. De ulike undersøkelsene som her er presentert viser at svært mange er bekymret for hvordan deres sensitive personopplysninger blir behandlet av helse- og sosialvesenet. Det er ulike grunner til denne bekymringen. I tillegg til krenkelse av personvernet er folk redde for at opplysninger skal bli misbrukt. Dersom en ikke har tillit til ansatte i helse- og sosialvesenet, og av den

grunn holder opplysninger tilbake, oppstår en større fare for feil behandling og hjelp. For helse- og sosialvesenet som system oppstår et legitimitetsproblem dersom folk mister tilliten til at deres opplysninger er trygge der. Hvorfor denne mistilliten? Er den berettiget?

2.2 Er snoking et problem?

Media har jevnlig oppslag vedrørende ansatte i helsevesenet som har lest pasientjournaler urettmessig.

Syv sparket for snoking i pasientopplysninger. VG kan i dag avsløre at i alt 19 sykehusansatte de tre siste årene har fått advarsler, krass kritikk eller er blitt oppsagt. Årsak: De har sniklest, og i flere tilfeller spredt de svært sensitive opplysningene, viser en fersk oversikt VG har innhentet fra helseregionene og Helsetilsynet i fylkene. Flertallet av dem som er avslørt, er helsesekretærer eller sykepleiere. Et par av snokerne er leger. De fleste «ofrene» er nære eller fjerne bekjente, familie eller kolleger av snokeren. Kjente personer er også spesielt utsatt. (VG, 2009)

To suspendert for snoking i pasientjournal. Pasienten selv tipset om at to ansatte ved St. Olavs Hospital i Trondheim snoket i vedkommendes journal. De to ansatte har blitt suspendert fra sine stillinger. Hva slags type stilling de ansatte har, vil sykehuset ikke fortelle. (VG, 2008)

Snoket i naboens journal. En ansatt i Helse Førde var så nysgjerrig på naboens sykdom at hun slo opp i journalen. Den ansatte brukte konfidensiell informasjon som hun fant i journalen i en krangel med pasienten. (Bergens Tidende, 2010)

Sykehusansatt snoket flere hundre ganger i pasientjournaler. Kvinnen har innrømmet å ha kikket over 400 ganger i journalene til 26 arbeidskolleger, venner, naboer og deres familier, uten at de er blitt informert. Kvinna valgte selv å si opp sin stilling, og saken er ikke politianmeldt av sykehuset. (NRK, 2011)

Datatilsynet i Norge anmeldte i 2005 Helgelandssykehuset for ikke å ha sikret pasientjournaler. Bakgrunnen for dette var ulovlige innsyn i journaler ved sykehuset. (Datatilsynet, 2005). Det finnes mange andre enkeltteksempler på at ansatte i helsevesenet har tilegnet seg sensitive opplysninger uten saklig grunn. Da den daværende svenske utenriksminister Anna Lindh ble knivstukket og drept i Stockholm i 2003, ble loggen for hennes pasientjournal under sykehusinnleggelsen gransket. To ansatte ble politianmeldt for å ha tyvlest i journalen. (Dagens Medisin 14/03).

Kommunalansattes fellesorganisasjon KFO gjennomførte våren 2005 en undersøkelse som viste at 86 % av de ansatte i helsevesenet mener det er utbredt å kikke i journalene ut over det som er nødvendig for å behandle pasientene. Undersøkelsen viste at mer enn en tredel av de

spurte mente at for mange har tilgang til pasientjournalene. 34 prosent stoler ikke på at kollegene bare vil foreta nødvendige oppslag i journalen dersom de selv skulle la seg behandle ved egen arbeidsplass. (Tidsskrift for den norske legeforening, 2005).

Det virker som om det er lite tvil om at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger forekommer. Avisoppslag som beskriver enkelthistorier vekker oppsikt og kan nok bidra til mistillit til helsepersonell. Det man er redd for i forbindelse med urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er at de sensitive opplysningene om en person skal bli misbrukt og spredt videre. Likevel er de faktiske konsekvensene taushetsbrudd har for pasienter lite dokumentert. Ifølge en utredning fra Sosial- og helsedirektoratet (2008) om enkel og trygg tilgjengelighet til pasientopplysninger i elektronisk pasientjournal ved ytelse av helsehjelp, er det vanskelig å fastslå hvor ofte konfidensialitetsbrudd skaper problemer for pasienter fordi slike hendelser blir underrapportert både av helsepersonell og pasienter. Om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er utbredt er det vanskelig å finne vitenskapelig dokumentasjon om. Mye litteratur på området omhandler tiltak mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, men det er funnet få undersøkelser som tallfester omfanget av slike handlinger. I forbindelse med denne masteroppgaven er det blitt undersøkt om det finnes nasjonale oversikter i forhold til hvor mange innen helse- og sosialvesenet som blir tatt for å ha utført urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger per år, men slike oversikter finnes ikke. I samtale med

Helsedirektoratet blir det opplyst muntlig at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger forekommer svært sjeldent, men det foreligger altså ingen offentlig dokumentasjon som bekrefter eller avkrefter dette.

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2008 helseforetakene gi en tilbakemelding på omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Flere helseforetak opplyste at antall avdekkede saker er meget lavt, men at de anser at problemet likevel er utbredt. (Datatilsynet, 2009). Helse Midt skriver mellom annet at de anser sakene som ”toppen av isfjellet”, og at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er en forholdsvis utbredt praksis. De beskriver også problemet som et ”kulturproblem”. (Brev fra Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, etter Datatilsynet, 2009).

I arbeidet med denne masteroppgaven ble det kun funnet to relevante vitenskapelige undersøkelser som omhandler urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

Andresen og Aasland (2008) utførte en spørreskjemaundersøkelse i 2007, blant 300 leger, 200 helsesekretærer og 200 radiografer. Spørreskjemaet dreide seg om helsepersonell sin håndtering av helseopplysninger. Et av spørsmålene i undersøkelsen gikk ut på om respondenten selv har lest opplysninger om pasienter av nysgjerrighet eller av andre grunner som respondenten selv ikke anser som faglig eller etisk aktverdige. Av respondentene hadde 3,5 % gjort dette i løpet av de siste to ukene. Ytterligere 8,9 % hadde ”snoket” for mer enn to uker siden og mindre enn to måneder siden. Til sammen hadde 17,6 % av respondentene ”snoket” minst en gang. På den annen side hadde 26,5 % av respondentene opplevd så sterkt begrenset tilgang til opplysninger at det var et reelt hinder i arbeidet deres. Samtidig hadde 5,1 % av respondentene minst én gang latt være å lese opplysninger som de mener de burde ha lest, fordi de var hemmet av tanken på at IT-bruken kanskje kunne spores. Forfatterne av studien konkluderer med at ”snoking” er daglige foreteelser blant helsepersonell i Norge.

Wester (2007) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse blant ansatte ved Sahlgrenska Universitetssjukhus knyttet til den elektroniske pasientjournalen. Nesten samtlige av de som ble intervjuet (40 av 41) oppgav at det skjer at kollegaer tilegner seg informasjon om pasienter hvis behandling de ikke er delaktige i. De vanligste begrunnelsene for dette ble oppgitt å være læring og nysgjerrighet. Blant legestudentene som ble intervjuet oppgav 9 av 10 at det ikke eksisterer noen respekt for taushetsplikten, og at det prates mye blant helsepersonell om pasientopplysninger, også når dette ikke er relevant for den helsehjelp som ytes. 8 av 10 legestudenter opplyste at det forekommer at ansatte leser i journaler tilhørende venner og bekjente eller andre de har særlig interesse av, av ren nysgjerrighet. Westers undersøkelse forteller oss lite om faktisk omfang av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, men den kan antyde noe om begrunnelsene for at det utføres: læring og nysgjerrighet. Å vite litt om i hvilke sammenhenger urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger skjer og hva som er motivene bak er selvfølgelig interessant. Å vite litt om omstendighetene rundt slike handlinger og motivene bak, kan være nyttig for å styre iverksettelsen av tiltak mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

2.3 Forskningsspørsmål

Omfang av og årsakssammenhenger bak urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er altså i liten grad kartlagt. Dette kan igjen bidra til at evaluering av effekten av

iverksatte tiltak blir vanskelig. Forskningsspørsmålene som stilles i denne masteroppgaven er derfor som følger:

Hvor utbredt er urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, ved et utvalg ved Oslo Universitetssykehus? Hvilke faktorer kan påvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger?

3.0 Virkemidler og tiltak mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

Det eksisterer ulike løsninger som kan iverksettes for å motarbeide urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. I dette kapittelet vil de mest sentrale bli presentert.

Virkemidlene kan deles i forebyggende tiltak, og i tiltak som har form av etterkontroll.

Juridiske virkemidler, tilgangskontroll, samt opplæring og etisk bevisstgjøring av ansatte regnes som forebyggende tiltak. Bruk av hendelsesregistre er sentralt som etterkontroll.

Løsninger som fungerer som etterkontroll vil imidlertid også kunne ha et forebyggende aspekt. Vissheten om at etterkontrollen finnes kan gjøre at noen avstår fra å urettmessig tilegne seg taushetsbelagte opplysninger. I Lov av 2001-05-18 nr. 24 (helseregisterloven) § 16 stilles det krav om at:

Den databehandlingsansvarlige og databehandleren skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger. (Lov av 2001-05-18 nr. 24, § 16)

Norm for informasjonssikkerhet (2010) forklarer videre hva som ligger i de ulike momentene i lovteksten. Konfidensialitet skal ivareta taushetsplikten og for øvrig sikre mot at uvedkommende får kjennskap til opplysningene. Tilgjengelighet dreier seg om at helse- og personopplysninger skal være tilgjengelig når det er et tjenstlig behov for dem. Integritet sikrer sporbarhet av hvem og når ting blir registrert, endret, rettet og slettet i behandlingsrettede helseregistre og fagsystemer. Kvalitet innebærer at helse- og personopplysningene er korrekte, fullstendige og i henhold til kodeverket.

3.1 Juridiske virkemidler

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger blir om handlet i Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) og Lov av 1999-07-02 nr 64 (helsepersonelloven). Pasienters rett til

innsyn i journal og logg, samt sperring av journal blir behandlet i Lov av 1999-07-02 nr 63 (pasientrettighetsloven) og Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven).

Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

I 2008 vedtok Stortinget en endring i Lov av 2001-05-18 nr. 24 (helseregisterloven), der et forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger ble tatt inn i lovens § 13a. Lovteksten sier at

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift (Lov av 2001-05-18 nr. 24 § 13a).

Brudd på bestemmelsen kan medføre bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Den samme bestemmelsen ble samtidig også tatt inn i Lov av 1999-07-02 nr 64 (helsepersonelloven) § 21a.

Danmark har ikke lovmessig forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger.

Hvilke opplysninger helsepersonell har rett til å tilegne seg er imidlertid regulert i Sundhedslovens kapittel 9, ”Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.” (Lov av 2010-07-13 nr 913, (Sundhetsloven) § 42a). I Sundhedslovens kapittel 9, står det videre at:

Læger og sygehusansatte tandlæger kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Stk. 2. Andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte kan ved opslag i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet, i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuel behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.(Lov av 2010-07-13 nr 913, (Sundhetsloven) § 42a)

Dette innebærer at leger og sykehusansatte tannleger, i Danmark, har videre tilganger til pasientopplysninger enn annet helsepersonell. Innhenting av helseopplysninger skal være i begrenset omfang og nødvendig for aktuell behandling. Legen må altså ha et behandler-pasient forhold og kun innhente de opplysninger som er relevant for den aktuelle behandlingen. For annet helsepersonell, som flere sykepleiere, skal det foreligge en teknisk

sperre som begrenser tilgangen til pasientinformasjon i henhold til hvor de jobber. Disse får altså kun tilgang til helseopplysninger til de pasienter som behandles på samme sted som de selv jobber, samt at oppslag av helseopplysninger må være relevant for pasientens aktuelle behandling.

Pasienters rett til innsyn i journal og logg

Pasienter i helsevesenet og klienter i sosialetaten har krav på innsyn i egne journaler. Innenfor helsevesenet reguleres dette i Lov av 1999-07-02 nr 63 (pasientrettighetsloven). Lovens § 5-1 slår fast at pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag. Pasienten kan nektes innsyn, det må da være påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv etter alvorlig helseskade for pasienten selv – eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

Innen offentlig forvaltning for øvrig reguleres retten til innsyn i egen journal i Lov av 1967-02-10 (forvaltningsloven). Partenes adgang til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter fremgår av lovens § 18. Også i denne loven settes det kriterier for situasjoner der en part likevel kan nektes innsyn. I § 19 d fastslås det at innsyn kan nektes dersom det er utilrådelig i forhold til partens helse eller dens forhold til personer som står han/henne nær.

Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) ble endret i juni 2009. Lovens § 13 fikk et tillegg som sier at ”Den registrerte har rett til innsyn i logg fra behandlingsrettet helseregister om hvem som har hatt tilgang til helseopplysninger om ham eller henne”.

Gjennom denne lovendringen ble pasienters rettigheter utvidet fra alminnelig rett til innsyn i egen journal til også å omfatte rett til innsyn i hvem som har hatt tilgang til denne journalen. Lovendringen kom etter et initiativ fra Datatilsynet i oktober 2007. Datatilsynet fastslo at:

Pasienten har, og bør ha, en utvetydig rett til å få innsyn i hvem som har lest journalene deres. Forholdene bør imidlertid legges bedre til rette slik at pasienten kan få enklere tilgang til logg over oppslag knyttet til egen person.
(Datatilsynet, 2007, s. 2).

Tilsynet begrunner lovforslaget med hensynet til å forhindre såkalt ”snoking” i pasientjournaler. Datatilsynet foreslo videre at pasienter skal få tilsendt hendelsesregister fra sin pasientjournal jevnlig, en gang i året eller ved utskrivelse, for at de selv skal kunne sjekke hvem som har hatt tilgang til journalen. Dette forslaget er ikke blitt vedtatt.

Pasienters rett til sperring av journal

I Lov av 1999-07-02 nr 63 (pasientrettighetsloven) § 5-3 står det at:

Pasienten har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel (Lov av 1999-07-02 nr.63, § 5-3).

Det betyr at pasienter har krav på å kunne sperre hele eller deler av en journal mot innsyn fra en eller flere personer.

Hvilke dokumenter gjelder sperringen for

Alle pasientens dokumenter
 Alle dokumenter av bestemt(e) dokumenttype(r)
 Enkeldokument(er)

Gjelder bare dokumenter opprettet i periode

Fra og med: Til og med:

Hvilke brukere gjelder sperringen for

Alle brukere
 Enkeltbruker(e)

Hvilke brukere skal likevel ha tilgang og når

Fra og med	Til og med	Brukere

Legg til... Rediger... Fjern

Lagre Lukk Hjelp

Figur 3.1. Eksempel på journalsperring fra EPJ-systemet Dips

Reaksjoner ved urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger og brudd på taushetsløfte

Lov av 1999-07-02 nr 64 (helsepersonelloven), § 56 sier at:

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten, til å påføre pasienter en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten.

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe (Lov av 1999-07-02 nr.64, § 54).

Lov av 1999-07-02 nr 64 § 57 stadfester at Helsetilsynet kan tilbakekalle autorisasjonen, eller de kan suspendere helsepersonells autorisasjon i opptil 6 mnd i påvente av en endelig beslutning i saken (§ 58). Den samme loven sier videre om straff at:

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn. (Lov av 1999-07-02 nr.64, § 67)

Også Norm for informasjonssikkerhet (2010), inneholder retningslinjer for reaksjoner ved lovbrudd:

Dersom kontrollen fører til mistanke om at det har skjedd en urettmessig tilgang, skal virksomhetens ledelse varsles. Forøvrig skal hendelsen behandles iht. etablerte prosedyrer for avviksbehandling, særlig med henblikk på å få avklart om eksisterende tilgangskontroll er god nok.

Dersom kontrollen viser at det har skjedd en urettmessig tilgang, skal Datatilsynet informeres. Videre kan virksomhetens ledelse vurdere om pasienten/brukeren skal informeres. (Norm for informasjonssikkerhet, 2010, s. 36)

Selv om lovverket åpner for fengselsstraff ved urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger virker det som om helsepersonell sjeldent blir politianmeldt for dette så lenge det ikke er begått taushetsbrudd eller forvoldt skade. En har kunnet lese i media at flere helsepersonell har fått advarsler eller blitt suspendert fra jobben, men ikke at fengselsstraff faktisk er benyttet (NRK, 2008, Framtid Nord, 2009, NRK, 2011). I Mørketallsundersøkelsen 2010 (Næringslivets sikkerhetsråd, 2010) skrives det at så lite som 1 % av all datakriminalitet mot norske virksomheter blir anmeldt til politiet. Gjerningsmannen er i 48 % av tilfellene egen ansatt eller innleid personell, som utfører tyveri av informasjon, uautorisert endring eller sletting av data, samt spredning av ulovlig opphavsrettslig beskyttet materiale. Dette gjelder selvfølgelig alt av datakriminalitet, men urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger inngår også i dette.

3.2 Tilgangsstyring

Andresen (2010) beskriver tilgangskontroll som en fellesbetegnelse for metoder, teknologiske prinsipper og verktøy for å kontrollere tilgang til opplysninger. Tilgangskontroll inngår som

et av flere elementer i virksomheters arbeid med informasjonssikkerhet. Det omfatter mellom annet avveining mellom funksjonalitet og sikkerhet, fysiske omgivelser, virksomhetskultur, sanksjonsmuligheter og etikk, i tillegg til organisering og teknologi. Det er 4 overordnede aktiviteter i tilgangskontroll:

1. Administrasjon (det praktiske arbeidet med å tildele, endre og trekke tilbake databrukeres handlingsmuligheter, samt arbeidet med å definere hvilke handlingsmuligheter som skal kunne tildeles).
2. Autentisering (individuell identifisering av brukerne, og sikring av at de er den de utgir seg for å være).
3. Autorisasjon (de rettslige eller organisatoriske bestemte fullmaktene en person har, samt de tekniske løsningene som gjør at det er samsvar mellom disse fullmaktene og personens handlingsmuligheter i IT-systemer).
4. Revisjon (etterhåndskontroll av databrukernes autorisasjon. Her er 2 nivåer: er personene tildelt riktige handlingsmuligheter, samt har personen handlet i samsvar med sine fullmakter).

(Andresen, 2010).

I Norm for informasjonssikkerhet (2010) i helsesektoren beskrives ”tilgang” som at helse og personopplysninger om en eller flere bestemte pasienter/brukere er eller gjøres tilgjengelige for autorisert personell. Beslutning om tilgang til behandlingsrettede helseregistre skal treffes etter en konkret vurdering basert på at det ytes helsehjelp til pasienten. Tilgang til fagsystemer i forbindelse med ytelser til pasient/bruker skal iverksettes basert på tjenstlig behov. Tilgang i forbindelse med kvalitetssikring og administrative oppgaver skal også besluttes ut fra tjenstlig behov. Begrepet ”tjenstlig behov” beskrives som at personer med nærmere bestemte arbeidsoppgaver, trenger nødvendige helse og personopplysninger for å yte helsehjelp, omsorgs- eller sosialtjeneste og/eller utføre administrasjon i forbindelse med dette. Med andre ord skal det ikke være tilgang til opplysninger dersom det ikke foreligger et behov begrunnet i utførelse av ansattes arbeidsoppgaver. Dersom pasienten har sperret hele eller deler av helse og personopplysningene kreves særskilt hjemmel for tilgang til disse.

I en dom fra den europeiske menneskerettsdomstolen i 2008 ble Finland dømt for konvensjonskrenkelse, fordi det ikke forelå tilstrekkelig beskyttelse mot uautorisert innsyn internt på et sykehus. Domstolen fastslo at klager var krenket i henhold til den europeiske

menneskerettighetskonvensjon artikkel 8, om rett til respekt for privat- og familieliv. Denne sier at:

1 Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.

2 There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and freedoms of others.

(Council of Europe, 1950, s 4)

Saken omhandlet en HIV-positiv sykepleier som hevdet at sykehusets datasystem ikke beskyttet henne mot uautorisert innsyn i hennes pasientdata fra andre ansatte fra sykehuset. Domstolen fremhever at statens forpliktelse ikke er begrenset til en negativ plikt til selv å avstå fra privatlivskrenkelser, men også en positiv forpliktelse til å iverksette effektive tiltak for å verne om borgernes privatliv. Helsetjenesten har en plikt til å sørge for et effektivt vern om pasienters privatliv, ved å sikre pasienter beskyttelse mot uberettiget innsyn i og flyt av helseopplysninger. Det påpekes i dommen at det ikke er tilstrekkelig at lovgivningen garanterer beskyttelse mot uautorisert innsyn i data, hvis det mangler systemer og rutiner som i praksis gir et effektivt vern om den enkeltes privatliv:

What is required in this connection is practical and effective protection to exclude any possibility of unauthorised access occurring in the first place. Such protection was not given here. (European Court of Human Right, 2008, punkt 47).

Domstolen trekker frem at det ikke er tilstrekkelig å etablere klageordninger med muligheter for kompensasjon for ulovlig innsyn (European Court of Human Right, 2008).

I Lov av 2001-05-18 nr. 24 (helseregisterloven) § 13 reguleres hvem som kan gis tilgang til helseopplysninger:

Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. (Lov av 2001-05-18 nr. 24, § 13).

Samtidig er det lovregulert i Lov av 1999-07-02 Nr.64 (helsepersonelloven) § 45 at helsepersonell som skal yte helsehjelp, skal (med mindre pasienten motsetter seg dette) gi nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å gi helsehjelp på forsvarlig måte.

Lovverket sine krav er som sagt innledningsvis implementert i Norm for informasjonssikkerhet (2010). Normen beskriver at det skal etableres prosedyre for tildeling og administrasjon av tilgangsrettigheter:

Autorisasjon for å lese, registrere, redigere, rette, slette og/eller sperre helse og personopplysninger skal gis til dem som har tjenstlig behov. Autorisasjonen skal tildeles i henhold til betryggende prosedyrer. Lovbestemt taushetsplikt skal vurderes og overholdes. Også tekniske tiltak skal iverksettes for å ivareta krav til konfidensialitet ved aktivt å hindre uvedkommende i å få tilgang og for å sikre dokumentasjon av denne tildelte autorisasjon. (Norm for informasjonssikkerhet, 2010, s.36).

I den samme normen åpnes det også for at nødrettstilgang kan etableres som en mulighet for autoriserte brukere til å gi seg selv tilgang uten å følge fastsatte prinsipper for å få tilgang til helse og personopplysninger. I så tilfelle må det utarbeides egne prosedyrer for dette. Begrunnelsen for nødrettstilgang skal dokumenteres og hvert enkelt tilfelle skal følges opp som et avvik.

Helsetilsynet mener at de viktigste tiltakene mot snoking er gode systemer for tilgangsstyring. Helsetilsynet skrev i 2008 et brev til helse- og omsorgsdepartementet med bekymring knyttet til manglende tilgangsstyring. Dette kom etter tilsyn ved Haukeland sykehus og Akershus Universitetssykehus. Ved begge sykehusene hadde helsetilsynet avdekket mangelfull tilgangsstyring:

Avvikene som ble avdekket dreide seg om at helseforetakene ikke sikret at taushetsbelagte personopplysninger i de elektroniske pasientjournalssystemene var forsvarlig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitimt behov for opplysningene. Avvikene bygde i hovedsak på at store grupper helsepersonell var gitt tilgang til hele eller deler av de elektroniske pasientjournalene uavhengig av om de var involvert i pasientbehandlingen eller ei. Dette skyldtes delvis at journalssystemene ikke var laget slik at det var mulig å etterleve kravene til taushetsplikt og tilgangsstyring, og delvis at helseforetakene ikke fullt ut hadde utnyttet de mulighetene for tilgangsstyring som lå i systemene. Personellgrupper var også gitt tilgang til opplysninger for situasjoner som ville/kunne inntreffe svært sjeldent, fremfor i sjeldne

tilfeller å basere seg på utlevering i tråd med prinsippet i helsepersonelloven § 45. (Helsetilsynet, 2008, s.2)

Helsetilsynet forklarer i brevet praksisen med mangelfull tilgangsstyring ut fra 6 hovedpunkter:

- Kunnskap – ansatte har mangelfull kunnskap om hva taushetsplikten etter helselovgivningen betyr og innebærer. Mange tror taushetsbelagt informasjon fritt kan utveksles med andre som har taushetsplikt.
- Holdninger og respekt – tilgangsstyringen var innrettet etter helsepersonellens behov for informasjon og ikke etter pasientenes behov for diskresjon. Dramatiske situasjoner blir valgt som utgangspunkt for tilgangsstyring, og ikke normal daglig drift. Pasientene er ikke kjent med hvor dårlig beskyttet deres personlige opplysninger er, og tror de kan betro seg om sensitive ting uten risiko for lekkasjer.
- Teknokratene – funksjonaliteten og praktisk bruk baseres på hva som datateknisk er mest lettvinnt eller effektivt og på hva ledere og rådgivere uten klinisk bakgrunn mener er viktig. Dette bidrar til å svekke hensynet til taushetsplikt og diskresjon
- Leverandører – har ikke prioritert å utvikle løsninger som tilfredsstillt kravene som er satt.
- Lav risiko for å bli avslørt og straffet for snoking
- Manglende risikovurderinger gjør at helseforetakene ikke får oversikt over egne systemers sårbarhet.

Helsetilsynet skriver at kunnskapene om, og respekten for taushetsplikten må bedres innen deler av helsetjenesten slik at pasientenes rettmessige behov for diskresjon blir tilstrekkelig ivaretatt. Dessuten mener de at helseforetakene, ved anskaffelser og oppgraderinger, må stille større krav til leverandørene. De elektroniske pasientjournalssystemene må være utformet på en slik måte at kravene til taushetsplikt kan etterleves fullt ut. Videre mener de at helseforetakene må sørge for at tilgangsstyringen til pasientjournalene både sikrer

behandlernes behov for tilgjengelighet og pasientenes behov for diskresjon. (Helsetilsynet, 2008).

Wester (2009) viser til at Sahlgrenska Universitetssjukhus i Gøteborg praktiserer åpen tilgang for alle ansatte til alle pasientjournaler. Hun påpeker at denne åpne tilgangen muliggjør ”snoking”, og at bruk av logg i ettertid ikke er tilstrekkelig for å forebygge og forhindre urettmessig tilgang til pasientopplysninger. Ved å praktisere en slik (manglende) tilgangsstyring overlater en ansvaret til den enkelte ansatte sin vurderingsevne.

Datatilsynet peker på utilstrekkelig tilgangskontroll som en ansvarsfraskrivelse på systemnivå, og uttrykker bekymring for at personvernet kun skal være opp til den enkelte ansattes integritet og egne vurderinger. I Datatilsynets årsrapport for 2008 forteller de at de i 2008 kontrollerte fem kommuner med tema tilgangsstyring innen pleie- og omsorgssektoren. Kontrollene viste at det gjenstår en del for å få på plass en tilgangsstyring som i tilstrekkelig grad ivaretar både nødvendig tilgang til tjenestemottakernes journal og beskyttelse mot uautoriserte oppslag. Spørsmålet om tilgangsstyring ble løst svært ulikt i de aktuelle kommunene; det én kommune anså som nødvendig, oppfattet andre kommuner som unødvendig. (Datatilsynet, 2008).

I en høringsuttalelse fra 2010 tar Datatilsynet opp spørsmålet rundt tilgangsstyring. De ser det som en sentral problemstilling at tilgangen som gis helsepersonell i for liten grad er knyttet til behandlingsforløpet til pasienten. Dette medfører at langt flere enn de som er involvert i helsehjelpen til pasienten gis elektronisk tilgang til pasientens journal. Denne praksisen medfører at helsepersonells taushetsplikt undergraves ved at opplysningene gjøres tilgjengelige for langt flere enn rammene tilsier. De skriver at:

Tilsynet har dokumenterte eksempler på at vid tilgang også har medført at helsepersonell ikke har dokumentert ytt helsehjelp, og at ansatte ved virksomhetene har valgt seg bort fra institusjonen når de selv har behov for helsehjelp. I tillegg melder fagmiljøene i fra om at pasienter i økende grad ber om at det de forteller legen ikke blir journalført. (Datatilsynet, 2010, s. 11).

De hevder videre at journalsystemene i vesentlig grad baseres på en statisk tilnærming til tildeling av tilgang Tilgangsstyringen går normalt etter faste opplysninger om brukerens yrkesrolle og arbeidssted, og informasjon om hvor og når pasienten har en konsultasjon eller

er innlagt. Problemet er at pasientene gjerne ytes helsehjelp ved en rekke avdelinger (og andre organisatoriske nivåer), samt at helsepersonell arbeider på tvers av avdelinger. Dermed får helsepersonellet ikke nødvendigvis tilgang til alle pasientene de skal jobbe med, og de får hyppig tilgang til pasienter de ikke har ansvar for. For å korrigere dette forslår Datatilsynet at tilgangsstyringen knyttes nærmere behandlingsforløpet til pasienten, i form av beslutningsstyrt tilgangsstyring eller prosessstyrt tilgangsstyring. Det vil si at tilgangsmekanismene sørger for kontinuerlig tilgang så lenge en aktør har en rolle i et pasientforløp, enten det er under forberedelse, utføring eller etterarbeid for aktiviteten. Slik sett kan helsepersonell få tildelt tilgang uavhengig av hvilken avdeling personen jobber på, men på basis av hva slags rolle personen har i den aktuelle pasients behandlingsforløp, og på basis av hvor i behandlingsprosessen pasienten er.

En annen type tilgang er såkalt "aktualiseringsrett". Dette innebærer å få tilgang til pasientjournaler på pasienter som ikke er innlagt enda, er innlagt på annen avdeling eller på utskrevne pasienter, som ledd i ordinær pasientbehandling. Man forutsetter her da en faglig begrunnelse for oppslaget, og må oppgi denne begrunnelsen, f.eks. ved å hake av ett av flere forhåndsgitte årsaksalternativer. Aktualiseringen blir logget, og kan være gjenstand for loggkontroll for å oppdage urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Aktualiseringstilgang praktiseres bl.a. på Oslo Universitetssykehus. En intern undersøkelse ved Oslo Universitetssykehus, utført i perioden 2007 til 2010, viste at: aktualisering utgjør ca. 15 % av alle åpne (leste eller skrevne) dokumenter, hvilket utgjorde 27278 aktualiserte oppslag bare på en uke i 2008, leger og sekretærer aktualiserer oftest, 1/3 del av de som aktualiserer oftest gjør ikke et bevisst valg av årsaksalternativ. Grimsmo (2007) påpeker at aktualiseringstilgang typisk blir brukt i større utstrekning enn tiltenkt, og gjør loggkontroller av disse vanskelig på grunn av omfanget.

3.3 Kunnskap om informasjonssikkerhet hos helsepersonell

Gode teknologiske sikkerhetsmekanismer er i seg selv ikke nok for å oppnå god informasjonssikkerhet. Hvis menneskene som bruker systemene deler passord seg imellom, ikke logger seg ut når de går fra arbeidsplassen eller på annen måte bruker systemene på en "uriktig" måte hjelper teknologiske sikkerhetsmekanismer fint lite. Det er derfor viktig at brukerne av systemene har god kunnskap om informasjonssikkerhet. Helsedirektoratet har i Fakta ark nr.9, Opplæring av ledere og medarbeidere, fra 2010 beskrevet at:

Formålet med opplæring i informasjonssikkerhet er å gi virksomhetens medarbeidere kompetanse slik at de kan ivareta et godt og hensiktsmessig personvern etter gjeldene krav.

Gode opplæringstiltak vil bidra til at ledere og medarbeiderne:

- Forstår hensikten med og blir i stand til å etterleve et godt personvern
- Blir bevisste på krav i Normen (les: Norm for informasjonssikkerhet)
- Blir oppmerksom på ansvarsforhold i forhold til informasjonssikkerhet

(Norm for informasjonssikkerhet, 2010, s.1)

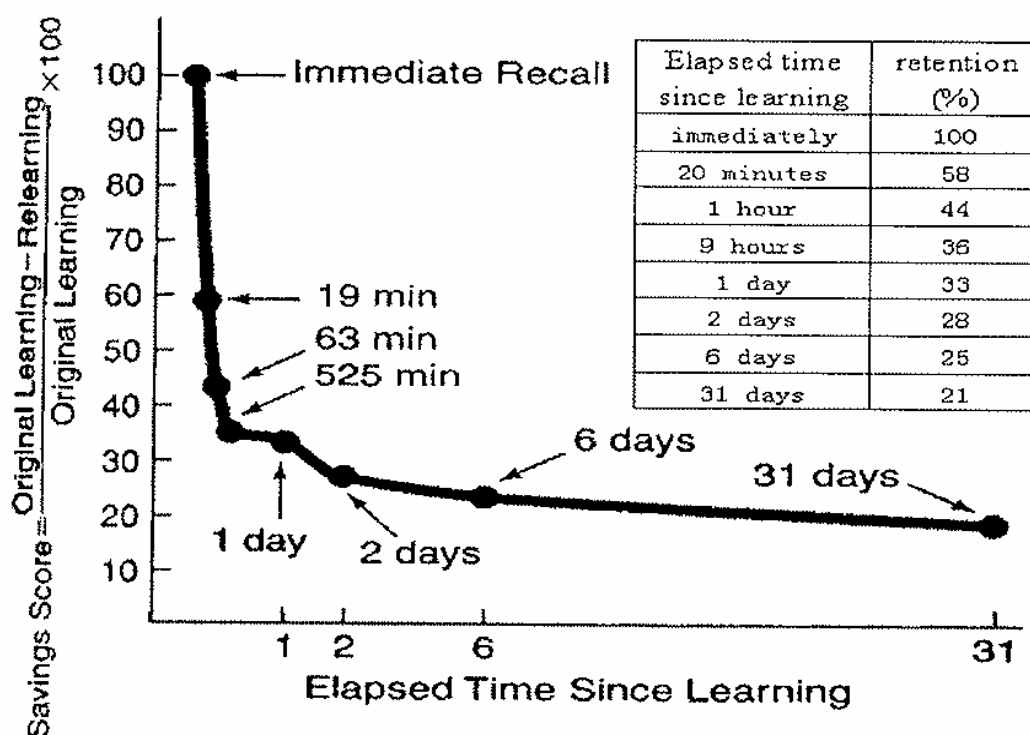
I den nasjonale strategien for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren for 2008 – 2013, “Samspill 2.0” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) skisseres det opp ulike innsatsområder for perioden. Et av innsatsområdene er “Utdanning, opplæring og kompetanseutvikling”:

Målet er at helse- og sosialpersonell har nødvendig kompetanse for aktivt å dra nytte av IKT i tjenesten. Tiltakene som er skissert er å bidra til at helse- og sosialutdanningene tilfører nødvendig IKT-kompetanse, samt utarbeide kompetansekrav til helse- og sosialpersonell for å sikre kompetanse om prinsipper for behandling av pasient- og brukerinformasjon og en forståelse for de krav og regler som stilles.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s.10)

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet KITH i 2010 en rapport kalt “Anbefalt eHelsekompetanse”. Målgruppen for rapporten er personell med ansvar for undervisning og opplæring innen medisin og helsefag, samt virksomheter innenfor helse- og omsorgstjenester. Rapporten fokuserer særlig på at pasientsikkerhet og personvern skal ivaretas på tilfredsstillende måte når eHelsesystemer benyttes i pasientbehandling. Innenfor området personvern og pasientsikkerhet anbefales mellom annet at helsepersonell skal ha forståelse for tema som pasienters rettigheter, sikkerhet ved bruk av eHelsesystemer, regelverk, ansvar knyttet til taushetsplikt og konfidensialitet, de viktigste truslene ved bruk av systemer som behandler sensitive personopplysninger (heriblant ikke-autorisert innhenting av informasjon) samt nødvendigheten av å loggføre bruk av eHelsesystemer. I tillegg anbefaler rapporten at helsepersonell skal være orientert om aktuelt lovverk og forskrifter innenfor området, samt om nasjonal organisering av fagområdet og hvem som er sentrale aktører på området. (KITH, 2010)

Opplæring og kunnskap er altså viktige tiltak, men det også viktig å huske på at kunnskap ikke er statisk. Det er et generelt fenomen at ny kunnskap som blir tilegnet forsvinner raskt dersom den ikke blir praktisert eller gjentatt, og fortsetter å falle over tid (Squire, 1989). Ebbinghaus, som var blant de første som studerte hukommelse, kom frem til en kurve som viser at kunnskap faller raskest rett etter læringen, men fortsetter så gradvis å falle. 80 % av ny kunnskap er borte etter en måned dersom den ikke forsterkes eller praktiseres (Indiana University, 2007).



Figur 3.3 Ebbinghaus's forgetting curve, etter Ebbinghaus (1885)

I Mørketallsundersøkelsen, 2010, utført av Næringslivets Sikkerhetsråd (NSR) gjennom Datakrimutvalget, fremkommer det at blant private og offentlige, norske virksomheter:

- Har kun 1/3 kontinuerlig opplæring av de ansatte, og under halvparten har sikkerhetsopplæring av nyansatte.
- Sikringstiltak igangsettes uten at nødvendige risikoanalyser er gjennomført. Virksomhetene prioriterer enklere teknologiske tiltak og ikke organisatoriske tiltak som f. eks. opplæring.

- Manglende overvåking og gjennomgang av logger medfører manglende oversikt og rapportering av sikkerhetshendelser til ledelsen. Dette reduserer muligheten til å iverksette preventive sikkerhetstiltak.

Undersøkelsen konkluderer med at bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid blant de ansatte er like viktig som tekniske sikringstiltak.

3.4 Hendelsesregister

Begrepene logg og hendelsesregister brukes i stor grad om den samme type løsning. I Norm for informasjonssikkerhet (2010) defineres hendelsesregister som “ et logisk register der hendelser i informasjonssystemet er nedtegnet”(Norm for informasjonssikkerhet, 2010, s.4). Hendelsesregistrering defineres som “registrering av hendelser i et informasjonssystem, bl.a. med sikte på å forebygge, avdekke og hindre gjentakelse av sikkerhetsbrudd.” (Norm for informasjonssikkerhet, 2010, s.4). Kort sagt er hendelsesregister en oversikt over de handlinger ansatte har foretatt i et informasjonssystem. Dette kan gi en oversikt over hvem som har vært inne i pasienters elektroniske journaler. Hendelsesregistre vil først og fremst ha preg av å fungere som etterkontroll. De kan imidlertid også fungere forebyggende på den måten at ansatte kan la seg stoppe i å urettmessig lese journaler, fordi de vet at den ulovlige handlingen vil være mulig å spore etterpå.

I normens tilhørende faktaark 15 sies det om logging i informasjonssystemer (fagsystemer) at det skal føres hendelsesregister over alle:

- a) uautoriserte forsøk på pålogging
 - b) autoriserte pålogginger til helse- og personopplysninger
 - c) oppslag (lesing), utskifter, endring, retting og sletting av helse- og personopplysninger
- (Norm for informasjonssikkerhet, 2010, Faktaark 15, s.2)

For å oppfylle disse kravene, skal det i størst mulig utstrekning benyttes tekniske tiltak. All autorisert bruk og forsøk på uautorisert bruk av informasjonssystemene skal registreres og registeret skal lagres i minimum 2 år. Hendelsesregistrene skal enkelt kunne analyseres, og det skal etableres prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene. Brudd som avdekkes skal medføre personalmessige reaksjoner. (Norm for informasjonssikkerhet, 2010).

Svært mange norske kommuner og helseforetak er i dag tilknyttet Norsk helsenett, og er dermed forpliktet til å følge innholdet i normen.

Hendelsesregisteret skal bl.a. dokumentere navn på den ansatte, dennes tittel og arbeidssted, hvilke aktiviteter (lesing, oppdatering, utskrift med mer) som er utført og på hvilke. Under er vist et eksempel på en utskrift av et hendelsesregister hos en testpasient i pasientjournalssystemet DocuLive. Dette systemet er i dag i bruk ved flere norske sykehus.

Journallogg TESTPASIENT, SP7 (410100 52481) (Kritisk Informasjon)								
Visningstidspunkt	Dokumenttittel	Brukernavn	Ytkesgruppe	Brukers avdeling	Visning	Adgangstype	Begrunnelse	Kapittel
12.11.2004 14:39	12.11.04 Sykmel...	Børstad, Ketil	Lege	TKA voksen	Skjerm	Aktualisering	Behandle henvis...	J1: Trygdesak/S...
16.11.2004 13:45	16.11.04 Spl.vak...	Skjellum, Yngvil...	Sykepleier	Hjertemedisinsk a...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	
18.11.2004 13:21	16.11.04 Spl.vak...	Skjellum, Yngvil...	Sykepleier	Hjertemedisinsk a...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	
22.11.2004 09:26	Henvisning: Fysi...	Gillebo, Torun	Helsesekretær	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Skrive notat / epi...	
22.11.2004 09:35	Henvisning: Fysi...	Hauglum, Anne	Helsesekretær	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Skrive notat / epi...	
22.11.2004 10:40	12.07.01 Spl.Inn...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 10:41	10.03.03 Korrek...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 10:41	14.01.04 Spl.Sa...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:01	24.02.04 Spl.Sa...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:39	12.12.01 Spl.Inn...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:39	24.04.02 Spl.Inn...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:39	10.09.03 Korrek...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:56	22.11.04 Spl.Inn...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	
22.11.2004 11:56	22.11.04 Spl.Sa...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	
22.11.2004 11:57	12.10.04 Spl.Pol...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 11:59	22.11.04 Spl.Inn...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	G2: Spl.notater
22.11.2004 12:00	22.11.04 Spl.Sa...	Wik, Kirsten Els...	Sykepleier	Nevrokirurgisk av...	Skjerm	Aktualisering	Fagoppfølging	
22.11.2004 12:31	22.11.04 Spl.Sa...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	
22.11.2004 12:32	22.11.04 Spl.Inn...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	G2: Spl.notater
22.11.2004 12:33	22.11.04 Spl.Inn...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Utskrift	Aktualisering	Lese journal	G2: Spl.notater
22.11.2004 13:16	Personopplysnin...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Utskrift	Aktualisering	Lese journal	A: Sammendrag
22.11.2004 13:16	Personopplysnin...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	A: Sammendrag
22.11.2004 13:16	Kritisk informasj...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	A: Sammendrag
22.11.2004 13:17	Kritisk informasj...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Utskrift	Aktualisering	Lese journal	A: Sammendrag
22.11.2004 13:19	14.01.04 A5 Spl...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	A5: Spl.sammen...
22.11.2004 13:19	08.11.04 Spl.Inn...	Solvang, Anette	Sykepleier	Med.Awd. Seksj.f...	Skjerm	Aktualisering	Lese journal	
22.11.2004 15:02	17.11.03 Spl.Ut...	Saksvik, Ingeborg	Sykepleier	TKA voksen	Skjerm	Aktualisering	Brukerstøtte	G2: Spl.notater
22.11.2004 15:03	22.11.04 A5 Spl...	Saksvik, Ingeborg	Sykepleier	TKA voksen	Skjerm	Aktualisering	Brukerstøtte	A5: Spl.sammen...
22.11.2004 15:04	22.11.04 Spl.Ut...	Saksvik, Ingeborg	Sykepleier	TKA voksen	Skjerm	Aktualisering	Brukerstøtte	G2: Spl.notater
22.11.2004 19:12	22.11.04 Spl.Ut...	Krogsrud, Øyvind	Sykepleier	TKA voksen	Skjerm	Aktualisering	Brukerstøtte	G2: Spl.notater

Figur 3.4 Eksempel på journallogg fra Doculive (EPJ)

Hendelsesregister har vært brukt som argument for å ha vide tilganger i datasystemene. I Datatilsynets årsmelding for 2008 fokuserer de mellom annet på en tendens til at

virksomheter velger å gi sine ansatte bred tilgang til databasene fremfor smal, oppgavebegrenset tilgang:

I stedet for å begrense hvem som skal ha tilgang til hva, velger man eventuelt å logge oppslag i databasene. Virksomheter argumenterer ofte for at logging gir tilstrekkelig vern, og at det vil være en altfor omfattende jobb å finne ut hvem som trenger tilgang til hva. (Datatilsynet, 2008, s. 32)

Datatilsynet peker på at en slik oversikt er et grunnleggende krav i personopplysningsloven, og at en slik praksis ikke er tilfredsstillende. Å gå igjennom hendelsesregistre er svært tidkrevende og ressurskrevende. Det blir derfor som regel gjort i forbindelse med rutinemessige stikkprøver eller ved konkret mistanke (for eksempel etter forespørsel fra pasient). Dermed er argumentene for at logging gir tilstrekkelig vern vanskelig å skjønne.

Selv om hendelsesregister er noe som virksomheter er pålagt å ha, (FOR 2000-12-15 nr 1265, Personopplysningsforskriften, §§ 2-14 og 2-16), blir disse ikke alltid fulgt opp. Datatilsynet kontrollerte i 2008, som tidligere nevnt, fem kommuner med fokus på tilgangsstyring. De kontrollerte da også om kommunene fulgte opp bruken av de gitte tilgangsrettighetene ved å sjekke loggene. Konklusjonen var at loggingen enten var fraværende, ubrukelig eller at den eksisterte, men ikke ble brukt. (Datatilsynets årsmelding, 2008).

En annen problemstilling rundt hendelsesregister er at det ved noen arbeidsteder forekommer en praksis med at ansatte i helsesektoren deler pålogging til EPJ. I en undersøkelse av Bratlie (2009) fant forfatteren at 82 % av sykepleierne i undersøkelsen delte pålogging med andre ansatte. Det mest vanlige var å dele pålogging med vikarer. Dette vil selvfølgelig kompromittere et korrekt hendelsesregister, og kontroll av denne.

For å kontrollere hendelsesregistre er det også utviklet programvare (mønster-gjenkjenningsprogrammer) som kan bearbeide store mengder data, lete etter visse mønstre og rapportere funn (som mistenkelige oppslag i pasientjournaler). Dette er i liten grad tatt i bruk i norsk helsevesen til nå og er enda på et pilotstadium.

Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) § 13 sier, som tidligere nevnt, at: ”Den registrerte har rett til innsyn i logg fra behandlingsrettet helseregister om hvem som har hatt tilgang til helseopplysninger om ham eller henne”. Dette er noe den enkelte pasient aktivt må be den aktuelle helseinstitusjon om å få skrevet ut. I en undersøkelse utført i Danmark i 2007, ønsket hele 92,1 % av respondentene å få tilgang til å se hvem som har lest i journalen (Ingeniørforeningen i Danmark, 2007). I Danmark har pasienter i enkelte regioner allerede denne muligheten via en helseportal på internett, Sundhed.dk. Her kan de selv gå inn og lese epikriser og hendelseslogg fra sin egen journal.

The screenshot shows the 'Min log' (My log) page on Sundhed.dk. At the top, it displays the user's name 'Testperson 2512484916' and the login time 'logget på 11.01.2010 kl. 12:35'. Below this, there is a section for 'Medicinprofilen' (Medication profile) with a warning icon and the message: 'Der kan desværre ikke hentes log-data fra medicinprofilen i øjeblikket. Prøv igen senere.' (Unfortunately, log data cannot be retrieved from the medication profile at the moment. Try again later.)

Below the medication profile, there is a section for 'Min log' (My log) with a 'Udskriv' (Print) button. It contains a message: 'Her kan du få indsigt i hvem der har set dine personlige oplysninger på sundhed.dk, hvilke oplysninger de har set og hvornår. Læs mere om Min log.' (Here you can get insight into who has viewed your personal information on sundhed.dk, what information they have viewed and when. Read more about My log.)

There are two dropdown menus: 'Oplysning:' (Information) set to 'Alle oplysninger' (All information) and 'Periode:' (Period) set to '2 år' (2 years), with an 'Opdatér listen' (Update list) button.

The main part of the page is a table with the following columns: 'Tidspunkt' (Time point), 'Oplysning' (Information), 'Handling' (Action), 'Organisation', and 'Person'. The table contains 13 rows of log entries, all dated 11-01-2010.

Tidspunkt	Oplysning	Handling	Organisation	Person
11-01-2010 12:29:57	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:29:22	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:28:46	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:26:17	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:25:43	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:24:50	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:24:26	Laboratoriesvar	Forespørgsel pt om der findes laboratoriesvar	BeckerSygehus	Faglig22
11-01-2010 12:13:49	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	NNITPraksis	Faglig64
11-01-2010 12:12:57	Laboratoriesvar	Forespørgsel pt om der findes laboratoriesvar	NNITPraksis	Faglig64
11-01-2010 10:10:35	Laboratoriesvar	Vis laboratoriesvar	NNITPraksis	Faglig64

Figur 3.4.1 Eksempel på MinLog fra Sundhed.dk

4.0 Teorigrunnlag

Teorier uttrykker noe allment, som gjelder for hele befolkningen eller for grupper av befolkningen, eller avgrensede områder. Teorier bidrar til forenkling ved at de viser til essensen i det fenomenet som teoretiseres. Vitenskapelige teorier viser til regelmessige mønstre og vil ha en gyldighet i overskuelig framtid (Johannesen et al., 2005).

For beskrive utbredelsen av noe er det en fordel å kunne måle verdier tilknyttet dette på en vitenskaplig måte. I første del av denne oppgaven er det beskrevet problemstillinger knyttet til urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, og det er dette området vi har arbeidet med. For å undersøke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger sett i tilknytning til IT-systemers funksjonalitet, blir DeLone og McLean sin modell for informasjonssystem suksess (IS) brukt som teorigrunnlag. Modellen er utviklet for å kunne måle suksess knyttet til bruk av IT-systemer. I denne oppgaven blir det brukt en utvidet fortolkning av denne, hvor fravær av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger blir sett på som ”riktig bruk” av et informasjonssystem og som kan være en suksessfaktor. I tillegg til denne systemvinklingen, er det og nødvendig å se på slik bruk av systemer i lys av forhold knyttet til den enkelte: hva kan forklare hvorfor noen velger å tilegne seg opplysninger de ikke har rett til å se? Her vil Ajzen sin teori om planlagt atferd bli brukt som teorigrunnlag.

4.1 DeLone og McLean sin modell for IS suksess

DeLone og McLean utviklet i 1992 en modell basert på tidligere forskning innenfor området Information System (IS) suksess. Hensikten med modellen var å samle tidligere forskning inn i en felles teoretisk rammeverk. Rammeverket kunne så benyttes for videre forskning innenfor IS suksess. Utviklingen av modellen ble ifølge forfatterne drevet av en prosessforståelse av informasjonssystemer og deres påvirkning. I 2003 ble en videreutvikling av denne modellen publisert. Prosessforståelsen har 3 komponenter: utviklingen av et system, bruken av systemet og konsekvensene av denne bruken. Hver av disse komponentene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige betingelser for resultatet. (DeLone og McLean, 2003).

Basert på 3 nivåer, teknisk nivå, semantisk (betydningsmessig) nivå og effektnivå, ble det utledet 7 ulike dimensjoner knyttet til et system, og gjennom disse kan systemets suksess måles:

- Teknisk nivå blir definert som nøyaktighet og effektivitet i systemet. Her blir dimensjonene kalt systemkvalitet og servicekvalitet. I systemkvalitet dimensjonen kan teknisk suksess måles via variablene reliabilitet, responstid, brukervennlighet, dokumentasjonskvalitet. Servicekvalitet ble opprettet som egen dimensjon i 2003-modellen, mellom annet fordi dette er et viktig måleverktøy når man skal måle effekter i en organisasjon med mange ulike it- systemer. Variablene som befinner seg i

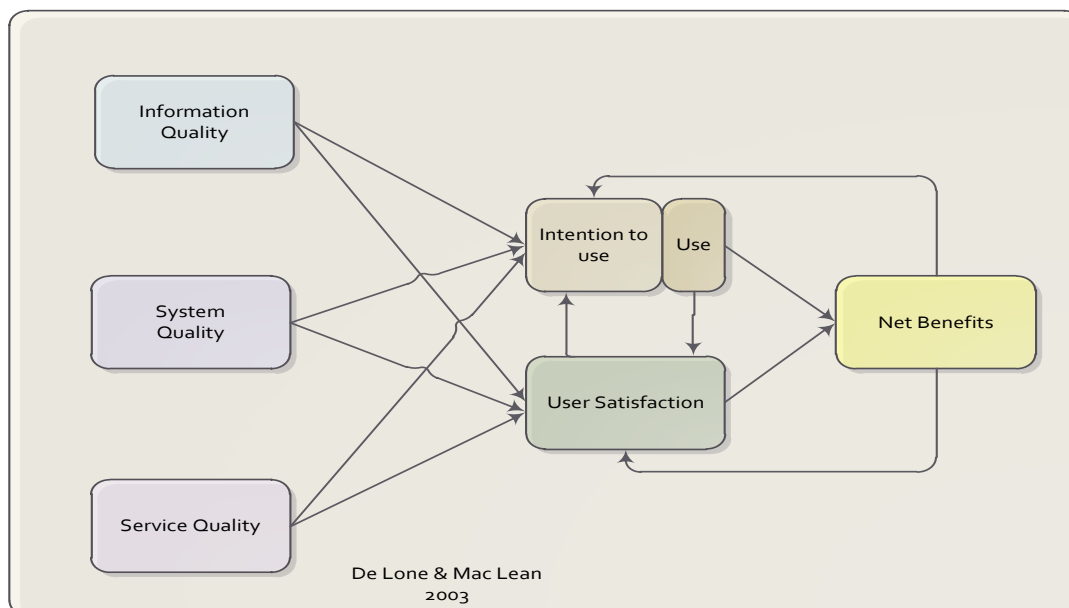
denne dimensjonen er pålitelighet, tilstrekkelig kunnskapsnivå, oppdatert hardware og software, rask responstid, samt empati.

- Det semantiske nivået blir definert som i hvilken grad informasjonen i systemet er slik at den klarer å oppnå den opprinnelige meningen med den. Dimensjonen her blir kalt informasjonskvalitet, og her kan måles hvordan informasjonen blir fremstilt. Variabler her er nøyaktighet, reliabilitet, relevans, nytteverdi, personalisering og sikkerhet.
- Det siste nivået blir kalt effektnivå, og beskriver hvilken effekt informasjonen har på mottageren. Dimensjonen er delt inn i 4 områder der effekt kan måles i intensjon om bruk og bruk av systemet, brukertilfredshet, og til sist hvilke netto fordeler informasjonen har på organisasjonen. Forskjellen mellom ”bruk” og ”intensjon om bruk”, er at ”bruk” beskriver effekten av atferd, og ”intensjon om bruk” beskriver effekten av holdning. Hva som er netto fordeler er noe som forskere som bruker modellen må definere i forkant (ulike aktører kan betrakte ulike resultater som netto fordeler).

LEVEL	DIMENSIONS (2003 MODELL)			
TECHNICAL LEVEL Accuracy and effency	SYSTEM QUALITY Measuring technical success		SERVICE QUALITY	
SEMATIC LEVEL Success of information in conveing the intended meaning	INFORMATION QUALITY Measures semantic success			
EFFECTIVENESS LEVEL Effect of information on the receiver	USE	USER SATISFACTION,	INTENTION TO USE	NET BENEFITS
	Measures effectiveness			

Figur 4.1.1 Nivåer og dimensjoner i DeLone og MacLeans 2003-modell

Dette ble uttrykt i en modell:



Figur 4.1.2 DeLone og McLean oppdatert modell for IS suksess, 2003.

I 2008 kom Petter , DeLone og McLean med et nytt forskningsarbeid. Med utgangspunkt i 2003- modellen, har de gått gjennom forskning knyttet til IS-suksess, for å finne ut hvilke av de ulike relasjonene i modellen som det finnes støtte for. De fant at det meste av forskningen har foregått på individuelt nivå, og det ble derfor mulig å dra flere konklusjoner på dette nivået. (Petter, DeLone og McLean, 2008).

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger kan inntreffe når en person benytter et IT- system som inneholder sensitive opplysninger. Gjennom våre undersøkelser av dette området fant vi som tidligere nevnt at det var vanskelig finne vitenskapelig dokumentasjon på om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er utbredt. Mye litteratur på området omhandler derimot tiltak mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. På bakgrunn av dette ble denne studien konsentrert rundt å gjøre en undersøkelse rundt omfanget av slike handlinger. Gjennom en undersøkelse er det også fokusert på hvilke faktorer som kan påvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Tiltak for å motvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er ofte knyttet til egenskaper ved it-systemet.

Dimensjonene intensjon om bruk og bruk

Bruken av et system kan være en måte å måle et systems suksess på (DeLone og McLean 2003). Variabelen bruk knyttes til hvordan man bruker systemet, brukerens adferd i forhold til systemet og effekter av dette. En undersøkelse av hvorvidt ansatte i helsevesenet snoker i pasientjournaler, vil ha hovedfokus på de ansattes bruk av it-systemet. Bruk kan i denne sammenheng også karakteriseres som misbruk. Variabelen bruk kan måles gjennom en spørreundersøkelser blant brukere, eller gjennom måling av bruken basert på hendelsesregistre. Gjennom denne undersøkelsen er det valgt å bruke spørreundersøkelse som metode. Variabelen intensjon om bruk kan knyttes til holdninger. Denne variabelen er interessant sett i sammenheng med variabelen bruk. Det kan være en sammenheng mellom holdninger og adferd. I denne oppgaven vil denne koblingen ikke bli undersøkt/målt direkte. Variabelen vil derimot bli belyst gjennom teorien om planlagt adferd.

Dimensjonen informasjonskvalitet

Gjennom kapittel 3 er det vist hvilke tiltak som kan motvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Der er det vist at både tilgangsstyring og hendelsesregistre er sentrale tiltak innenfor dette området. Begge disse tiltakene hører til under dimensjonen informasjonskvalitet i DeLone og McLean sin modell. Denne dimensjonen inneholder fem variabler: integritet, lett å forstå, personalisering, relevans og sikkerhet. Tilgangsstyring regulerer hvilken informasjon man får tilgang til, og kan tilpasses den enkelte bruker. Hendelsesregister er en logg på hendelser som datasystemet er programmert til å registrere. Hendelsene kan være brukerens bruk av systemet. Hendelsesregisteret i seg selv sikrer ikke korrekt og sikker informasjon, men kan indirekte føre til dette, ved at brukere ikke leser, sletter eller endrer informasjon på bakgrunn av at de vet at det vil bli logget. Gjennom undersøkelsen ses det på om det eksisterer en sammenheng mellom dimensjonen informasjonskvalitet, via tiltakene tilgangsstyring og hendelsesregister, og aktiviteten urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, som oppstår i dimensjonen bruk.

Dimensjonen servicekvalitet

Blant tiltakene for å motvirke smoking, er kunnskap og holdninger hos helsepersonell også sentralt. For å få på plass kunnskap, er opplæring i riktig bruk av et system (både lov- og regelmessig, samt riktig manøvrering i systemet) og vedlikehold av denne kunnskapen viktig. Dette tilhører dimensjonen servicekvalitet. Gjennom undersøkelsen måles det om det er en sammenheng mellom det å ha fått opplæring og oppdateringer i lover, regler og datasikkerhet,

og omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Holdninger er som sagt vanskelig å måle. Det spørres ikke om brukernes ledere driver holdningsskapende arbeid, men det spørres om brukerne vet om kollegaer som tilegner seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Dette sees på som å kunne gjenspeile de subjektive normene i arbeidsmiljøet i forhold til urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Dette blir omhandlet nærmere i teori om planlagt atferd i neste kapittel.

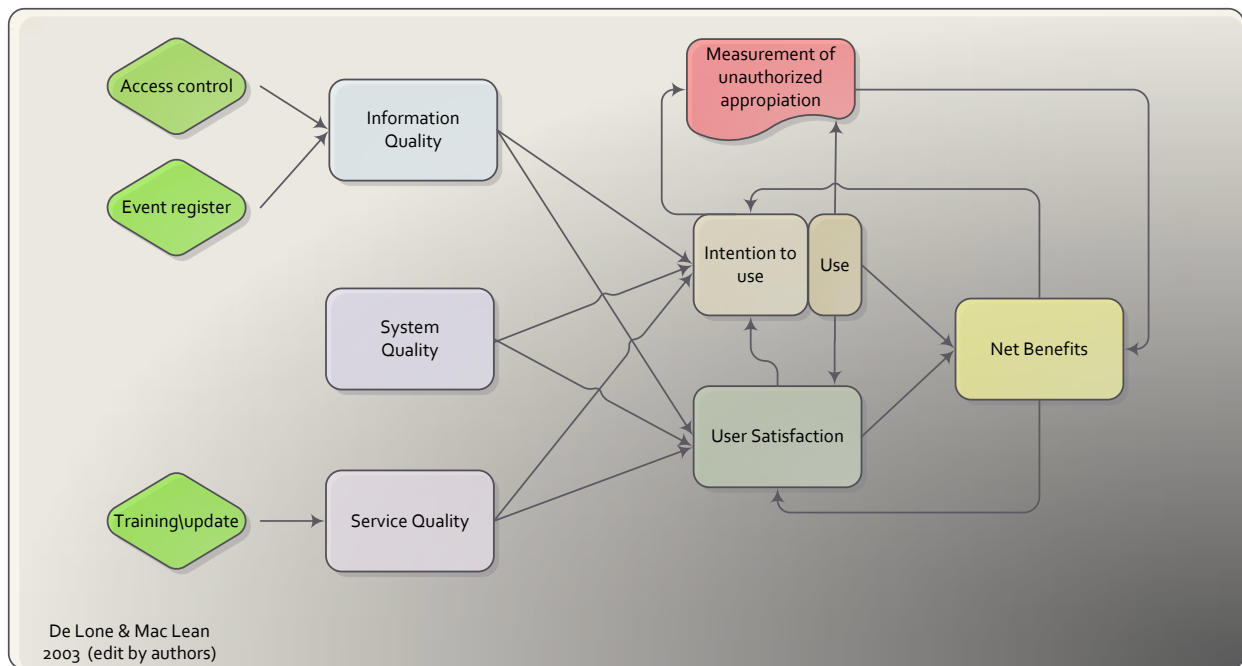
Dimensjonen netto fordeler

Det er flere negative effekter av at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger forekommer i en organisasjon i helsevesenet. Dette gjelder både i forhold til den enkelte pasient, den enkelte ansatt og for organisasjonen som helhet. Gjennom bruk av DeLone og McLean sin teori i denne oppgaven er netto fordeler tenkt som fravær av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, med de positive effekter dette vil ha for de ulike aktører. For helseorganisasjonen kan dette være økt tillit hos pasienter, mer komplette, korrekte og tilgjengelige helseopplysninger i pasientjournalssystemene og dermed bedre helsebehandling. Netto fordeler kan også være negative, men da vil hele sirkelen i modellen være negativ: med mer bruk av et system med dårlig informasjonskvalitet eller misbruk av informasjon, vil dette føre til negative netto fordeler, som negative omdømme effekter og dårligere helsebehandling. Det er tidligere vist at sikkerhetsbrudd i en organisasjon hvor konfidensielle opplysninger blir lagret medførte negative markedsreaksjoner for involverte selskaper (Campbell et al., 2003). Dimensjonen netto fordeler blir ikke direkte målt gjennom undersøkelsen i denne masteroppgaven. Funn som blir gjort ved undersøkelse av dimensjonen bruk kan imidlertid knyttes til netto fordeler gjennom drøfting av mulige konsekvenser.

Dimensjonene systemkvalitet og brukertilfredshet

Da det ikke er tenkt å gjøre noen evaluering av suksessen til et spesifikt system, gjøres det heller ikke noen målinger i forhold til systemkvalitet eller brukertilfredshet. Denne delen av DeLone og McLean sin modell vil dermed ikke bli berørt eller drøftet.

Under er DeLone og McLean sin modell presentert slik den er tenkt brukt i denne masteroppgaven:



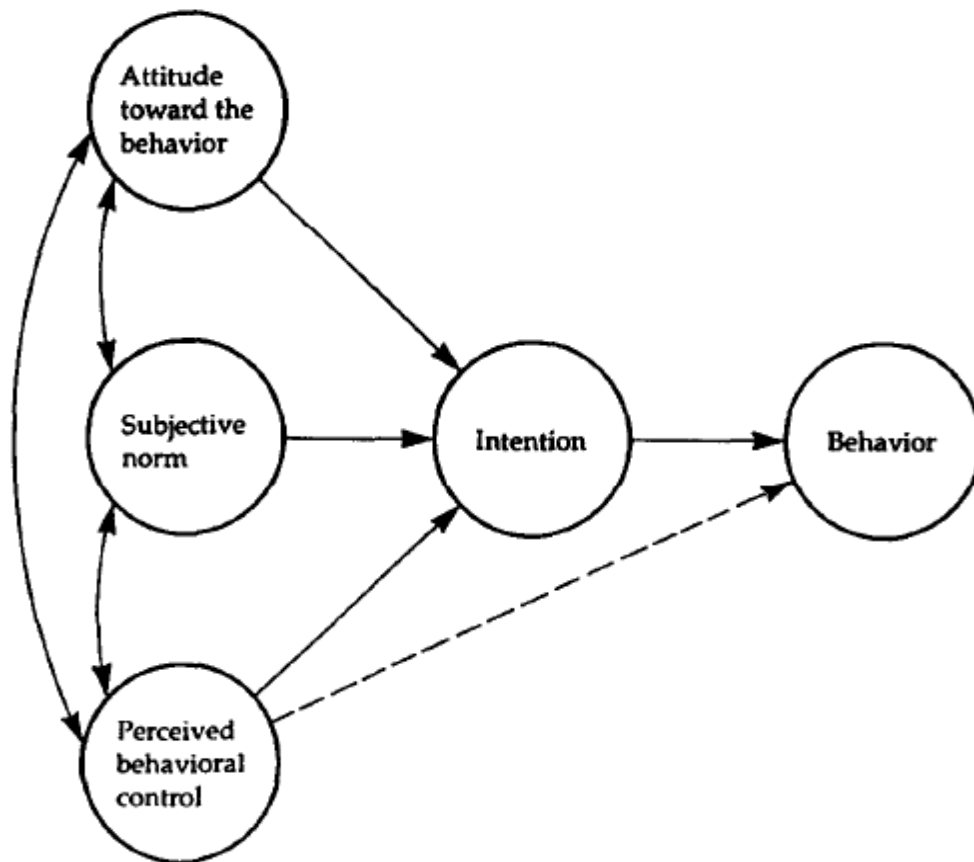
Figur. 4.1.3 DeLone og McLean sin modell slik den er brukt i denne oppgaven

Det blir altså målt en del variabler tilhørende dimensjonene informasjonskvalitet og servicekvalitet som blir sammenlignet opp mot variabler fra dimensjonen bruk. DeLone og McLean sin modell er ikke helt dekkende hva gjelder å undersøke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. For å komplettere denne modellen vil derfor teori om planlagt atferd bli presentert i neste kapittel.

4.2 Teori om planlagt atferd

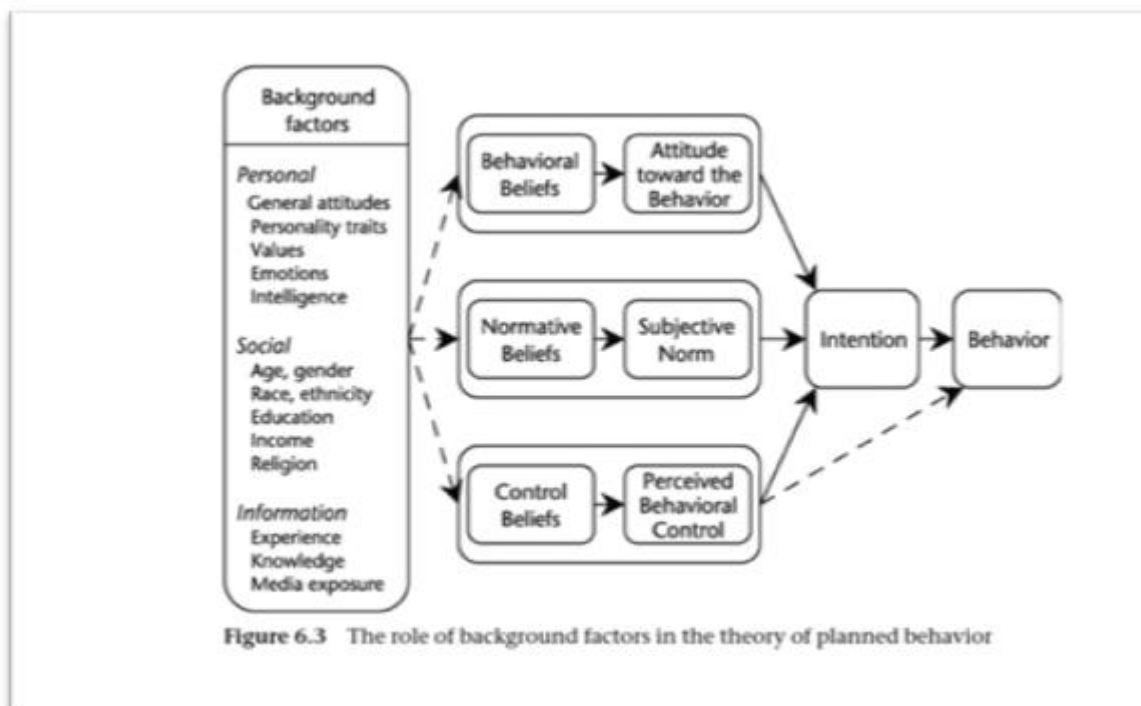
Effekten av tiltak som blir iverksatt for å begrense brudd på datasikkerhet, er avhengig av atferden til den som bruker, har tilgang til, administrerer eller vedlikeholder informasjonen. (Dunkerley og Tejay, 2009)

Teorien om planlagt atferd ble lansert av Ajzen i 1985. Dette er en videreutvikling av terioen om begrunnet handling (reasoned action) som Ajzen og Fishbein lanserte i 1975. Den opprinnelige teorien viste at holdning til atferd og subjektiv norm ledet til en intensjon om handling. Andre forskere kom med innspill om at atferd ikke bare ble styrt av intensjon, men at kontroll over atferd også kunne avgjøre om handlingen ble utført. I 1985 utvidet derfor Ajzen modellen til å inkludere opplevd og faktisk atferdskontroll.



Figur 4.2.1 Theory of planned behavior (Ajzen, 1991)

Teorien hevder at faktorene holdning til atferd, subjektiv norm og opplevd atferdskontroll leder til intensjon om handling, som igjen leder til atferd. Jo sterkere en intensjon om handling er, jo mer sannsynlig er det at handlingen blir utført. Bak disse faktorene igjen ligger det et sett av oppfatninger/vurderinger til grunn. Disse er igjen påvirket av individuelle, sosiale og kunnskapsbaserte bakgrunnsfaktorer. Dette mer komplekse bildet er illustrert i Ajzen (2005):



Figur 4.2.2 Bakgrunnsfaktorenes rolle i teorien om planlagt atferd. (Ajzen, 2005).

Holdning til atferd: dette er en personlig faktor. Personens evaluering av å utføre handlingen, vil det være gunstig eller ugunstig?

Subjektiv norm: dette reflekterer sosial innflytelse. Personens persepsjon av det sosiale press om å utføre eller ikke utføre handlingen.

Atferdskontroll: vi kan skille mellom faktisk kontroll (er det praktisk mulig å gjennomføre atferden) og opplevd atferdskontroll.

Opplevd atferdskontroll er den oppfatning personen har av hvor lett eller vanskelig det er å utføre en handling. Den opplevde atferdskontrollen kan variere fra situasjon til situasjon. Den er påvirket av ulike personlige forhold, for eksempel individuelle ulikheter, kunnskaper, ferdigheter og mulighet til å gjennomføre atferden. Personer har ulik grad av viljestyrke, og følelser og tvangs-mønstre kan også påvirke. Opplevd atferdskontroll kan, sammen med intensjon, bli brukt direkte for å forutsi utføring av atferd. Dette bygger på følgende 2 argumenter:

a) Hvis intensjon er konstant, vil muligheten for at handling blir utført stige med opplevd atferdskontroll (for eksempel: hvis 2 personer vil lære å stå på ski, er det mest sannsynlig at den som er overbevist om at han vil klare det faktisk vil klare det, enn den som tviler på om han vil klare det).

b) Opplevd atferdskontroll speiler ofte faktisk atferdskontroll. Dette er selvsagt avhengig av at persepsjonen er realistisk og nøyaktig.

Faktisk atferdskontroll er eksterne faktorer; tid og mulighet, samt avhengighet av andre mennesker. En kan for eksempel ha en sterk intensjon om å gå på kino, men kan bli stoppet av at det er utsolgt for billetter. En kan også ha sterk intensjon om å få til noe sammen med en annen, men kan bli stoppet av at denne ikke samarbeider.

De 3 faktorene holdning til atferd, subjektiv norm og atferdskontroll, leder altså frem til intensjon. Intensjon om atferd inneholder de motivasjonsfaktorer som påvirker en atferd: hvor hardt er personen villig til å prøve, hvor mye innsats vil den legge inn for å utføre atferden. Jo sterkere intensjonen er, jo mer sannsynlig er det at atferden vil bli utført. Samtidig kan ikke atferden bli utført med mindre personen har kontroll over de forhold som gjør det mulig for den å utføre atferden. Opplevd atferdskontroll er med på å påvirke intensjon, i tillegg til at faktisk atferdskontroll påvirker intensjonen og atferden direkte. Knyttet til urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, kan det overføres til følgende:

1. Hvis en person har en positiv holdning til det å lese taushetsbelagte opplysninger urettmessig, samt
2. at personen opplever at kollegaene ikke ser på det som problematisk, og
3. personen opplever å ha og faktisk har tilgang til de taushetsbelagte opplysninger han/hun ønsker å lese,
4. vil dette gjøre det sannsynlig at vedkommende har en sterk intensjon om å gjennomføre den urettmessige lesingen. Når intensjonen er sterk, er det sannsynlig at handlingen blir utført.

5.0 Metode

Dette kapitlet tar for seg hvordan en har gått frem for å få svar på de forskningsspørsmålene som er blitt formulert. Både den kunnskapen som er kommet frem gjennom litteratur, og den forståelsen teorien har gitt, har vært medvirkende for valg av metode og hvordan selve undersøkelsen er utformet. Det vil fremgå hvordan teoriene presentert i det foregående kapitlet er blitt brukt for å utforme undersøkelsen i denne masteroppgaven.

5.1 Bakgrunn for valg av metode og utførelse

Kvantitative metoder er egnet for å få breddekunnskap (kartlegge hvem/hva, hvor ofte og hvor mange), og finne årsakssammenhenger. Spørreskjemaer blir typisk brukt som datainnsamlingsinstrument i kvantitativ metode. Disse må utarbeides og struktureres i forkant av en undersøkelse og begrenser derfor muligheten for å få informasjon utover det det spørres om. Fordelen ved kvantitativ datainnsamling er at man kan inkludere mange enheter i undersøkelsen og blant annet trekke slutninger om hva som er typisk for hele befolkningen eller spesielle grupper (Johannessen et al. 2005).

Målet med forskningsspørsmålet i denne masteroppgaven er å kartlegge utbredelsen av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, samt å undersøke om det eksisterer noen sammenheng mellom dette og de tiltakene som er iverksatt for å motvirke urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. I tillegg undersøkes om en del andre faktorer påvirker urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Det ble derfor bestemt at en kvantitativ metode var velegnet. Innledningsvis i arbeidet med denne masteroppgaven ble det undersøkt om det fantes en standard for strukturering av data i hendelsesregistre, og om denne eventuelt er benyttet av de ulike elektronisk pasientjournal leverandørene. Det ble ikke avklart at standard for hendelsesregister var etablert eller om denne var gjennomført på de ulike helseforetakene. Samtidig er prosessen med å kontrollere hendelsesregistre svært tidkrevende og omfattende. Ut fra dette ståsted ble det klart at dersom man ønsker å undersøke omfanget på urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, lot det seg vanskelig gjøre å basere dette på tall fra hendelsesregistre. De ansatte, brukerne av de kliniske systemene, har også kunnskap innenfor samme område. Det ble derfor naturlig å rette søkelyset mot hvordan man kunne få disse opplysningene av de ansatte direkte, ved hjelp av spørreskjema.

Forskningsdesign

Forskningsdesignet i denne oppgaven er en deskriptiv tverrsnittsstudie. Dette innebærer at det er en ikke-eksperimentell studie. Ikke-eksperimentell betyr at det ikke gjøres noen intervensjon for å måle om dette har en effekt på en eller flere variabler. Det sier seg selv at ikke alle fenomener kan eksperimenteres med. Å eksperimentere med om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger blir gjort eller ikke, under gitte forutsetninger, kan sees på som uetisk overfor de som deltar i undersøkelsen, og er derfor vanskelig gjennomførbart. Ulempen ved ikke-eksperimentelle studier er at man ikke kan påvise årsakssammenhenger med sikkerhet (Polit og Beck, 2010). Det gjøres korrelasjonsanalyse i denne studien. Ifølge Polit og Beck (2010) har korrelasjonsstudier fordelen av å kunne samle inn en stor mengde data om et problem og deretter utlede mulige sammenhenger (Polit og Beck, 2010). I korrelasjonsstudier søkes det altså etter sammenhenger mellom ulike variabler, uten å stadfeste sikre årsaker. Hensikten med deskriptiv, eller beskrivende, forskning er å observere, beskrive og dokumentere aspekter ved en situasjon eller fenomen, som utbredelsen av et fenomen (Polit og Beck, 2010). Det er nettopp det å kartlegge omfanget av, og beskrive mulige påvirkende faktorer ved handlingen urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, som er hensikten med undersøkelsen i denne masteroppgaven. Tverrsnittsstudie vil si at man gjør en måling på ett gitt tidspunkt eller i løpet av et kort tidsintervall. Fordelen ved en tverrsnittsstudie er at den er økonomisk og organisatorisk lett å håndtere (Johannessen et al. 2005). Ulempen er at man kun måler på et gitt tidspunkt, og ikke får med seg endringer over tid.

Utforming av spørreskjema

Ut i fra litteratur og teori ble variablene til spørreskjemaet operasjonalisert.

Operasjonalisering handler om å avgrense fokuset og gjøre generelle fenomener konkrete slik at de kan måles eller kategoriseres. Operasjonaliseringen fører konkret til en eller flere variabler. En variabel er en spesifikk egenskap eller et kjennetegn ved enhetene, og vil ha flere verdier (Johannessen et al. 2005).

Spørreskjemaet (vedlegg b) er delt i 4 deler:

I første del blir det spurt om demografiske bakgrunnsvariabler. Her trekkes det med variabler som er relevante i teori om planlagt atferd: alder, kjønn, utdanning, ansettelsesår og hvor lenge siden respondenten var ferdig utdannet (de to siste sier noe om erfaring).

Andre del omhandler hva slags tilganger i datasystemene respondenten har og hvordan han/hun opplever denne. Tilgangskontroll er et av de mest omtalte tiltakene mot uautorisert tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, og er også lovpålagt å ta i bruk (Lov av 2001-05-18 nr 24). Tilgangsstyring inngår som et element i DeLone og McLean modellen i dimensjonen informasjonskvalitet. Det blir spurt om respondenten har spesifikke tilganger (til sykepleiejournal, legejournal, personalia, opplysninger om pasienter lagt inn på andre avdelinger) for å kartlegge hvor tilpasset tilgangen er og hvor relevant den informasjonen de får tilgang til er for vedkommende. Det blir videre spurt om respondenten har opplevd å bli hindret i sitt arbeid på grunn av for snever tilgang og hvordan han/hun opplever den tilgang de er gitt.

Tredje del av spørreskjemaet omhandler tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Her spørres det direkte om respondenten har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger han/hun ikke hadde faglig grunn for og eventuelt hvor ofte dette skjer. Dette knyttes til dimensjonen bruk i modellen til DeLone og McLean, samt den faktiske atferden i teorien om planlagt atferd. For å stille et kontrollspørsmål om respondenten urettmessig har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger eller ikke, og for å kartlegge eventuelle motiver for å utføre handlingen, spørres det om respondenten har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn på: pasienter de tidligere har hatt i pleie, familiemedlemmer, venner og bekjente, offentlig kjent person eller andre. Det spørres også om respondenten vet om kollegaer har utført dette, og i så fall hvor ofte dette skjer. Dette er med bakgrunn i teori om planlagt atferd, der subjektiv norm reflekterer sosial innflytelse, og kan si noe om intensjonen om å utføre en handling (urettmessig lesing). Det kan også tenkes at det er lettere å si at andre har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger enn å si at en selv har gjort det.

Fjerde og siste del av spørreskjemaet dreier seg om logg og opplæring. Pasienters rett til innsyn i logg i egen pasientjournal ble tatt med i et tillegg til Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) § 13. Begrunnelsen for dette var at det kan være med på å forhindre uautorisert tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Hendelsesregister, eller logg, inngår i dimensjonen informasjonskvalitet i modellen til DeLone og McLean. Kunnskapen om at alt man leser, skriver, endrer, sletter i et pasientjournalssystem blir registrert, kan påvirke hva en faktisk utfører av disse handlingene. Det spørres derfor om hva respondenten tenker om loggføring, og om dette noen gang har hindret vedkommende i å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. I spørreundersøkelsen til Andresen (2007)

stilles samme spørsmål, men her ble det også spurt om tanken på loggføring har forhindret respondenten i å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger personen faglig sett burde ha lest. Det sistnevnte viste seg å ha skjedd minst en gang hos 5,1 % av de spurte. Dette ble derfor også tatt med som spørsmål i denne spørreundersøkelsen, da det er viktig å få frem negative konsekvenser av iverksatte tiltak. I utarbeidelsen av spørreskjemaet ble begrepet loggføring bevisst valgt fremfor hendelsesregistre, da det ble ansett for å være et mer kjent uttrykk for respondenter. Opplæring i lover og forskrifter rundt personvern og pasientsikkerhet, samt opplæring i datasikkerhetsrutiner, er nok et tiltak, anbefalt av Helsedirektoratet. Kunnskap inngår også som en bakgrunnsvariabel i teori om planlagt atferd. Respondentene blir derfor spurt om de har mottatt slik opplæring. I litteraturen beskrives kunnskap som noe som faller over tid hvis den ikke friskes opp (Squire, 1989). Det spørres derfor om respondenten mottar oppdateringer av gjeldende lover og forskrifter rundt personvern og pasientsikkerhet, samt datasikkerhet.

I utformingen av spørreskjemaet er det tatt høyde for å ha mest mulig korte og presise spørsmål som mulig. De fleste spørsmålene er formulert som påstander som respondenten kan gradere på en skala fra 1 til 5 (helt enig til helt uenig), eller svare ja, nei eller vet ikke. Strukturerte spørreskjemaer med forhåndsoppgitte svaralternativer gjør det lettere for respondenten å fylle ut skjemaet. Det er også enklere å registrere svarene i statistikkprogrammer. Ulempen er at man kan miste en del informasjon hvis svaralternativene ikke er dekkende eller om respondenten har informasjon utover det det spørres om (Johannessen et al., 2005). Da tanken bak spørreskjemaet er å kartlegge utbredelsen av en type handling hos en større gruppe mennesker var det viktig å spørre konkret og ha faste svaralternativer. For å øke sjansen for god svarprosent ble det også lagt vekt på å ikke ha for mange spørsmål. Spørreskjemaet ble testet ut i to omganger. Første gang av 10 personer, som i hovedsak jobber i sosial- og helsevesenet. Etter tilbakemeldinger fra disse og fra veiledere på studiet ble spørreskjemaet endret, og igjen testet ut på 10 nye personer. I andre testomgang viste det seg at alle kandidatene hadde en riktig forståelse av hva vi spurte om i alle spørsmålene, og det ble kun gjort små justeringer.

Populasjon, utvalg og datainnsamling

Oslo Universitetssykehus (OUS) ble valgt som arena for undersøkelsen da en av prosjektets deltakere har dette som arbeidssted. Dette gjorde det enklere å få tak i kontaktpersoner,

planlegge å utføre spørreundersøkelsen. Oslo Universitetssykehus har per 2010, ca. 20 000 ansatte, hvorav rundt 15 000 har tilgang til kliniske datasystemer. Spørreundersøkelsen i denne oppgaven retter seg mot personer med tilgang til taushetsbelagte opplysninger i datasystemer. Sykehuset er delt inn i åtte klinikker, og er geografisk spredt på tvers av fire hovedlokaliteter; Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker. Hver av de åtte klinikkene er organisert inn i flere avdelinger. Avdelingene er igjen gjerne delt inn i seksjoner og deretter poster. Det er på seksjon og postnivå de fleste av helse- og kontorpersonelet, som har med taushetsbelagte opplysninger å gjøre, jobber. For å få tillatelse til å dele ut spørreskjemaer til ansatte på seksjon- og postnivå måtte det på forhånd innhentes godkjenning av de respektive avdelingslederne. Da en av prosjektets deltagere har jobbet ved en av de relevante postene, og undersøkelsen omhandler et sensitivt tema, ble det bestemt å unngå den avdelingen personen har jobbet ved. Dette med tanke på at respondentene på denne avdelingen kanskje ville frykte å bli gjenkjent i spørreundersøkelsen.

Oslo Universitetssykehus var i undersøkelsesperioden under store omstillinger på grunn av sammenslåingen av Ullevål sykehus, Rikshospitalet/Radiumhospitalet og Aker sykehus. Flere klinikker og avdelinger var under omorganisering, samt flyttet geografisk. Det er over 50 forskjellige avdelingsledere på OUS. På grunn av mange endringer i lederstillingene, ville kartleggingen av alle avdelingsledere blitt en tidkrevende jobb. Videre ville det å få tilbakemeldinger fra alle avdelingsledere tatt lang tid. Det ble derfor besluttet å innhente godkjenning fra noen få avdelingsledere. Avdelinger med mange ansatte på postene eller som inneholdt mange ulike typer poster, ble plukket ut. Dette i et forsøk på å nå så mange ansatte som mulig via få avdelingsledere. Tanken bak forskjellige typer poster var at man da ville treffe på forskjellige yrkesgrupper (som sykepleiere, leger og kontorpersonelet) og spesialiteter. Det ble sendt ut forespørsel om å få utføre spørreundersøkelsen til tolv avdelingsledere. Fem av disse svarte positivt og tillot gjennomføring av spørreundersøkelsen. Omstillingsprosessen sykehuset er inne i ble oppgitt som grunn av to avdelingsledere for at de ikke ville belaste sine ansatte med en spørreundersøkelse. De andre avdelingslederne var det ikke mulig å få noe svar fra. Spørreundersøkelsen ble utført ved forskjellige poster i de fem avdelingene, og det ble til sammen delt ut 660 spørreskjemaer. Dette var det antallet ansatte vi fikk tilgang til å spørre, og som utgjør populasjonen i denne undersøkelsen.

I tillegg til at avdelingslederne ble kontaktet, ble også de forskjellige enhetslederne kontaktet. Flere av disse var hjelpelige med å la prosjektdeltagerne få komme og fortelle litt om

undersøkelsen på diverse møter. De hjalp også til med å sende ut purringer til de ansatte på e-post. Spørreundersøkelsene ble delt ut i posthyllene på arbeidsplassen til de ansatte. Det ble gjort et valg om å dele ut spørreskjema i papirform, fremfor å gjennomføre en undersøkelse elektronisk. Dette ble gjort da en i prosjektgruppa har erfaring med at helsepersonell ofte har liten tid til eller i liten grad tar seg tid til, å sjekke e-posten sin. Det ble derfor ansett som mer sannsynlig at mange ville svare på et papirskjema. Forseglede postkasser til ferdigutfylte svarskjemaer ble satt opp i nærheten av posthyllene, og samlet inn etter to-tre uker.

Analyse av data

Kvantitativ dataanalyse kan deles inn i to hovedkategorier: deskriptiv statistikk og inferens statistikk (Polit og Beck, 2010):

Deskriptiv statistikk beskriver hvordan observasjoner fordeler seg, enten i utvalg eller i populasjoner. Eksempler på slik statistikk er gjennomsnitt, median, standardavvik og korrelasjonskoeffisient (Johannessen, 2003). Deskriptiv statistikk kan beskrive en variabel av gangen (univariat analyse), beskrive sammenhengen mellom to variabler (bivariat analyse), tre variabler (trivariat analyse) eller fler (multivariat analyse). Hvilke statistiske analyser som kan gjennomføres, og hvordan data analyseres og presenteres, er avhengig av antall variabler, antall verdier på hver variabel, variablenes målenivå og forholdet mellom variablene (Johannessen et al., 2005). Frekvensanalyse har til formål å vise hvor mange enheter det er på en variabels verdier og presenteres gjerne i prosentandeler. Korrelasjonsanalyse tar sikte på å finne et enkelt statistisk mål som kan karakterisere sammenhengen mellom to variabler. Den tar utgangspunkt i et symmetrisk forhold mellom de to variablene som analyseres (Grønmo, 2004).

Inferens statistikk eller slutningsstatistikk brukes hvis man vil generalisere fra et utvalg til en populasjon. Det er to hovedmetoder for statistisk generalisering: estimering og hypotesetesting (Johannessen, 2003). Denne type statistikk fordrer et sannsynlighetsutvalg, noe undersøkelsen i denne masteroppgaven ikke har.

I denne undersøkelsen gjøres frekvensanalyse. Resultatene fremstilles for det meste i tabeller, men noen søylediagram er også brukt ved enkle frekvensanalyser. For å teste sammenheng er det blitt benyttet Pearsons khikvadrattest for kategoriske variabler, og Spearmans korrelasjonskoeffisienstest for sammenhengen mellom variabler med ordinale målenheter.

Signifikante verdier for Pearsons khikvadrattest er beskrevet som eksempelvis $p=,001^*$. Signifikante verdier for Spearman er definert i teksten som f.eks $r_s=,001^*$. Signifikans nivået er definert ut fra følgende:

*korrelasjonen er signifikant ved 0,01 nivået(2-tailed),

**korrelasjonen er signifikant ved 0,05 nivået(2-tailed).

Variablene som er definert måles på ordinalnivå og på nominalnivå. I tabellene og diagrammene benyttes det prosentvisning, prosentueringsgrunnlaget er basert på antall som faktisk har svart på spørsmålet.

Dataverktøy er viktig i analyse av kvantitative data. I denne undersøkelsen er det valgt å bruke programmet SPSS (the Statistical Package for the Social Sciences) som verktøy for dataanalysen. For en bedre fremstilling av søylediagrammene er også Excel brukt.

5.2 Metodekritikk

Ifølge Polit og Beck (2010) er det to viktige kriterier som betegner **kvalitet** i kvantitativ forskning: reliability (pålitelighet) og validity (validitet). Pålitelighet går ut på at informasjonen/dataene i studien er korrekt gjengitt eller målt. Validitet er en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke.

Undersøkelsens reliabilitet

Fem av avdelingslederne som ble spurt om de godkjente studien svarte aldri og to ville ikke at spørreundersøkelsen skulle utføres. Det er sannsynlig at begrunnelsen om at det for tiden er stort press på de ansatte stemmer. Spørreundersøkelsen kan oppfattes som litt “ubehagelig” siden det berører et sensitivt tema. Ved de postene det ble gitt tillatelse til å utføre spørreundersøkelsen fikk alle ansatte utdelt spørreskjema, slik at det ikke ble gjort noen forskjell her. Svarfristen var mellom to og tre uker slik at de som jobber i små stillingsbrøker også skulle rekke å svare hvis de ønsket, samt at man da rakk å purre en gang på de ansatte.

Noen av spørsmålene i spørreskjemaet bygger på en tidligere undersøkelse gjort på samme tema (Andresen og Aasland, 2008). Dette kan styrke studiens pålitelighet og gjøre at det er lettere å sammenligne resultater. Ordlyden i spørsmålene er noe annerledes da lovtekster ikke direkte er brukt i spørsmålene, slik som i undersøkelsen til Andresen og Aasland. Dette ble

omformulert for å få et mer muntlig og lettforståelig språk. I og med at spørreskjemaet ble testet ut i to omganger, av helsepersonell, er det grunn for å tro at spørsmålene er blitt riktig oppfattet av respondentene. Spørreskjemaet er strukturert med forhåndsgitte svaralternativer. Hele spørreskjemaet er kodet i en kodebok og svarene ført inn i SPSS. Slik sett er det mulig å spore svarene i SPSS tilbake til de enkelte svarskjemaene. SPSS er et anerkjent verktøy, og er brukt for å utføre de statistiske analysene. Utrekningene bør derfor også være pålitelige.

Spørreskjemaene ble utdelt med svarkonvolutt som kunne forsegles, samt at postkassene var forseglet med tape. Dette for sikre konfidensialitet og invitere til ærlighet for de som valgte å svare. Om respondentene svarer ærlig er likevel vanskelig å vite og må tas med i betraktning. Det er selvfølgelig en sjanse for at en del respondenter vil unnlate å oppgi at de har gjort noe "ulovlig".

Undersøkelsens validitet

I arbeidet med denne masteroppgaven ble det funnet at en kvantitativ tilnærming i form av et anonymt spørreskjema var en egnet fremgangsmåte for å få svar på forskningsspørsmålene. Ved kartlegging av omfang av en type handling er det viktig å ha et relativt stort utvalg. De ansatte som er de som faktisk tilegner seg taushetsbelagte opplysninger ble ansett som en god kilde til de data det spørres om. I spørreskjemaet er enkelte variabler blitt spurt om i flere forskjellige spørsmål for å sikre at man i størst mulig grad har oppnådd gyldige svar. Ved operasjonaliseringen av omfang av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger har dette f.eks. blitt operasjonalisert inn i tre spørsmål.

Et spørsmål spør direkte om respondenten har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Spørsmål nummer to er formulert med forskjellige påstander om hva slags type opplysninger de har tilegnet seg uten faglig begrunnelse. Og et tredje spørsmål spør om de vet om kollegaer som har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Dette kan altså fange opp samme type handling, men spurt på forskjellige måter. Dette vil være med på å øke den indre validiteten. Samtidig er det ved en ikke-kontrollert studie vanskelig å påvise årsakssammenhenger. Prestrukturerte spørreskjema gjør det også vanskelig å fange opp nyanser og utdypende informasjon utover det det spørres om.

Den eksterne validiteten i studien, eller overførbarheten fra utvalg til populasjon er problematisk. Utvalget i denne studien er gjort ved hjelp av bekvemmelighetsutvalg. Dette er

et ikke-sannsynlighetsutvalg. Faren ved denne utvalgsprosedyren er at man kan ende opp med et systematisk skjevt utvalg, som gjør at man ikke kan generalisere fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2005). Utvelgelsen av avdelinger med blandede og litt store poster gjorde det mulig å nå mange ansatte, samt forskjellige arbeidskategorier av ansatte. Det finnes mange typer arbeidskategorier på et sykehus. Det ble sett på som en umulig oppgave å fange opp alle. Forskjellige yrkeskategorier har gjerne forskjellig opplæring og utdanning bak seg. Slik sett kan en tenke seg det å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse, de etiske overveielserne og holdningene til dette, kan variere ut ifra hva slags yrkeskategori de er i. Dette blir i så fall ikke mulig å få frem av denne undersøkelsen i særlig grad, da ikke alle yrkeskategorier vil være representert. Utvalget vil ikke være representativt for hele Oslo Universitetssykehus. Dermed kan ikke resultatene fra undersøkelsen generaliseres tilbake til utgangspopulasjonen.

5.3 Etiske hensyn

På grunnlag av Helsinkideklarasjonen fra 1964 er det utarbeidet forskningsetiske retningslinjer, som sier at alle forskere må arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Det stilles konkrete krav til at måten forskningsprosessen gjennomføres på, for å sikre frihet og selvbestemmelse for dem det gjelder, sikre integritet, beskytte mot skade og urimelig belastning og verne privatlivet (Lund og Haugen, 2006). I forkant av spørreundersøkelsen ble prosjektet godkjent av Fakultetets etiske komité (vedlegg A). Det ble innhentet godkjennelse av Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus (vedlegg A), samt av avdelingsledere ved de forskjellige postene, der undersøkelsen ble gjennomført. Informasjonsskriv om studien ble formulert og delt ut til deltagere (vedlegg E), sammen med spørreundersøkelsen. Det ble presisert at spørreundersøkelsen var frivillig og anonym. Det ble også presisert at hvis respondentene ved en feiltagelse skrev personidentifiserbare opplysninger på spørreskjemaene, ville disse bli fjernet av de prosjektansvarlige. Til avdelingslederne ble det presisert at navnene på avdelingene og postene som har vært med i undersøkelsen heller ikke vil bli offentliggjort i masteroppgaven.

5.4 Litteratursøk og kildekritikk

Det er bestrebet å bruke primærkilder gjennom arbeidet med informasjonsinnhenting. I den grad det er brukt sekundærkilder, er det henvist til både primær- og sekundærkilden. I starten

av prosjektet ble det gjort mye litteratursøk rundt urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Det ble søkt i norske, skandinaviske og internasjonale søkemotorer, offentlige etaters hjemmesider og google scholar. Søkeord omfattet bruk av norske, svenske, danske og engelske ord og uttrykk. Søkeord, funn og bruk av søkemotorer ble systematisk registrert i en egen oversikt (vedlegg D). Da det viste seg å være vanskelig å finne vitenskapelige artikler som omhandlet urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, ble det også søkt hjelp via bibliotekar, samt kontaktpersoner i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble også søkt på nettsider til andre offentlige instanser, som for eksempel Datatilsynet og Helsetilsynet. Det ble opprettet kontakt med kontaktpersoner i Sverige og Danmark, for å få hjelp til å bli orientert mellom annet om lovverk i disse landene.

Det viste seg å eksistere lite offentlig og vitenskapelig litteratur på omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Effekter av de tiltak som er iverksatt mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er også lite dokumentert. En artikkel funnet ble regnet som veldig relevant. Undersøkelsen er utført av Andresen og Aasland i 2008. Dette er en undersøkelse som er publisert i Tidsskrift for Den norske Legeforening. Undersøkelsen som gjøres er en anonym spørreundersøkelse som kartlegger noen trekk ved helsepersonells håndtering av pasientopplysninger. Undersøkelsen er bygd opp rundt fem forskningsspørsmål, og de spør til sammen 700 personer (leger, helsesekretærer og radiografer). Undersøkelsen fremstår som pålitelig, og egnet for å kartlegge omfang av bl.a. urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

En undersøkelse som er brukt er Wester (2007). Dette er en kvalitativ undersøkelse som belyser praksis ved et sykehus i Gøteborg. Svakheter ved denne undersøkelsen er at hun oppgir at opplysninger hun gir informantene gjennom intervjuet, påvirker informantene slik at de endrer sin holdning til det åpne journalsystemet. Dette kan ha medført at hun har påvirket de svar som informantene gir. Videre oppgir undersøkelsen ikke hvordan informantene er valgt ut. "Utvelgelse er viktig i all forskning, fordi prosessen har stor innflytelse på analysen av dataene" (Johannesen et al., 2005, side 106). Selv om det synes som at Wester ikke følger alle anerkjente forskningsprinsipper for intervjumetode og utvelgelse av informanter, er det valgt å bruke denne undersøkelsen for å belyse bakgrunnen for at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger forekommer.

En del av litteraturen som ble funnet ved søk på de aktuelle nøkkelord, var artikler som omhandlet overtramp knyttet til kjente personers pasientjournaler. Særlig gjaldt dette de funn som ble gjort på amerikanske nettsider. Det ble valgt å ikke bruke slike kilder. Det er imidlertid i kapittel 2 valgt å bruke noen eksempler fra norsk presse vedrørende urettmessige oppslag i pasientjournaler, dette for å illustrere hvordan slike saker blir belyst i media.

6.0 Resultater og analyser

I dette kapitlet vil hovedresultatene fra spørreundersøkelsen bli presentert. Inndelingen av resultatene blir gjort på bakgrunn av de fire delene spørreskjemaet ble inndelt i. De fleste resultatene blir presentert med tekst, og de mest sentrale med tilhørende tabeller eller søylediagrammer. Resultater som ikke blir presentert med tabeller eller som bare blir presentert med søylediagrammer, vil ha tilhørende tabeller liggende i vedlegg C.

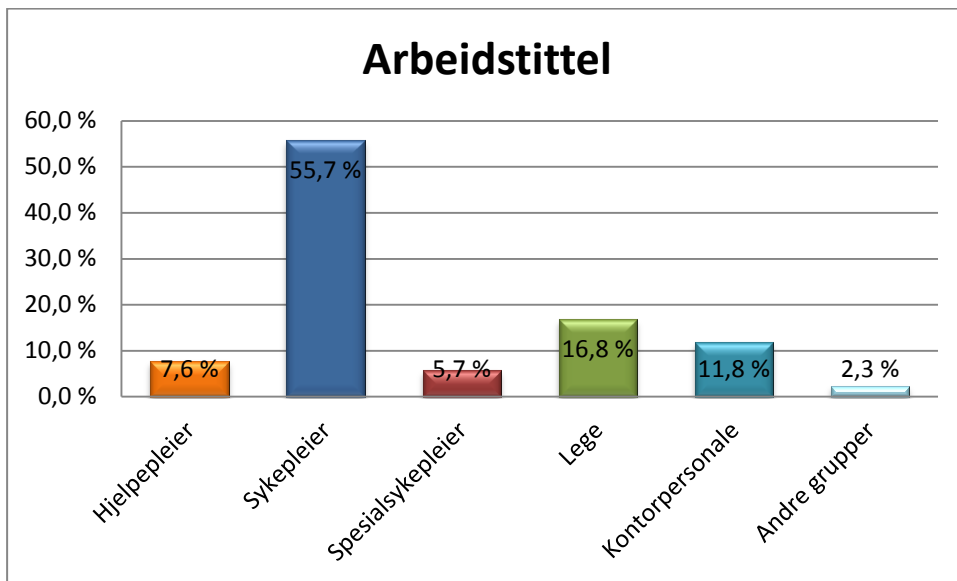
6.1 Hvem har svart på undersøkelsen?

Første del av spørreskjemaet omhandlet demografiske bakgrunnsvariabler. I alt ble 660 spørreskjemaer delt ut på fem forskjellige avdelinger ved Oslo Universitetssykehus. 264 personer svarte på undersøkelsen, hvilket gir en svarprosent på 40 %. Fordelt på kjønn var 87,1 % av respondentene kvinner, mens 12,9 % var menn. Den største yrkesgruppen var sykepleiere og spesialsykepleiere (totalt 61,4 %), etterfulgt av leger (16,8 %), kontorpersonale (11,8 %) og hjelpepleiere (7,6 %). De fleste arbeidet mellom 91-100 % stilling, og var fast ansatt.

28 % av helsepersonellet ble utdannet mellom 1960 og 1989, 24,4 % ble utdannet mellom 1990 og 1999 mens 47,6 % ble utdannet mellom 2000 og 2011. Hovedtyngden av respondentene opplyste å ha blitt ansatt i perioden 2000-2011. I forhold til når en ble utdannet, og når en ble ansatt, er variablene omkodet og inndelt i tre grupper. Denne inndelingen i grupper ble valgt fordi disse epokene er ulike i forhold til hvor utbredt bruk av elektroniske pasient journal har vært.

Før 1989 var elektroniske pasientjournal systemer ikke utbredt, mens i perioden 1990-1999 ble det innført ved mange institusjoner. Etter år 2000 har det vært vanlig, og det antas derfor å ha vært implementert både i utdanning og praksis i mye større grad. De største andelene av

respondentene i undersøkelsen tilhørte aldersgruppene 30-39 år, 40-49 år og 50-59 år. Dette er omkodete verdier da respondentene kun ble spurt om alder.



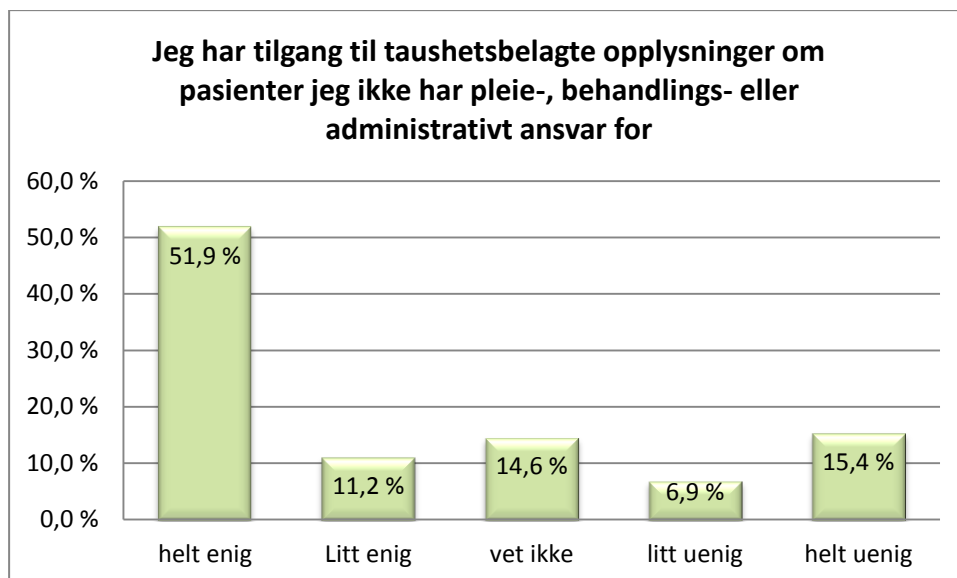
Figur 6.1 Arbeidstittel (n=264)

Fordelingen av kjønn og stillingstittel gir følgende fordeling: 95 % av hjelpepleierne var kvinner, 92,5 % av sykepleierne var kvinner, alle spesialsykepleierne var kvinner, mens det blant legene var helt jevn kjønnsfordeling ($p = ,000^*$). Alt kontorpersonellet var kvinner. Ca. 2/3 av mennene i undersøkelsen var leger. For mer utfyllende data se tabeller i vedlegg C.

6.2 Tilgangsstyring

Tilgangsstyring er et tiltak som kan bli iverksatt for å motvirke muligheten for urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. I undersøkelsen ble respondentene spurt om hvilken tilgang de er gitt, og hvordan de opplever den tilgang de er gitt til fagsystemene.

Over halvparten av respondentene svarte at de er litt eller helt enig i at de har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke har pleie, behandlings- eller administrativt ansvar for.



Figur 6.2 Tilgang til taushetsbelagte opplysninger (n=264)

Når det gjelder hvorvidt de hadde tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter som tilhører andre avdelinger/enheter enn den de arbeider med, svarte litt over halvparten (53 %) at de var litt eller helt enig i dette. 31 % svarte at de var litt eller helt uenig i det samme. 82,9 % av de som svarte at de har lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse, sa seg helt eller litt enige at de hadde tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke har pleie-, behandlings- eller administrativt ansvar for. Samtidig svarte 60 % av de som ikke har lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse seg helt eller litt enige i det samme.

Tabell 6.2.1 Krysstabell. Tilgang * Urettmessig tilegnelse (n=264)

% within Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?

		Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?			Total
		Nei	Ja	Vet ikke	
		Jeg har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter jeg ikke har pleie-, behandlings- eller administrativt ansvar for	helt enig	51.6%	
	Litt enig	8.4%	28.6%	14.3%	11.3%
	vet ikke	16.7%	2.9%	14.3%	14.8%
	litt uenig	7.4%	2.9%		6.6%
	helt uenig	15.8%	11.4%	14.3%	15.2%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

På spørsmålet om de selv opplevde å ha for vide tilganger til pasienters taushetsbelagte opplysninger, svarte 68,3 % av de spurte at de var helt eller litt uenig i dette. Totalt 14,9 % sa seg helt eller litt enig i at de hadde for vide tilganger. Det var hjelpepleierne som i størst grad mente at de hadde for vide tilganger i forhold til hva de hadde behov for i sitt arbeid (36,8 %), deretter kontorpersonellet (19,4 %) ($p = ,000^*$).

Tabell 6.2.2 Krysstabell. Arbeidstittel * For vide tilganger til taushetsbelagte opplysninger (n=264)

% within Arbeidstittel

		Arbeidstittel						Total
		Hjelpepleier	Sykepleier	Spesialsykepleier	Lege	Kontorpersonale	Andre grupper	
Jeg har for vide tilganger til pasienters taushetsbelagte opplysninger i forhold til hva jeg har behov for i mitt arbeid	helt enig	31.6%	8.2%		7.0%	12.9%	16.7%	10.0%
	Litt enig	5.3%	3.4%	6.7%	4.7%	6.5%	16.7%	4.6%
	vet ikke	21.1%	21.2%	20.0%		16.1%	16.7%	16.9%
	litt uenig	26.3%	21.2%	26.7%	2.3%	9.7%		16.9%
	helt uenig	15.8%	45.9%	46.7%	86.0%	54.8%	50.0%	51.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

81,5 % av de spurte sa seg helt eller litt uenig i at de ble hindret i sitt arbeid på grunn av for begrenset tilgang, mens 8 % sa seg helt eller litt enig i dette.

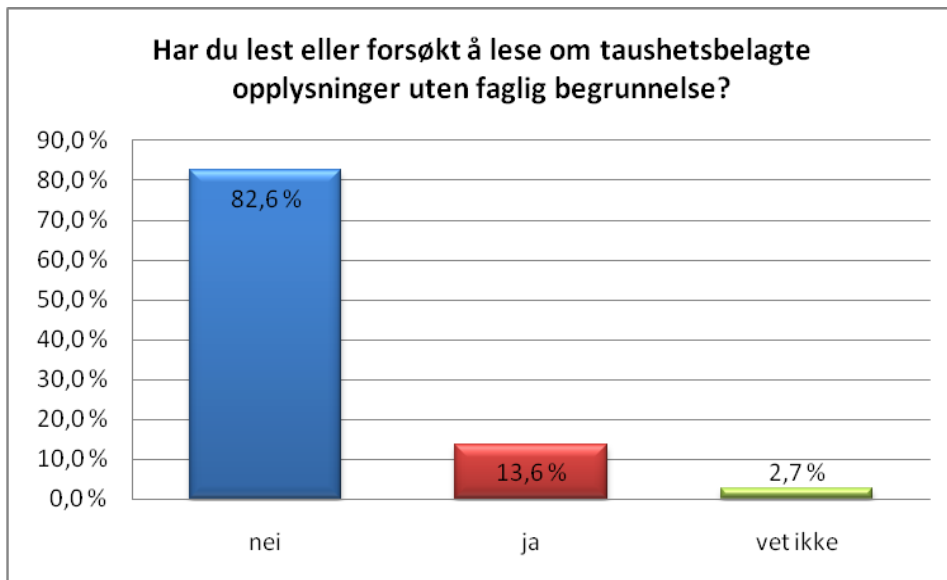
Blant de som bekreftet at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse svarte 2,9 % at de var helt eller litt enige i at de ble hindret av begrenset tilgang. Blant de som svarte nei på at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse svarte 8,4 % at de ble hindret av begrenset tilgang. Et stort flertall blant de spurte oppgav altså at de ikke hadde for vide tilganger, samtidig som over halvparten svarte at de var helt eller litt enig i at de hadde tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke hadde pleie-, behandlings- eller administrativt ansvar for.

6.3 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

Variabler benyttet i spørreskjemaet som vedrører urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er: om man selv har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse og hvor ofte en eventuelt gjør dette, om man har lest taushetsbelagte opplysninger i tenkte

tilfeller, om man kjenner til kollegaer som har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse, og eventuelt hvor ofte man tror de gjør dette.

Resultatene fra undersøkelsen viser at 13,6 % av de spurte hadde lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse.



Figur 6.3.1 Urettmessig tilegnelse (n=264)

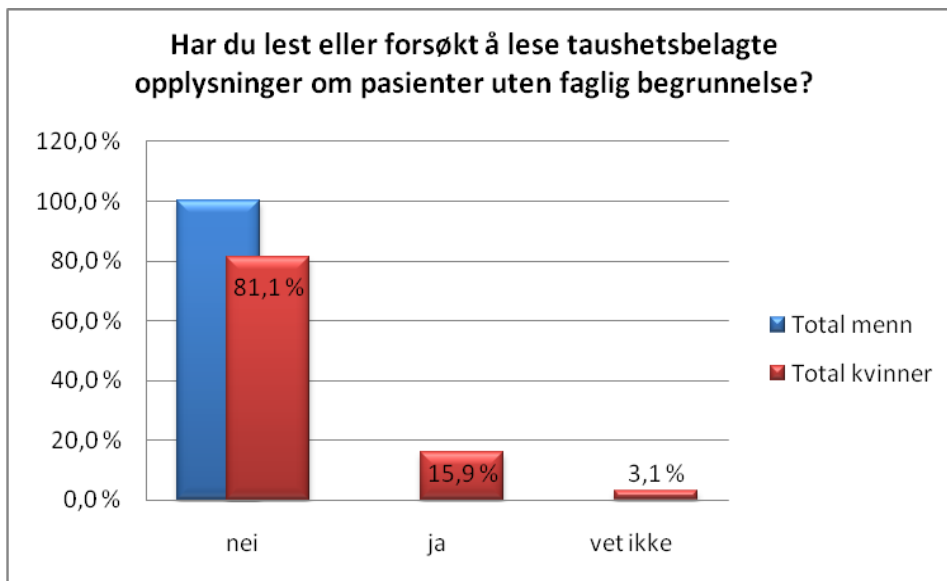
Blant de ulike yrkesgruppene var det sykepleiere som oppgav dette i størst grad. I gruppene sykepleiere og spesialsykepleiere oppgav henholdsvis 18,8 % og 13,3 % at de hadde lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse. Av legene oppgav 6,8 % at de har gjort det, og blant kontorpersonalet oppgav 10 % dette ($p=,017^{**}$).

Tabell 6.3.1 Krysstabell. Demografiske data * Urettmessig tilegnelse (n=264)

		Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?			Total
		Nei	Ja	Vet ikke	
Arbeidstittel	Hjelpepleier	95.0%		5.0%	100.0%
	Sykepleier	79.9%	18.8%	1.4%	100.0%
	Spesialsykepleier	86.7%	13.3%		100.0%
	Lege	93.2%	6.8%		100.0%
	Kontorpersonale	80.0%	10.0%	10.0%	100.0%
	Andre grupper	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
Total		83.4%	13.9%	2.7%	100.0%
Stillingsprosent	0-60%	84.0%	16.0%		100.0%
	61-90%	80.6%	13.9%	5.6%	100.0%
	91-100%	83.8%	13.7%	2.5%	100.0%
Total		83.3%	14.0%	2.7%	100.0%
Ansatt år	1960-1989	91.7%	6.3%	2.1%	100.0%
	1990-1999	86.3%	9.8%	3.9%	100.0%
	2000-2011	79.6%	17.8%	2.5%	100.0%
Total		83.2%	14.1%	2.7%	100.0%
Utdannet år	1960-1989	97.0%	3.0%		100.0%
	1990-1999	80.0%	16.7%	3.3%	100.0%
	2000-2011	78.6%	18.8%	2.6%	100.0%
Total		84.0%	14.0%	2.1%	100.0%
Aldersgrupper	20-29 år	85.0%	12.5%	2.5%	100.0%
	30-39 år	74.1%	22.2%	3.7%	100.0%
	40-49 år	86.2%	10.3%	3.4%	100.0%
	50-59 år	84.3%	13.7%	2.0%	100.0%
	60-70 år	100.0%			100.0%
Total		83.0%	14.2%	2.8%	100.0%
Kjønn	Mann	100.0%			100.0%
	Kvinne	81.1%	15.9%	3.1%	100.0%
Total		83.5%	13.8%	2.7%	100.0%

Blant de som oppgav at de hadde lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse, svarte nesten halvparten at de gjorde dette årlig, mange visste ikke hvor ofte, mens rundt 5 % oppgav at de gjorde det daglig eller ukentlig.

Ved å sammenligne resultatene blant menn og kvinner, viser undersøkelsen at kvinner i langt større grad enn menn oppgav at de leste taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Ingen av mennene opplyste at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, mens 15,9 % av kvinnene opplyste at de hadde gjort det ($p = ,024^{**}$).

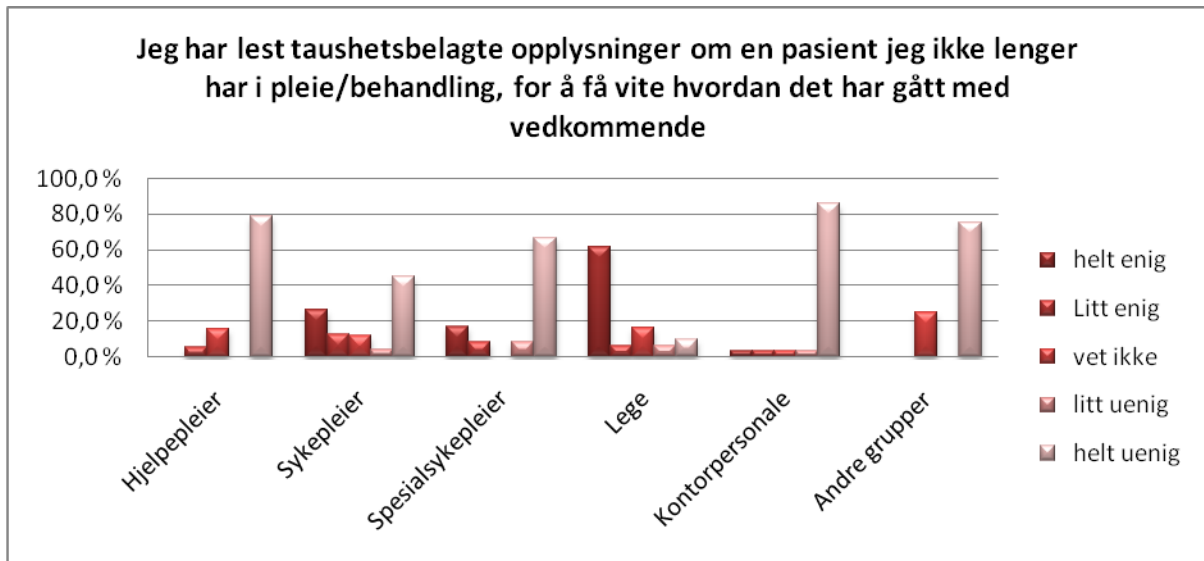


Figur 6.3.2 Kjønn * Urettmessig tilegnelse (n=264)

Av de som svarte ja på at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, var det en høyere andel av de som ble ansatt etter år 2000 som bekreftet dette, enn blant de som ble ansatt tidligere. 17,8 % av de som ble ansatt etter år 2000 bekreftet dette, mot 6,3 % av de som ble ansatt i perioden 1960-1989. Det samme mønsteret ses ved en sammenligning av hvilket år en ble utdannet og om en opplyser å ha lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn (se kapittel 6.4) ($p = ,019^{**}$).

Aldersgruppen 30-39 år oppgav i større grad enn de andre aldersgruppene at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det var også tenkt undersøkt om personell som jobber til ulike typer arbeidstider eller turnuser hadde ulikt omfang av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Det var imidlertid så få av respondentene som opplyste at de jobbet kun kveld eller natt at det ikke gav grunnlag for å koble resultatene på disse variablene. Det ble spurt om hvor enig respondenten er i forskjellige påstander om hvorfor han/hun har lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Av de som sa seg helt eller litt enig i at de har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient oppgav 6,8 % at dette var fordi det er en i familie/slekt, 2,3 % fordi det er en venn/bekjent, og 1,4 % fordi det er en offentlig kjent person. 29,2 % svarte at de var helt eller litt enig i at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn om en pasient som de ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende. Dette gjaldt særlig legene, hvor 67,8 % av de som svarte på spørsmålet sa at de var helt eller litt enig i å ha lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite

hvordan det har gått med vedkommende. Det tilsvarende tallet for sykepleiere var 39,1 %, og 25 % for spesialsykepleiere ($p=,000^*$).



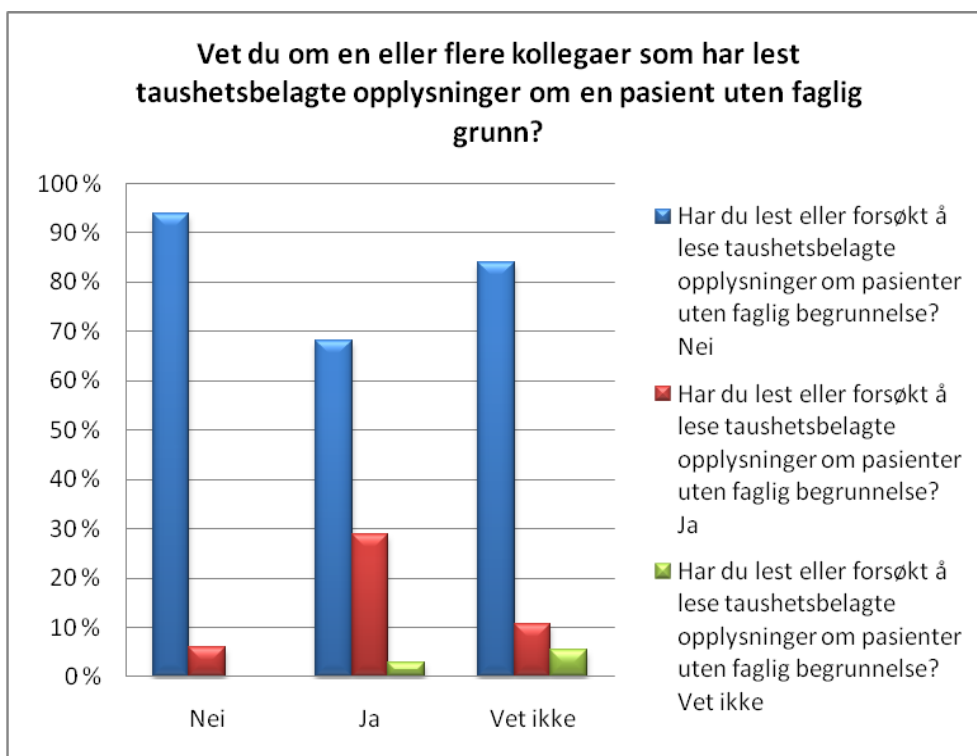
Figur 6.3.3 Arbeidstittel * Tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger (n=264)

Her nyanseres også koblingen mot kjønn; mens ingen av mennene oppgav at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn, svarte 52 % av de spurte mennene at de var helt eller litt enig i å ha lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient de ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende ($p =,014^*$). Blant kvinnene svarte 32,3 % at de hadde lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient de ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende.

I kommentarfeltet knyttet til spørsmålet om hvilke begrunnelser de hadde for å ha lest en pasients taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn opplyste de mellom annet: *“Kan lese om en pasient for å se om vi gjorde de rette tingene! Læresituasjon”*, *“Det er nødvendig å få vite hvordan det går etter behandling for å vite om dine valg var rette.”* og *“Faglig oppfølging -(erfaringer til neste pasient)”*. To av respondentene kommenterte at de leste om pasienter som ligger på en annen avdeling for å orientere seg om det er pasienter som kan komme til den post de selv arbeider ved. To av respondentene oppgav også nysgjerrighet på andre forhold ved pasientens situasjon som begrunnelse for å ha lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det er verdt å merke seg at flere svarte at de er helt eller litt enig i påstanden om at *“Jeg har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient jeg ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende”* (29,2 %), enn det var

respondenter som svarte ja på spørsmålet “Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?” (13,6 %). En krysskobling mellom disse variablene viser at hele 26,1 % av de som hadde svart nei på at de har lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse, samtidig sa seg helt eller litt enig i at de har lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende ($p = ,000^*$).

På spørsmålet om de kjenner til at kollegaer har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn svarte 26,3 % ja på dette, mot 37,8 % som svarte nei. Funnene i undersøkelsen viser at det er en klar sammenheng mellom det å rapportere om at en selv har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn og det å vite om at en eller flere kollegaer som har gjort det samme. Det var flere som oppgav å kjenne til kollegaer som har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn blant de som selv har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn ($p = ,000^*$).



Figur 6.3.4 Selv/Andre * Urettmessig tilegnelse (n=264)

I forhold til hvor ofte taushetsbelagte opplysninger blir lest uten faglig grunn oppgir 20,6 % av de som svarte på spørsmålet at en selv gjør dette daglig, ukentlig eller månedlig, mens 19,7 % oppgav at kollegaer gjør dette daglig, ukentlig eller månedlig. 9,8 % svarte at kollegaer gjør det årlig, mens resultatet er 46,2 % når det gjelder at en selv gjør det årlig. Den største

andelen, 70,5 %, svarte at de vet ikke hvor ofte kollegaene gjør dette, mens 33,3 % opplyste at de ikke vet hvor ofte de selv gjør det.

Tabell 6.3.2 Krysstabell. Arbeidstittel * Urettmessig tilegnelse (n=264)

		Arbeidstittel						Total
		Hjelpepleier	Sykepleier	Spesialsykepleier	Lege	Kontorpersonale	Andre grupper	
Jeg har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient jeg ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende	helt enig		26,6%	16,7%	61,3%	3,6%		25,2%
	Litt enig	5,3%	12,5%	8,3%	6,5%	3,6%		9,5%
	vet ikke	15,8%	11,7%		16,1%	3,6%	25,0%	11,3%
	litt uenig		3,9%	8,3%	6,5%	3,6%		4,1%
	helt uenig	78,9%	45,3%	66,7%	9,7%	85,7%	75,0%	50,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en i familien /slekten min	helt enig		3,9%		10,0%	3,6%		4,1%
	Litt enig		2,3%	8,3%	3,3%	3,6%		2,7%
	vet ikke	5,3%	2,3%	8,3%		3,6%	25,0%	3,2%
	litt uenig	5,3%	1,6%			7,1%		2,3%
	helt uenig	89,5%	89,8%	83,3%	86,7%	82,1%	75,0%	87,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en venn/bekjent av meg	helt enig	5,6%	,8%			3,6%		1,4%
	Litt enig			8,3%	3,3%			,9%
	vet ikke		,8%	8,3%			25,0%	1,4%
	litt uenig	5,6%	1,6%			3,6%		1,8%
	helt uenig	88,9%	96,9%	83,3%	96,7%	92,9%	75,0%	94,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en offentlig kjent person	helt enig	5,6%				3,6%		,9%
	vet ikke						25,0%	,5%
	litt uenig		,8%			3,6%		,9%
	helt uenig	94,4%	99,2%	100,0%	100,0%	92,9%	75,0%	97,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?	nei	95,0%	79,9%	86,7%	93,2%	80,0%	66,7%	83,4%
	ja		18,8%	13,3%	6,8%	10,0%	16,7%	13,9%
	vet ikke	5,0%	1,4%			10,0%	16,7%	2,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hvis du har lest, hvor ofte gjør du dette?	hver dag					33,3%		2,6%
	hver uke						100,0%	2,6%
	hver måned		21,4%					15,8%
	hvert år		46,4%	50,0%	100,0%	33,3%		44,7%
	vet ikke	100,0%	32,1%	50,0%		33,3%		34,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vet du om en eller flere kollegaer som har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn?	nei	30,0%	34,0%	46,7%	59,1%	25,8%	50,0%	38,1%
	ja	15,0%	31,9%	20,0%	6,8%	35,5%	50,0%	26,5%
	vet ikke	55,0%	34,0%	33,3%	34,1%	38,7%		35,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hvis kollegaer har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn, hvor ofte tror du dette skjer?	hver dag		1,5%			7,1%		1,8%
	hver uke		9,0%				33,3%	6,3%
	hver måned		14,9%			14,3%	33,3%	11,6%
	hvert år		13,4%	14,3%		7,1%		9,8%
	vet ikke	100,0%	61,2%	85,7%	100,0%	71,4%	33,3%	70,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.4 Hendelsesregister og opplæring

Hendelsesregister og opplæring i lover, regler og datasikkerhet er anbefalte tiltak av Helse- og omsorgsmyndighetene, for å forhindre urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Variabler det ble spurt om her var: om respondenten mener at logg har en preventiv virkning på urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, om tanken på at det blir loggført har forhindret vedkommende i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, om vedkommende har fått opplæring i lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger, samt rutiner for datasikkerhet, og til slutt om vedkommende får nødvendige oppdateringer av slik kunnskap.

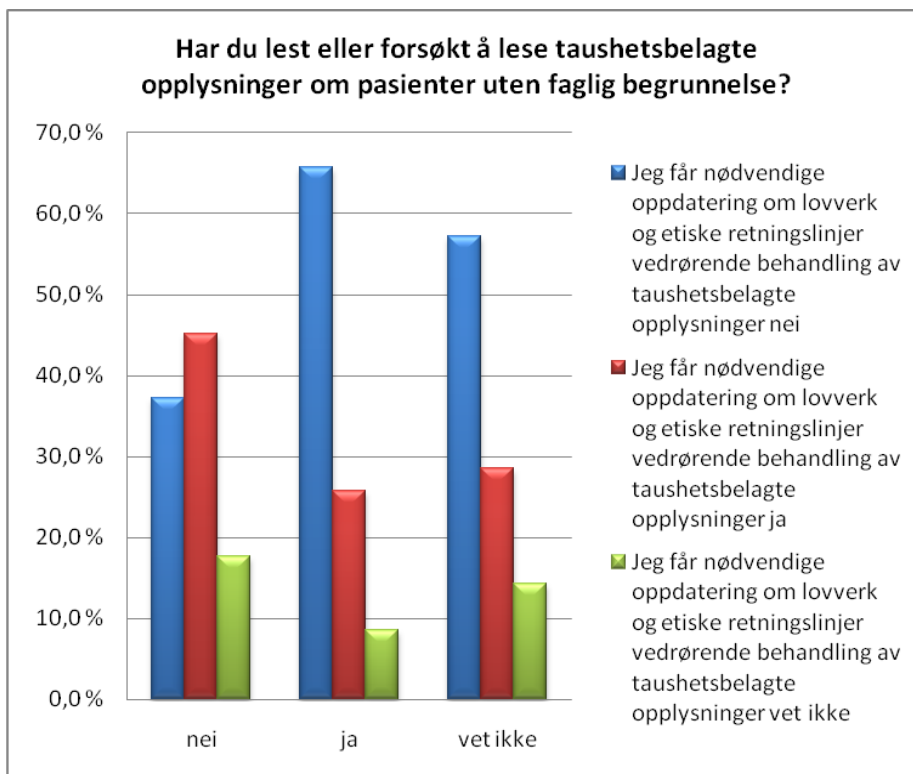
Et stort flertall, 76,6 %, var litt eller helt enig i at kontroll av slike logger har en preventiv effekt for å hindre urettmessig lesing i journal. 8,3 % var litt eller helt uenig i det samme. 33 % oppgav at de er litt eller helt enig i at tanken på at det blir ført logg har stoppet dem i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Et flertall sa seg litt eller helt uenig i det samme. Blant dem som har svart at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse, svarte 51,4 % at de er helt eller delvis enig i at tanken på at det blir ført logg har stoppet dem i å lese taushetsbelagte opplysninger uten begrunnelse. Blant dem som svarte nei til at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, oppgav 32,9 % at de har latt seg stoppe av tanken på loggføring.

Totalt 14,7 % sa seg litt eller helt enig i at tanken på at det blir ført logg har stoppet dem i å lese taushetsbelagte opplysninger som de faglig sett burde ha lest. 69,9 % sa seg litt eller helt uenig i det samme.

Flertallet av respondentene (80,7 %) svarte at de har fått opplæring om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger. De fleste som har svart ja på at de har lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, oppgav samtidig at de har fått opplæring (77,1 %). Kun 14,3 % av denne gruppen svarte at de ikke har fått opplæring. Tallene er nokså jevne sammenlignet med gruppen som ikke har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn (hhv 82,9 % og 12 %).

Når det gjelder spørsmålet om de får nødvendige oppdateringer om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger, svarte 41,7 % ja, mens 40,9 % svarte nei. Det var altså omtrent like mange respondenter som hadde fått

oppdateringer som det var respondenter som ikke hadde fått det. Blant de som opplyste at de har lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse svarte 25,7 % at de får nødvendige oppdateringer, mens 65,7 % svarte at de ikke får det ($p=,028^*$). Blant dem som svarte nei til at de leser taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn svarte 45,1 % at de får slike oppdateringer, mens 37,2 % svarte at de ikke får det.



Figur 6.4 Opplæring * Urettmessig tilegnelse (n=264)

En har koblet hvilket år respondentene ble utdannet, og i hvilken grad de har lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Her finner en at den største andelen av de som oppgav at de leser taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, ble utdannet i perioden 2000-2011, mens den er lavest blant de som ble utdannet i perioden 1960-1989 ($p=,019^{**}$).

Tabell 6.4 Krysstabell. Logg, opplæring * Urettmessig tilegnelse (n=264)

		Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?			Total
		nei	ja	vet ikke	
Kontroll av slike logger har en preventiv effekt for å hindre urettmessig lesing i journal	helt enig	62,7%	62,9%	85,7%	63,4%
	Litt enig	13,2%	28,6%	14,3%	15,4%
	vet ikke	14,6%	5,7%		13,0%
	litt uenig	4,7%			3,9%
	helt uenig	4,7%	2,9%		4,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tanken på at det blir ført logg har stoppet meg i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse	helt enig	25,9%	25,7%	28,6%	25,9%
	Litt enig	7,0%	25,7%	14,3%	9,9%
	vet ikke	12,9%	28,6%	14,3%	15,2%
	litt uenig	10,4%	2,9%	14,3%	9,5%
	helt uenig	43,8%	17,1%	28,6%	39,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tanken på at det blir ført logg har stoppet meg i å lese taushetsbelagte opplysninger som jeg faglig sett burde ha lest	helt enig	8,1%	5,7%	28,6%	8,4%
	Litt enig	6,7%	2,9%	14,3%	6,4%
	vet ikke	11,0%	17,1%		11,6%
	litt uenig	9,1%	22,9%	14,3%	11,2%
	helt uenig	65,1%	51,4%	42,9%	62,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg har fått opplæring om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	nei	12,0%	14,3%	28,6%	12,7%
	ja	82,9%	77,1%	42,9%	81,1%
	vet ikke	5,1%	8,6%	28,6%	6,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg får nødvendige oppdateringer om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	nei	37,2%	65,7%	57,1%	41,6%
	ja	45,1%	25,7%	28,6%	42,0%
	vet ikke	17,7%	8,6%	14,3%	16,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg har fått opplæring i rutiner for datasikkerhet (eks passord, utskriftsrutiner, av/påloggingsrutiner)	nei	17,7%	8,6%	14,3%	16,3%
	ja	75,8%	82,9%	85,7%	77,0%
	vet ikke	6,5%	8,6%		6,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jeg får nødvendige oppdateringer i rutiner for datasikkerhet	nei	37,7%	60,0%	28,6%	40,5%
	ja	40,9%	17,1%	71,4%	38,5%
	vet ikke	21,4%	22,9%		21,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7.0 Drøfting

En rekke undersøkelser (Datatilsynet, 2008, California Healthcare Foundation, 2005, Wester, 2007, Flynn et al., 2003) viser at det er liten tillit blant folk til at sensitive opplysninger er trygge i helsevesenet, og til at ansatte der ikke utnytter muligheten til urettmessig å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger. En slik mangel på tillit til helsevesenet kan føre til at helseopplysninger holdes tilbake, og det oppstår fare for feil behandling og hjelp. I mai 2008 fikk Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) et nytt tillegg, § 13a, som gjør urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger ulovlig, og som gjør strafferettslige tiltak mulig selv om det ikke foreligger brudd på taushetsplikten. I tillegg til juridiske virkemidler for å forhindre urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, er en del andre tiltak iverksatt. Tilgangsstyring, hendelsesregistrering, opplæring av personell er alle tiltak anbefalt av Helse – og omsorgsmyndighetene. Disse tiltakene kan være tatt i bruk i ulik grad ved de forskjellige helseinstitusjonene, og dessuten er effekten av de i liten grad evaluert. Omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er i det hele tatt lite kartlagt. Det gjøres stikkprøver av hendelsesregistre, eller det gjøres på oppfordring fra pasienter som mistenker urettmessig lesing i journal, men å gjennomgå hendelsesregistre på tvers av systemene er tidkrevende prosesser og gjøres derfor ikke systematisk.

Hensikten med denne masteroppgaven ble derfor å kartlegge omfanget av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger ved et utvalg ved Oslo Universitetssykehus (OUS), samt undersøke hvilke faktorer og tiltak som kan påvirke utbredelsen av dette. På bakgrunn av DeLone og McLeans modell for informasjonssuksess og Ajzens teori om planlagt atferd ble variabler til et spørreskjema utformet. Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger representerer dimensjonen bruk, eller her misbruk, i modellen til DeLone og McLean. Dette er målt i undersøkelsen, og ble presentert i kapittel 6.3. Resultatene fra denne målingen vil bli drøftet i dette kapittelet. Dimensjonene som kan påvirke bruken er ifølge DeLone og McLean informasjonskvalitet, systemkvalitet og servicekvalitet. Det vil derfor bli gjennomgått i hvilken grad faktorene tilgangsstyring, hendelsesregister og opplæring, som hører inn under dimensjonene informasjonskvalitet og servicekvalitet, synes å ha en sammenheng med bruken som er målt i denne undersøkelsen. Videre er holdninger, subjektiv norm og opplevd adferdskontroll viktige faktorer i Ajzens teori om planlagt atferd, for å forklare intensjon om handling, som igjen leder til handling. Dette er altså det individbaserte aspektet ved handlingen urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Disse

faktorene er også forsøkt målt i undersøkelsen og blir her drøftet om de synes å ha en sammenheng med handlingen, urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

7.1 Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

En undersøkelse av Andresen og Aasland (2008) fant at 17,6 av de spurte hadde “snoket” minst en gang, og forfatterne konkluderte med at dette skjer daglig blant helsepersonell i Norge. Ved direkte spørsmål om respondentene har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn i undersøkelsen som nå er gjennomført, er resultatet ikke så ulikt det Andresen og Aasland fant. Samtidig oppgir en langt større andel at de har lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke lenger har i pleie/behandling, for å vite hvordan det har gått med vedkommende. Dette står i strid med bestemmelsen i Lov av 2001-05-18 nr.24 (helseregisterloven) og Lov av 1999-07-02 nr. 64 (helsepersonelloven), som sier at:

“Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.”

På bakgrunn av dette misforholdet mellom hva de svarer på de to spørsmålene, kan det synes som at de spurte i stor grad ikke oppfatter det å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter de ikke lenger har i pleie/behandling som noe ulovlig. De opplever altså ikke at de leser uten faglig begrunnelse så lenge det er om en pasient de tidligere har hatt ansvar for. Det kan være flere grunner til denne situasjonen. De spurte kan være uvitende om denne lovteksten, som kom i 2008, og det kan dermed skyldes manglende oppdatering av kunnskap. Det kan også skyldes at de tolker lovteksten slik at “helsehjelp til pasienten” kan inkludere lesing også etter avsluttet behandling. De kan ønske å lese hvordan det gikk for å orientere seg om effekt av den behandling/pleie de selv har gitt. Det blir da en handling som de tenker kan begrunnes faglig. Særlig legene ser ut til å anse det å lese om en pasient de ikke lenger har i pleie/behandling for legitimt. Kun en liten andel av legene oppgav at de urettmessig har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger, mens over halvparten av dem oppgav å ha lest opplysninger på pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling, for å se hvordan det har gått med vedkommende. Det er legene som diagnostiserer og velger eventuell behandling, og har kanskje derfor et større behov for å forsikre seg om at det de fant og gjorde var faglig riktig. Dette åpner opp for et dilemma som går på faglig læring. Loven sier klart at tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger på en pasient må være begrunnet i helsehjelp til pasienten, altså

den spesifikke pasient. Det at man tilegner seg faglig læring som kan gagne andre pasienter gjelder derfor ikke. Dette dilemmaet vil kanskje være særlig gjeldende på avdelinger hvor pasienter er akutt innom, og blir videresendt i systemet eller utskrevet raskt. Legene som tar imot disse pasientene har ikke oppfølgingsansvar over lengre tid, og får ikke mulighet til å se resultatet/virkningen av diagnostiseringen/behandlingen. Det er selvfølgelig flere yrkesgrupper enn leger som bedriver pleie og behandling, som har interesse av å se hvordan behandlingen/pleien de har utført har for effekt på sikt. Lovverket kan i disse tilfellene ha en ugunstig virkning, ved å motvirke faglig læring generelt. Det kan synes vanskelig å tilfredsstille alles hensyn. Samtidig som det er vanskelig å skille mellom reell faglig interesse og personlig nysgjerrighet.

Det kan altså se ut som om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger i denne undersøkelsen er mer utbredt enn det Andresen og Aasland (2008) fant i sin undersøkelse, fordi det også er tatt høyde for helsepersonells mulige uvitenhet om hva som regnes som “faglig begrunnelse” for tilegnelse. Når det gjelder begrunnelsen for hvorfor de spurte leser pasientopplysninger urettmessig, så altså flertallet at det er for å lese om pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling for å se hvordan det er gått med vedkommende. Få oppgir at begrunnelsen er for å lese om en venn/bekjent, familie eller offentlig kjent person. Selv om det forekommer urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger om personer i de ansatte sine private nettverk, er dette altså tilsynelatende sjeldent. Det kan dermed se ut som om det er den faglige nysgjerrigheten som er mest utbredt, og ikke personlig nysgjerrighet som allmennheten er redd for.

I forhold til utbredelsen av hvor mange som har lest taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse, uavhengig av hvilken begrunnelse en har for å ha gjort dette, kan det også generelt tenkes å være mørketall. Det kan være at noen opplever det som ubehagelig å bekrefte dette, og dermed ikke svarer helt ærlig i undersøkelsen.

Sykepleiere og spesialsykepleiere er de som i størst grad har oppgitt at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, samtidig som de oppgir at de har lest opplysninger på pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling, for å se hvordan det har gått med vedkommende. Det kan derfor virke som om disse gruppene i større grad er klar over lovverket, men at de likevel anser det som “ikke så farlig” å se hvordan det har gått med en pasient de tidligere har hatt i sin pleie. Det er muligens klarere at det ikke er en faglig grunn

nok å ville se hvordan det har gått med en pasient man tidligere har hatt i sin pleie, når man ikke har hatt et behandlingsansvar. Sykepleiergruppen er gjerne de som har mest av den daglige kontakten med pasienten å gjøre, og dermed kan føle seg mer personlig engasjert i pasienten. Dette kan muligens gi grunnlag for en større personlig nysgjerrighet for hvordan det har gått med en pasient.

Et annet interessant funn er at det fremkommer et markant skille mellom menn og kvinner på spørsmålet om de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det er kun kvinner som oppgav at de gjør dette. Dette blir imidlertid nyansert ved at halvparten av mennene opplyser at de har lest pasientjournaler om pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling, for å se hvordan det har gått med vedkommende. Denne differansen er klart mindre hos kvinnene. At kvinner er overrepresentert i forhold til å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, kan gjenspeiles i at sykepleiere og spesialsykepleiere er de grupper som i størst grad opplyser at de gjør dette, og disse har en kvinneandel på mellom 90 og 100 % i denne undersøkelsen. Blant leger, som har lik fordeling av kjønn, var det kun kvinner som oppgav at de har lest uten faglig grunn. Vel og merke var det en veldig liten andel av legene som oppgav at de hadde tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det kan derfor stilles spørsmål om det er kjønn eller yrkesgruppe som forklarer forskjellen.

De fleste av de som har oppgitt å ha urettmessig tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger opplyser at de gjør dette sjeldent. Det er også en høy andel som svarer at de ikke vet hvor ofte de selv eller kollegaer gjør det. Her er det selvfølgelig vanskelig å vite om det underrapporteres eller ikke. Siden den hyppigst angitte årsaken til at respondentene urettmessig tilegner seg taushetsbelagte opplysninger er for å se hvordan det har gått med en pasient man tidligere har hatt i behandling/pleie, kan det se ut til at man sjeldent har behov for å gjøre dette. I alle fall blant sykepleierne/spesialsykepleierne. Blant legene er dette vanskelig å vite da ingen av disse har svart at de urettmessig har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger.

7.2 Tilgangsstyring og hendelsesregistrering

Tilgangsstyring og hendelsesregistrering er anbefalte tiltak, samt at dette ifølge modellen til DeLone og McLean vil kunne påvirke bruken av et system og dermed effektene av denne bruken.

Få respondenter mener at deres tilganger er for vide. Flertallet opplyser samtidig at de har tilgang til pasientopplysninger om pasienter de ikke har pleie, behandlings- eller administrativt ansvar for, samt at de har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter som tilhører andre avdelinger/enheter. Det kan derfor synes som at opplevelsen av gitt tilgang ikke samsvarer helt med det de faktisk er tildelt av tilganger. En forklaring på dette kan være at det oppleves bekvemmelig å være tildelt vid tilgang til pasientopplysninger, da en sjeldent blir hindret i sitt arbeid av begrenset tilgang. Samtidig som en i liten grad reflekterer over hvor eksponert taushetsbelagte opplysninger om pasienter dermed er. Resultatene i denne undersøkelsen kan altså tyde på at det er gitt vide tilganger. Få oppgav at de opplever å ha blitt forhindret i deres arbeid på grunn av for restriktive tilganger. Dette resultatet avviker fra funnene i Andresen og Aasland (2008) sin undersøkelse, der så mye som 26,5 % av respondentene opplevde så sterkt begrenset tilgang til opplysninger at det var et reelt hinder i arbeidet deres. Dette kan kanskje forklares i aktualiseringstilgangen som blir praktisert ved Oslo Universitetssykehus. Denne tilgangen åpner i prinsippet opp for tilgang til alle ikke-sperrede pasientjournaler, eller dokumenter, så lenge man oppgir en begrunnelse. Det er mange grunner til at helsepersonell trenger å slå opp i en pasientjournal under et pasientforløp; man kan ville klargjøre journalen før innleggelse eller konsultasjon, bestille undersøkelser som pasienten skal igjennom i forkant av innleggelse, kvittere for prøvesvar i etterkant av utskrivelse, bestille oppfølgingsundersøkelser etc. Det at aktualiseringstilgang blir praktisert i større grad en tiltenkt (Grimsmo 2007), og at mange ikke er bevisste på hva slags begrunnelse de oppgir for å benytte seg av denne tilgangen, kan kanskje være et tegn på at den forringer den tenkte tilgangsstyringen. Her kunne en prosessstyrt tilgang, som anbefalt av Datatilsynet, muligens løst problematikken og gjort aktualiseringstilgang overflødig. Om systemene er tilrettelagt for dette fra leverandørens side er heller usikkert, og er trolig en medvirkende årsak til at dette ikke blir praktisert. I Danmark er det kun leger og sykehusansatte tannleger som skal ha tilgang til journaler på pasienter som ikke er under behandling ved den avdeling den ansatte jobber ved. Dette er en måte å begrense tilgangene på blant ulike yrkesgrupper. Hvordan og hvem som da løser arbeidsoppgavene i forhold til å klargjøre journaler og etterregistrere prøvesvar for eksempel, ville vært interessant å se på. Gjøres disse arbeidsoppgavene i større grad mens pasienten faktisk er på sykehuset, slik at det er mindre for- og etterarbeid? Kanskje helsepersonell i Norge har noe å lære av arbeidsrutinene til sine danske kollegaer.

I forhold til å praktisere vide tilganger for å sikre at helsepersonell har tilgang til rett informasjon til rett tid, mener Datatilsynet (2008) er å overlate ansvaret for å ivareta personvernet til den enkelte ansatte. Dette fordrer god kunnskap om personvern, og god innsikt i aktuelle lover og retningslinjer for behandling av sensitive opplysninger hos den enkelte ansatt. Ut ifra resultatene i denne undersøkelsen kan det synes som om kunnskapen om lovverket er manglende hos mange, da et stort antall oppgav å ha lest taushetsbelagte opplysninger på pasienter de tidligere har hatt i behandling/pleie, uten at de samtidig oppgir at dette er urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. På et stort sykehus er det kanskje vanskelig å sørge for og forsikre seg om at denne kunnskapen og innsikten til de ansatte, til enhver tid, er god nok, slik at ansvaret for ivaretagelsen av personvernet bør ligge på systemnivå og ikke individnivå. Dette skulle tilsi behov for en strengere tilgangskontroll enn hva som kommer frem blir praktisert i denne undersøkelsen.

Blant de som opplyser at de har lest pasientopplysninger uten faglig grunn, er det en større andel som opplyser at de har tilgang til opplysninger om pasienter de ikke har ansvar for, sammenlignet med de som ikke har lest pasientopplysninger uten faglig grunn. Dette kan tyde på at det kan være en sammenheng mellom vid tilgang og urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Samtidig, når en ser på gruppen som i størst grad opplever å ha for vide tilganger, hjelpepleierne, så er det ingen i denne gruppen som oppgir å ha lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Kontorpersonalet, som er den gruppen som i nest størst grad opplever å ha for vide tilganger, oppgir også i liten grad å ha lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Dette skulle tilsi at tilgangsstyring og urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger ikke nødvendigvis har en sammenheng. Her kan en igjen se på begrunnelsene respondentene oppgav for å ha lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Den mest vanlige begrunnelsen var for å se hvordan det er gått med en pasient de tidligere har hatt i behandling/pleie. Dette kan synes, ut ifra resultatene i undersøkelsen, mindre aktuelt for hjelpepleiere og kontorpersonell, enn for leger og sykepleiere/spesialsykepleiere, og dermed kan tilgangsstyringen ha mindre å si. For leger og sykepleiere/spesialsykepleiere, som i undersøkelsen tilsynelatende ikke vet at denne begrunnelsen ikke er i tråd med lovverket, eller som tenker at faglig nysgjerrighet likevel er en "akseptert" begrunnelse, kunne kanskje en strengere tilgangsstyring hatt mer å si. DeLone og McLean mener at de forskjellige dimensjonene i modellen kan påvirke hverandre, men ikke nødvendigvis. Hvis en ikke har noen grunn for å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger

urettmessig i utgangspunktet, vil heller ikke tilgangsstyringen ha noen effekt på målingen av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

Et stort flertall mener at kontroll av hendelsesregistre har en preventiv effekt for å hindre urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, og mange svarer at det har hindret dem i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det er mange flere som svarer at kunnskapen om at deres handlinger blir logget har hindret dem i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, enn dem som faktisk opplyser at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse. Funnene tilsier dermed at bruk av hendelsesregistre kan ha en preventiv effekt på urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Blant dem som sier at de ikke har blitt stoppet i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse på grunn av hendelsesregistre, finner en sannsynligvis de som uansett ikke ville gjort dette og de som har faktisk har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn.

Hendelsesregistre kontrolleres i liten grad systematisk, og er for det meste gjenstand for stikkprøver og etterprøvinger ved mistanke fra pasienter. I Danmark har pasienter i en del regioner tilgang til en helseportal på nettet, Sundhed.dk, hvor de blant annet kan se hendelsesregistre og epikriser fra sine pasientjournaler. Slik kan de lett få tilgang til å se hvem som har vært inne og lest/skrevet i journalen. I Norge har også pasienter krav på å få innsyn i logg, men de må da kreve dette fra det behandlingsstedet som oppbevarer journalen, få den skrevet ut på papir og få den hjemsendt eller få den når de er på behandlingsstedet. Dette er da en mye mer tungvint prosess, som må initieres av pasienten. Det har vært foreslått av Datatilsynet at pasienter automatisk skal få hjemsendt hendelsesregistre ved jevne tidsrom, eller ved utskrivelse. Det kunne vært interessant å se om den preventive effekten av hendelsesregistre ville blitt mer forsterket ved innføring av lettere tilgang til hendelsesregistre for pasientene.

Inntil verktøyene for å kunne etterhåndskontrollere hendelsesregistre i større og mer systematisk grad er på plass, kan det virke som om det først og fremst er den preventive effekten av hendelsesregistre som har størst betydning. Samtidig vet muligens en del helsepersonell at risikoen for å bli oppdaget er forholdsvis lav. Det er også kommet frem at det tilsynelatende er lite sanksjoner eller strafferettslige reaksjoner i de tilfellene man faktisk

har oppdaget urettmessigheter (Brev fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Dette er neppe med på å forsterke den preventive effekten av hendelsesregistre.

En liten andel opplyste at tanken på at det blir ført logg har stoppet dem i å lese taushetsbelagte opplysninger som de faglig sett burde ha lest, noe som må sies å være en uønsket effekt av bruken av hendelsesregistre. I Andresen og Aasland (2008) sin undersøkelse fant de at 5,1 % av respondentene minst én gang har latt være å lese opplysninger som de mener de burde ha lest, fordi de var hemmet av tanken på at IT-bruken kanskje kunne spores. Undersøkelsen til Andresen og Aasland ble utført høsten 2007, altså før det nye tillegget til Lov av 1999-07-02 nr. 64 (helseregisterloven) kom i 2008. Slik sett kan forbudet mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger hatt en effekt på hva helsepersonell tilegner seg, og kan resultere i at flere lar seg stoppe av tanken på hendelsesregistrene. Dette har altså også en negativ konsekvens, når man ikke leser opplysninger man faglig sett burde ha lest.

7.3 Kunnskap

I modellen til DeLone og McLean er det blitt presentert at dimensjonen servicekvalitet inneholder bl.a. variabelen tilstrekkelig kunnskapsnivå, for å sikre riktig bruk av systemet. For å få på plass kunnskap er opplæring i riktig bruk viktig, og da tenker en her mer spesifikt på kunnskapen om lovmessigheten i bruken av et system, som er viktig for å få ut de riktige effektene (eller netto fordeler). Modellen sier at kunnskapen om bruken av systemer vil kunne påvirke selve bruken.

I undersøkelsen viser resultatene at de fleste respondentene har mottatt opplæring i lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger. Blant de som har mottatt opplæring er svarene nokså jevne på om de har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn eller ikke. Slik sett kan det se ut som om det er liten eller ingen sammenheng mellom disse variablene. Når en derimot ser på de som har fått nødvendige oppdateringer i datasikkerhet, og lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger, er det forskjell i svarene på om de har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn eller ikke. Av de som har mottatt nødvendige oppdateringer i lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger er det klart færre som oppgir at de har tilegnet seg taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Det er også under halvparten av

respondentene som mottar slike oppdateringer totalt sett. Det kan altså se ut som at det å få jevnlig oppdateringer påvirker omfanget av urettmessig lesing av taushetsbelagte opplysninger. Dette samsvarer med Ebbinghauser sin “forgetting curve”, som viser at kunnskap faller over tid, hvis den ikke blir frisket opp. Dermed kan det likevel se ut som om kunnskap påvirker urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger.

I henhold til Helsedirektoratet og rapporten “Anbefalt eHelsekompetanse” bør alt helsepersonell være orientert om aktuelt lovverk og forskrifter innenfor området personvern og pasientsikkerhet (KITH, 2010). I denne undersøkelsen kom det frem at det tilsynelatende var mange som ikke visste at å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger på pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling ikke er lovlig. Samtidig oppgav under halvparten av respondentene å ha fått nødvendige oppdateringer i lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger. Det kan dermed se ut til at føringene fra Helsemyndighetene ikke blir godt nok fulgt opp.

Resultatene i denne undersøkelsen viste at det er flere av de som ble ansatt etter år 2000 som bekreftet at de har lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn, i forhold til de som ble ansatt i perioden 1960-1989. Det samme mønsteret ble funnet ved en sammenligning av hvilket år en ble utdannet, og i hvilken grad en opplyser at en har lest uten faglig grunn. Respondentene i aldersgruppen 30-39 år oppgav også i større grad enn de andre aldersgruppene å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Med tanke på hvor sentralt IKT har stått etter år 2000 (og en forventning om at dette skal ha blitt gjenspeilet i utdannelsene og kunnskapsnivået til nyere utdannende og yngre personer) så er disse funnene noe overraskende. Det er de som ble utdannet og ansatt i den perioden hvor datateknologi ikke eller i liten grad var tatt i bruk, som i minst grad opplyser at de leser taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn. Samtidig er håndtering av taushetsbelagte opplysninger, og respekten for denne type opplysninger ikke noe nytt. Ble det lagt mer fokus på dette under utdannelsen tidligere for eksempel? Eller kan respekten for personvernet være sterkere hos den eldre generasjon helsearbeidere? Her kommer kanskje det individbaserte aspektet, og hvilke bakgrunnsfaktorer en har, mer inn i bildet.

7.4 Subjektiv norm og opplevd adferdskontroll

Ifølge Ajzens teori om planlagt atferd vil holdninger, subjektive normer, atferdskontroll og opplevd atferdskontroll være med å påvirke intensjon om atferd og dermed atferd. Holdninger er som sagt vanskelig å måle, så det ble her valgt å forsøke måle subjektiv norm og opplevd atferdskontroll. Ut ifra om respondenten oppgir at kollegaer utfører en viss handling og koble dette til om de selv utfører handlingen kan dette muligens si noe om den sosiale innflytelsen de er under. Det ble også stilt spørsmål knyttet til forhold som påvirker atferdskontroll og opplevd atferdskontroll. Den opplevde atferdskontrollen er påvirket av ulike personlige forhold, som kunnskaper, ferdigheter og mulighet til å gjennomføre atferden.

Funnene i undersøkelsen tyder på at de som vet at kollegaer leser uten faglig grunn, i større grad gjør det samme selv. Viten om at kollegaer er tilsynelatende med på å danne en subjektiv norm hos den enkelte, som gjør at den enkelte opplever at dette er akseptert atferd ved arbeidsstedet. Slik sett understøttes funnene av Ajzens teori om planlagt atferd.

Det er klart flere av de spurte som rapporterer om at kollegaer leser uten faglig grunn, enn det er som rapporterer det samme om seg selv. Dette misforholdet kan forklares på ulike måter: det kan skyldes at en underrapporterer denne atferden hos seg selv, og at det dermed er mørketall innenfor dette området. Det kan også være for lav tillit til kollegaer, altså at en i for høy grad rapporterer at kollegaer leser uten faglig grunn. Det kan også være en kombinasjon av disse faktorene.

Stillingsprosent og når på døgnet en jobber var her tenkt å være med på å definere mulighetene en har til faktisk å begå en handling en helst ikke vil andre skal se, og dermed opplevd atferdskontroll. En ville undersøke om det er mer utbredt å urettmessig tilegne seg taushetsbelagte opplysninger på den tiden av døgnet der det er færrest kollegaer på vakt, nemlig kveld og natt. Imidlertid var det så få som opplyste at de arbeidet på kun disse tidene av døgnet, at resultatene ikke kunne brukes. Det ga ingen forskjell i utbredelsen av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger blant respondentene i de forskjellige stillingsprosentene. Når en i imidlertid ser hvor mange det er som har latt seg stoppe i å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger urettmessig på grunn av hendelsesregistre, var det muligens litt søkt å tenke at stillingsprosent og arbeidstid på døgnet ville spille inn. De blir jo uansett "sett" i hendelsesregistrene. Slik sett kan hendelsesregistrene se ut til å påvirke opplevd atferdskontroll, og dermed intensjonen om, og den faktiske atferden.

I forhold til når en ble utdannet og ansatt, alder og kjønn er dette bakgrunnsvariabler som ifølge Ajzen er med på å bidra til de holdningene, subjektive normene og opplevd atferdskontroll et individ har. I undersøkelsen ser det se ut til alle disse variablene kan ha en sammenheng med urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Noen forklaring på dette er det vanskelig å si noe om ut ifra denne undersøkelsen.

8.0 Konklusjon og forslag til videre arbeid

Det kan se ut til at urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er utbredt i denne undersøkelsen. Hovedårsaken respondentene oppgav for å gjøre dette er for å se hvordan det har gått med pasienter de tidligere har hatt i pleie/behandling. Det virker dermed som om det i liten grad er for å tilegne seg sensitive opplysninger om personer i sin egen omgangskrets, som det gjerne skrives om i media. Mange i denne undersøkelsen vet tilsynelatende ikke, eller bryr seg ikke om, at dette er en årsak som ifølge lovverket, ikke er tillatt. Her kan det se ut til at lovverket også kan ha en ugunstig effekt, ved å forhindre faglig læring. Samtidig som det er vanskelig å avgjøre sikkert hva som er faglig nysgjerrighet og hva som er personlig nysgjerrighet.

Få oppgav at de blir forhindret i sitt arbeid på grunn av for strenge tilganger, og det var få som opplevde at de har for vide tilganger. Likevel kan det se ut til at mange i denne undersøkelsen har tilgang til taushetsbelagte opplysninger på pasienter som tilhører andre avdelinger enn der de jobber, eller som de ikke har behandlings/pleie ansvar for. Tilgangene kan derfor likevel se ut til å være for vide. Aktualiseringsrett benyttes i ulike sammenhenger, men i et større omfang enn tiltenkt og vanskeliggjør kontrollen av aktualiseringsloggene. Prosesstyrt tilgang, som anbefalt av Datatilsynet, ser ikke ut til å bli praktisert. Det stilles spørsmål om det er tilrettelagt for dette i systemene, hvis ikke er dette er noe man bør jobbe for å sette krav til av leverandørene for it-systemene. Om tilgangsstyring har en sammenheng med urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger er litt tvetydig i denne undersøkelsen.

Hendelsesregistrering ser ut til å ha en preventiv effekt på urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Denne effekten kan kanskje forsterkes ved at risikoen for å bli oppdaget og for å få sanksjoner for overtredelser øker. Dette kan muligens skje når verktøy

som systematisk går igjennom hendelsesregistre (mønster-gjenkjenning) er ferdig utviklet for bruk i helsevesenet, og ved at pasienter lettere får tilgang til sine pasientjournallogger.

De fleste i denne undersøkelsen har fått opplæring i lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger. Under halvparten får nødvendige oppdateringer derimot. Kunnskap er ikke statisk og må friskes opp, nye lover og regler kommer til, slik at manglende oppdateringer vil kunne føre til at kunnskapsnivået blant helsepersonell ikke er tilfredsstillende. Det ser ut til å være en sammenheng mellom oppdatert kunnskap og urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger i undersøkelsen.

Det ser også ut til å være en sammenheng mellom å oppgi at en selv tilegner seg taushetsbelagte opplysninger urettmessig og at kollegaer gjør det. Dette kan forklares i at subjektive normer farges av sosial innflytelse, og at hvis en atferd tilsynelatende er allment akseptert vil flere utføre denne atferden. Holdningsskapende arbeid på den enkeltes avdeling synes derfor viktig, og er et ansvar de respektive ledere må påta seg.

Hvilket år man ble utdannet og ansatt, alder og kjønn, kan i denne studien se ut til å ha en sammenheng med urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, uten at dette nødvendigvis kan forklares her.

Denne undersøkelsen kan en altså ikke trekke generelle konklusjoner utifra, og den inneholder kun opplysninger om et mindre utvalg. Det ville derfor vært interessant med en lignende studie, men hvor utvalget er representativt for en større populasjon.

Spørreundersøkelsen som her er laget kan tenkes å bidra til videre å lage et verktøy for å kartlegge utbredelsen av urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Et kartleggingsverktøy i form av en spørreundersøkelse kunne så blitt brukt før og etter implementering av et tiltak, for å se om tiltaket har effekt.

Det ville også vært interessant for videre arbeid å finne en løsning på hvordan helsepersonell kan ivareta den faglige læringen uten å måtte begå lovbrudd. Prosesstyrt tilgang vil neppe løse den problematikken, men kanskje bedre rapporteringer eller samarbeidsmøter mellom forskjellige fagpersoner kunne bidratt positivt, slik at helsepersonalet får større innsikt i hvordan det går med pasienter videre i behandlingsforløpet på en mer generell basis.

Litteraturliste

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: a theory of planned behavior. In: Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.) <i>Action Control: From Cognition to Behavior</i> . Heidelberg: Springer-Verlag.
Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. <i>Organizational behavior and human decision processes</i> 50, 179-211.
Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality, and behavior. <i>Open University Press</i> , Maidenhead, Berkshire, England New York. 2. edition.
Andresen, H., Aasland, O.G. (2008). Helsepersonells håndtering av pasientopplysninger. <i>Tidsskrift for Den Norske Legeforening</i> , 128:2823-7
Andresen, H. (2010). <i>Tilgang til og videreformidling av helseopplysninger</i> . Oslo: Universitetsforlaget.
Bergens Tidende. (2010). <i>Snoket i naboens journal</i> . Hentet 30. oktober 2010, fra http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Snoket-i-naboens-journal-1244700.html
Bratlie, H. (2009). <i>Sykepleiernes IKT-kompetanse, er greit nok godt nok?</i> Hentet 27. august 2010, fra Universitetet i Oslos hjemmeside: http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=95231
Campbell, K., Gordon, L.A., Loeb, M.P., and Zhou, L. (2003). The economic cost of publicly announced information security breaches: Empirical evidence from the stock market. <i>Journal of Computer Security</i> , 11, 3, 431-448.
Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1953). Council of Europe, CETS No.: 005
Dagens Medisin. (2003). <i>Avslørte tyvlesing i Anna Lindhs journal</i> . Hentet 13.oktober 2010, fra http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2003/10/09/avsl-rte-tyvlesing-i-anna-l/index.xml
Datatilsynet (2005). <i>Datatilsynet anmelder sykehus</i> . Hentet 29.september 2010, fra http://www.datatilsynet.no/templates/Page_____1059.aspx
Datatilsynet. (2007). <i>Brev til Helse- og omsorgsdepartementet</i> . Hentet 29. september 2010, fra http://datatilsynet.no/upload/Dokumenter/saker/2007/07-01465-1%20Innsyn%20i%20pasientjournaler%20-%20tilgang%20til%20logg%20-%20behov%20for%20lovedring%20431994.pdf
Datatilsynet. (2008). <i>Personvernrapporten</i> . Hentet 27.august, 2010 fra http://datatilsynet.no/upload/Dokumenter/publikasjoner/Personvernrapporten/Personvernrapporten%202008.pdf

Datatilsynet. (2008). <i>Årsmeldingen</i> . Hentet 27. august 2010 fra http://datatilsynet.no/templates/Page_2621.aspx
Datatilsynet. (2009). <i>Sviktende tilgangsstyring i elektroniske pasientjournaler</i> . Lastet ned 29.september 2010, fra http://www.datatilsynet.no/upload/Ttilgang%20på%20tvers_270409.pdf
Datatilsynet (2010). <i>Forslag til forskrift om informasjonssikkerhet tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre</i> . Høringsuttalelse. Hentet 27. april 2011, fra http://www.regjeringen.no/pages/13797727/Datatilsynet.pdf
DeLone og McLean. (1992), Information Systems Success: The Quest for the Dependent Variable, Information Systems Research. <i>The Institute of Management Sciences (now INFORMS)</i> 3(1), 1992, pp. 60–95.
DeLone og McLean. (2003) The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. <i>Journal of Management Information Systems</i> . Spring 2003, Vol. 19, No. 4, pp. 9–30.
Dunkerley, K. og Tejay, G. (2009) Developing an Information Systems Security Success Model for eGovernment Context. <i>Proceedings of the Fifteenth Americas Conference on Information Systems</i> , August 2009
European Court of Human Rights. (2008). <i>CASE OF I v. FINLAND</i> . (Application no. 20511/03). Hentet 10.mai 2011 fra http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=20511/03&sessionid=70730125&skin=hudoc-en
Flynn HA, Marcus SM, Kerber K, Alessi N. (2003). Patients' concerns about and perceptions of electronic psychiatric records. <i>Psychiatric Services</i> . 2003 Nov; 54(11):1539-41.
FOR 2000-12-15 nr 1265: <i>Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)</i> . Fornyings- administrasjons, og kirke departementet
Framtid Nord. (2009). <i>UNN-ansatte journal-snoket</i> . Hentet 22. april 2011, fra http://www.framtidinord.no/nyheter/article244083.ece
Grimsmo A. (2007). <i>Medisinsk faglig analyse av behovet for enklere kommunikasjon i tilknytning til bruken av elektronisk pasientjournal</i> . Oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet til prosjektet "Enkel og trygg tilgjengelighet til pasientopplysninger i EPJ ved ytelse av helsehjelp – vurdering av lovendringer". Norsk senter for elektronisk pasientjournal.
Grønmo S. (2004). <i>Samfunnsvitenskapelige metoder</i> . Bergen: Fagbokforlaget
Helse Midt (2008). <i>Tilgangsstyring til elektronisk pasientjournal og taushetsplikt, oppfølging av Helsetilsynets brev datert 6. mars 2008</i> . Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 11.06.08
Helsedirektoratet (2010). Helsepersonells taushetsplikt. Rundskriv 5-6/2010.

<p>Helsetilsynet. (2008). <i>Mangelfull tilgangsstyring til elektronisk pasientjournal truer taushetsplikten i sykehus</i>. Hentet 21.mars 2011, fra http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2008/Tilgangsstyring-pasientjournal-truer-taushetsplikten-sykehus/</p>
<p>Indiana University. (2007). <i>Human Intelligence: Hermann Ebbinghaus</i>. Lastet ned 03. mars 2011, fra http://www.indiana.edu/~intell/ebbinghaus.shtml</p>
<p>Ingeniørforeningen i Danmark. (2007). <i>Privatlivets fred – Højtuddannede IT-professionelles holdninger til Privacy</i>. Hentet 10.10.2010, fra http://ida.dk/omida/laesesalen/Documents/analyse_og_rapporter/privatlivets_fred_2007.pdf via den danske Ingeniørforeningen sin hjemmeside: http://ida.dk/Sider/Forside.aspx.</p>
<p>Jacobsen D. I. (2005). <i>Hvordan gjennomføre undersøkelser?</i> Kristiansand: Høyskoleforlaget.</p>
<p>Johannesen A. (2003). <i>Introduksjon til SPSS</i>. Oslo: Abstrakt forlag.</p>
<p>Johannesen A., Tuft P.A. og Kristoffersen L. (2005). <i>Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode</i>. Oslo: Abstrakt forlag.</p>
<p>KITH. (2010). <i>Anbefalt eHelsekompetanse</i>. Hentet 2.mars 2011, fra http://www.kith.no/upload/4551/Anbefalt_eHelsekompetanse-v1_0.pdf</p>
<p>Lov av 1967-02-10, <i>Forvaltningsloven</i>. Justis- og politidepartementet.</p>
<p>Lov av 1999-07-02 nr 63, <i>Pasientrettighetsloven</i>. Helse- og omsorgsdepartementet.</p>
<p>Lov av 1999-07-02 nr 64, <i>Helsepersonelloven</i>. Helse- og omsorgsdepartementet</p>
<p>Lov av 2001-05-18 nr 24, <i>Helseregisterloven</i>. Helse- og omsorgsdepartementet.</p>
<p>Lov av 2010-07-13 nr 913, <i>Sundhetsloven</i>, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danmark</p>
<p>Lund T. og Haugen R. (2006). <i>Forskningsprosessen</i>. Oslo: Unipub forlag.</p>
<p>California Healthcare Foundations (2005). National Consumer Health Privacy Survey 2005. Hentet 13.oktober 2010 fra http://www.chcf.org/~media/Files/PDF/C/PDF%20ConsumerPrivacy2005ExecSum.pdf</p>
<p>Norm for informasjonssikkerhet. 2 utgave. (2010). <i>Faktaark 15: Hendelsesregistrering og oppfølging</i>. Helsedirektoratet</p>
<p>Norm for informasjonssikkerhet. 2.utgave. (2010). Helsedirektoratet</p>
<p>NRK. (2008). <i>Tatt for journalsnoking</i>. Hentet 22. april 2011, fra http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/sorlandet/1.6245925</p>
<p>NRK. (2008). <i>To suspendert etter journalsnoking</i>. Hentet 22. april 2011, fra http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_trondelag/1.6340633</p>
<p>NRK. (2011). <i>Sykehusansatt snoket flere hundre ganger i pasientjournaler</i>. Hentet 22. april</p>

2011, fra http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/sorlandet/1.7582025
Næringslivets sikkerhetsråds. (2010). <i>Mørketallsundersøkelsen Informasjonssikkerhet og datakriminalitet</i> . Hentet 24.april 2011, fra http://www.nsr-org.no/docs/mu_2010_web_enkle_sider.pdf
Odelstingsproposisjon nr. 51 (2008-2009). <i>Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven</i> . Helse- og omsorgsdepartementet.
Petter, DeLone og McLean. (2008). Measuring information systems success: models, dimensions, measures and interrelationships. <i>European Journal of Information Systems</i> (2008) 17, 236–263.
Polit D. F. og Beck C. T. (2010) “ <i>Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice</i> ”. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Ringnes, A. (2001). <i>Hippokrates tekster på norsk</i> . Tidsskrift for den Norske Legeforening Nr. 14 – 30. mai 2001; 121:1752
Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013 (2008). Helse- og omsorgsdepartementet.
Sosial- og helsedirektoratet (2008). Utredning om enkel og trygg tilgjengelighet til pasientopplysninger i elektronisk pasientjournal ved ytelse av helsehjelp (EPJ) – vurdering av lovendringer. Hentet 1.april 2011, fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00117/Utredning_om_enkel_117579_a.pdf
Squire L. R. (1989). On the Course of Forgetting in Very Long-Term Memory. <i>Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition</i> 1989, Vol. 15, Nr. 2, 241-245.
Tidsskrift for Den Norske Legeforening. (2005). <i>Tror kollegaer snoker i journalene</i> . Hentet 30.september 2010, fra http://www.tidsskriftet.no/?nyhe_id=8724
VG. (2008). <i>To suspendert for snoking i pasientjournal</i> . Hentet 24.mars 2011, fra http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=555081
VG. (2009). <i>Syv sparket for snoking i pasientopplysninger</i> . Hentet 24.mars 2011, fra http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=542032
Wester, A. (2007). <i>Elektroniska patientjournaler – inre sekretess och gränserna för åtkomst</i> . Lastet ned 29.september 2010, fra http://www.anneliwester.se/Elektroniska_patientjournaler.pdf

Vedlegg A

Godkjenning av FEC:

Du er her: [Etikkomité 2010 - Fakultet for helse- og idrettsvitenskap](#) > [Innlevering av skjema](#) > [Innlevering av skjema](#)

[Søk](#) [Mapper](#) [Skriv ut](#)

Innlevering av skjema - Kommentar

Navn: Kathrine Haumann

Les kommentarer i besvarelsen din: [Søknad til FEK 7 12.doc](#)

Kommentar: FEK har følgende kommentarer: Det kan ikke stå at informantene kan trekke seg i forespørselen så lenge det er anonymt og forskeren ikke kan gjenfinne hva den enkelte har svart. Vi gjør oppmerksom på at dere må søke Personvernombudet hos Oslo Universitetssykehus da alle prosjekter som gjennomføres ved sykehuset skal ha godkjenning derfra før prosjektstart.
Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til masterstudentene Kathrine Haumann, Ragnar Stranger Christiansen og Solveig Økland i møte 10. desember 2010 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden under forutsetning av revisjon i samsvar FEKs kommentarer.

Karakter:

Evaluerings: Godkjent

[Avbryt](#)

Godkjenning av IKT-sikkerhetssjef/Personvernombudet på Oslo Universitetssykehus Heidi Thorstensen , mail korrespondanse med pasientvernombudet:

Hei!

Leste raskt gjennom også vedlegget du sendte.

Dette er en spennende oppgave, og jeg vil svært gjerne at du sender meg informasjon om hva dere faktisk får inn av svar, og også selve rapporten. Dere har også gjort en god jobb i forberedelse og beskrivelse her, og jeg kan bare bekrefte Annette og Kathrines svar til deg - dette er anonyme opplysninger.

Kan dermed bekrefte at du har fremlagt prosjektbeskrivelsen til PVO, og at gjennomføring ikke trenger noen tilrådning av PVO fordi det kun skal behandles anonyme opplysninger. Velger å svare deg på denne måten, slik at du har eventuell bekreftelse på at du har gjort som du fikk beskjed om av fakultetet. Utmerket at du ellers er klar på at du spør avdelingsledere når du legger ut spørreskjema.

Har et par mindre innspill til deg når det gjelder spørreskjema:

1) Ser du bruker ordet "nødrettstilgang" som en "oversettelse av aktualisering. Den bruk vi gjør av aktualisering, dvs som en normalt del av tilgangskontroll/mulighet, er ikke knyttet til nødrett. Det er en del av den ordinære tilgangskontroll som vi benytter. Dersom det hadde vært nødrett, ville vi ikke kunnet benytte den slik vi gjør. Kan du bruke begrepet "utvidet tilgang" eller finne et annet begrep, som ikke bruker nødrett? Ring meg gjerne om du vil høre noe mer rundt dette.

2) Fra invitasjonen:

Hva skjer med informasjonen om deg?

Spørreskjemaene vil ikke inneholde noen opplysninger om deg. Skulle du, ved en feiltagelse, likevel fylle inn navn eller annen identifikasjon, vil disse ikke bli videreformidlet til andre og strykes over, slik at anonymiteten sikres. Skjemaene vil bli makulert når prosjektet er ferdig.

Har foreslått et par forandringer, se rød tekst, og ber dere også gjøre stryke over det om noen skriver inn sin identitet.

SPØRREUNDERSØKELSE

OM TILGANG TIL OG TILEGNELSE AV TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER FRA KLINISKE DATASYSTEMER

Angi svaret ved enten å krysse av i boksen, eller ved å skrive svaret

SPØRSMÅL 1-8: BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

1. Kjønn

Mann

Kvinne

2. Alder

Alder: _____

3. Hva er din yrkesbetegnelse? (F eks lege, sykepleier, sekretær)

Yrke: _____

4. Hvordan er ditt ansettelsesforhold?

Fast ansatt

Vikar

Ekstravakt

Annet: _____

5. Hvor stor er din stilling i prosent ved dette arbeidsstedet?

Stillingsprosent: _____ %

6. Hva slags arbeidstid har du? Sett gjerne flere kryss.

Dag Kveld Natt

7. Hvis du arbeider som helsepersonell, hvilket år avsluttet du denne helsepersonellutdannelsen?

Årstall: _____

8. I hvilket år startet du å jobbe på sykehuset?

Årstall: _____

SPØRSMÅL 9-11: TILGANG TIL DATASYSTEMER

Med taushetsbelagte opplysninger mener vi opplysninger knyttet til den enkelte pasient som helsepersonellet får i egenskap av å være helsepersonell. Det kan være opplysninger om folks psykiske forhold, fysiske forhold, sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold, samt opplysninger om hvem som er innlagt på hvilket sykehus og i hvilken avdeling.

9. Har du tilgang til et datasystem som inneholder taushetsbelagte opplysninger på din arbeidsplass?

Ja Nei Vet ikke

10. Hvilke typer taushetsbelagte opplysninger har du tilgang til?

	Ja	Nei	Vet ikke
Jeg har tilgang til å lese pasienters sykepleiejournaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg har tilgang til å lese pasienters legejournaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tilgang til å lese journalnotater skrevet av andre yrkesgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tilgang til pasientens personalia (Adresse, fødselsnummer, pårørende mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tilgang til opplysninger om hvilke pasienter som er innlagt på andre avdelinger enn der jeg jobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tilgang til andre opplysninger enn de nevnt ovenfor Beskriv:			

11. Hvor enig er du i påstandene under, angående din generelle tilgang til taushetsbelagte opplysninger i datasystemene?

Sett ring rundt det tallet som du mener passer best, der 1 er "Helt enig" og 5 er "Helt uenig".

	Helt enig				Helt uenig
Jeg har for vide tilganger til pasienters taushetsbelagte opplysninger i forhold til hva jeg har behov for i mitt arbeid	1	2	3	4	5
Jeg blir hindret i mitt arbeid på grunn av for begrenset tilgang	1	2	3	4	5

	Helt enig				Helt uenig
Jeg har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter jeg ikke har pleie-, behandlings- eller administrativt ansvar for	1	2	3	4	5
Jeg har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter som tilhører andre avdelinger/enheter enn de(n) jeg arbeider ved	1	2	3	4	5

SPØRSMÅL 12-14: TILEGNELSE AV TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER

12. Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig grunn?

- Ja Nei Vet ikke

Hvis ja over, hvor ofte gjør du dette?

- Daglig Ukentlig Månedlig Årlig Vet ikke

13. Hvor enig er du i følgende påstander om dine begrunnelser for å ha lest en pasients taushetsbelagte opplysninger uten faglig grunn?

Sett ring rundt det tallet som du mener passer best, der 1 er "Helt enig" og 5 er "Helt uenig".

	Helt enig				Helt uenig
Jeg har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient jeg ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende	1	2	3	4	5
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en i familien	1	2	3	4	5

/slekten min					
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en venn/bekjent av meg	1	2	3	4	5
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en offentlig kjent person	1	2	3	4	5
Andre begrunnelser:					

14. Vet du om en eller flere kollegaer som har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja over, hvor ofte mener du dette skjer?

Daglig Ukentlig Månedlig Årlig Vet ikke

SPØRSMÅL 15-16: LOGG OG OPPLÆRING

Med logg mener vi en oversikt over alle hendelser (som lesing, skriving, sletting, endring) i taushetsbelagte opplysninger i et datasystem, samt informasjon om hvem som utførte hendelsen og når.

15. Hvor enig er du i følgende utsagn om logging av hendelser i datasystemer?

Sett ring rundt det tallet som du mener passer best, der 1 er "Helt enig" og 5 er "Helt uenig".

	Helt enig				Helt uenig
Kontroll av slike logger har en preventiv effekt for å hindre urettmessig lesing i journal	1	2	3	4	5

Tanken på at det blir ført logg har stoppet meg i å lese taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse	1	2	3	4	5
Tanken på at det blir ført logg har stoppet meg i å lese taushetsbelagte opplysninger som jeg faglig sett burde ha lest	1	2	3	4	5

16. Hva har du fått opplæring/oppdatering i?

	Ja	Nei	Vet ikke
Jeg har fått opplæring om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får nødvendig oppdatering om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fått opplæring i rutiner for datasikkerhet (f.eks. passord, av/påloggingsrutiner, utskriftsrutiner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får nødvendig oppdatering i rutiner for datasikkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Vedlegg C

Frekvenstabell 1. Demografiske data

		Frequency	Percent	Valid Percent
Kjønn	Mann	34	12,9	12,9
	Kvinne	229	86,7	87,1
	Total	263	99,6	100,0
	Missing System	1	,4	
Total		264	100,0	
Arbeidsforhold	fast ansatt	218	82,6	83,2
	vikar	43	16,3	16,4
	ekstravakt	1	,4	,4
	Total	262	99,2	100,0
	Missing System	2	,8	
Total		264	100,0	
Aldersgrupper	20-29 år	40	15,2	15,6
	30-39 år	81	30,7	31,6
	40-49 år	61	23,1	23,8
	50-59 år	51	19,3	19,9
	60-70 år	23	8,7	9,0
	Total	256	97,0	100,0
	Missing System	8	3,0	
Total		264	100,0	
Utdannet år	1960-1989	69	26,1	28,0
	1990-1999	60	22,7	24,4
	2000-2011	117	44,3	47,6
	Total	246	93,2	100,0
	Missing System	18	6,8	

		Frequency	Percent	Valid Percent
Arbeidstittel	Hjelpepleier	20	7,6	7,6
	Sykepleier	146	55,3	55,7
	Spesialsykepleier	15	5,7	5,7
	Lege	44	16,7	16,8
	Kontorpersonale	31	11,7	11,8
	Andre grupper	6	2,3	2,3
Total		262	99,2	100,0
Missing System		2	,8	
Total		264	100,0	
Arbeidstid på døgnet	dag	134	50,8	51,0
	kveld	2	,8	,8
	natt	4	1,5	1,5
	dag, kveld og natt	75	28,4	28,5
	dag og kveld	47	17,8	17,9
	dag og natt	1	,4	,4
	Total	263	99,6	100,0
Missing System		1	,4	
Total		264	100,0	
Stillingsprosent	0-60%	26	9,8	10,0
	61-90%	36	13,6	13,8
	91-100%	199	75,4	76,2
	Total	261	98,9	100,0
Missing System		3	1,1	
Total		264	100,0	

Total		264	100,0	
Ansatt år	1960-1989	50	18,9	19,3
	1990-1999	51	19,3	19,7
	2000-2011	158	59,8	61,0
	Total	259	98,1	100,0
Missing	System	5	1,9	
Total		264	100,0	

Frekvenstabell 2. Tilgangstyring

		Frequency	Percent	Valid Percent
Jeg har tilgang til opplysninger om hvilke pasienter som er innlagt på andre avdelinger enn der jeg jobber	nei	51	19,3	19,7
	ja	158	59,8	61,0
	vet ikke	50	18,9	19,3
	Total	259	98,1	100,0
	Missing	System	5	1,9
Total		264	100,0	
Jeg har for vide tilganger til pasienters taushetsbelagte opplysninger i forhold til hva jeg har behov for i mitt arbeid	helt enig	26	9,8	9,9
	Litt enig	13	4,9	5,0
	vet ikke	44	16,7	16,8
	litt uenig	44	16,7	16,8
	helt uenig	135	51,1	51,5
	Total	262	99,2	100,0
	Missing	System	2	,8
Total		264	100,0	
Jeg blir hindret i mitt arbeid pga for begrenset tilgang	helt enig	10	3,8	3,8
	Litt enig	11	4,2	4,2
	vet ikke	25	9,5	9,6
	litt uenig	39	14,8	14,9
	helt uenig	176	66,7	67,4
	Total	261	98,9	100,0
	Missing	System	3	1,1
Total		264	100,0	

Jeg har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter jeg ikke har pleie-, behandlings- eller administrativt ansvar for	helt enig	135	51,1	51,9
	Litt enig	29	11,0	11,2
	vet ikke	38	14,4	14,6
	litt uenig	18	6,8	6,9
	helt uenig	40	15,2	15,4
	Total	260	98,5	100,0
Missing	System	4	1,5	
Total		264	100,0	
Jeg har tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter som tilhører andre avdelinger/enheter enn de(n) jeg arbeider ved	helt enig	112	42,4	43,9
	Litt enig	28	10,6	11,0
	vet ikke	33	12,5	12,9
	litt uenig	13	4,9	5,1
	helt uenig	69	26,1	27,1
	Total	255	96,6	100,0
Missing	System	9	3,4	
Total		264	100,0	

Frekvenstabell 3. Lest taushetsbelagte opplysninger uten faglig begrunnelse

		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulati ve Percent		Freque ncy	Perce nt	Valid Perce nt		
Jeg har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient jeg ikke lenger har i pleie/behandling, for å få vite hvordan det har gått med vedkommende	helt enig	56	21,2	25,1	25,1	Har du lest eller forsøkt å lese taushetsbelagte opplysninger om pasienter uten faglig begrunnelse?	nei	218	82,6	83,5	
	Litt enig	21	8,0	9,4	34,5		ja	36	13,6	13,8	
	vet ikke	25	9,5	11,2	45,7		vet ikke	7	2,7	2,7	
	litt uenig	9	3,4	4,0	49,8		Total	261	98,9	100,0	
	helt uenig	112	42,4	50,2	100,0		Missing	System	3	1,1	
	Total	223	84,5	100,0			Total	264	100,0		
Missing	System	41	15,5			Hvis du har lest, hvor ofte gjør du dette?	Hver dag	1	,4	2,6	
Total		264	100,0			Hver uke	1	,4	2,6		
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en i familien /slekten min	helt enig	9	3,4	4,1	4,1	Hver måned	6	2,3	15,8		
	Litt enig	6	2,3	2,7	6,8	Hvert år	17	6,4	44,7		
	vet ikke	7	2,7	3,2	9,9	Vet ikke	13	4,9	34,2		

	litt uenig	5	1,9	2,3	12,2
	helt uenig	195	73,9	87,8	100,0
	Total	222	84,1	100,0	
Missing	System	42	15,9		
Total		264	100,0		
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en venn/bekjent av meg	helt enig	3	1,1	1,4	1,4
	Litt enig	2	,8	,9	2,3
	vet ikke	3	1,1	1,4	3,6
	litt uenig	4	1,5	1,8	5,4
	helt uenig	209	79,2	94,6	100,0
	Total	221	83,7	100,0	
Missing	System	43	16,3		
Total		264	100,0		
Jeg har lest en pasients taushetsbelagte opplysninger fordi det er en offentlig kjent person	helt enig	2	,8	,9	,9
	vet ikke	1	,4	,5	1,4
	litt uenig	2	,8	,9	2,3
	helt uenig	216	81,8	97,7	100,0
	Total	221	83,7	100,0	
Missing	System	43	16,3		
Total		264	100,0		

	Total	38	14,4	100,0
Missing	System	226	85,6	
Total		264	100,0	
Vet du om en eller flere kollegaer som har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn?	nei	99	37,5	37,8
	ja	69	26,1	26,3
	Vet ikke	94	35,6	35,9
	Total	262	99,2	100,0
Missing	System	2	,8	
Total		264	100,0	
Hvis kollegaer har lest taushetsbelagte opplysninger om en pasient uten faglig grunn, hvor ofte tror du dette skjer?	Hver dag	2	,8	1,8
	Hver uke	7	2,7	6,3
	Hver måned	13	4,9	11,6
	Hvert år	11	4,2	9,8
	Vet ikke	79	29,9	70,5
	Total	112	42,4	100,0
Missing	System	152	57,6	
Total		264	100,0	

Frekvenstabell 4. Hendelsesregister og opplæring

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kontroll av slike logger har en preventiv effekt for å hindre urettmessig lesing i journal	helt enig	162	61,4	63
	Litt enig	40	15,2	78,6
	vet ikke	33	12,5	91,4
	litt uenig	10	3,8	95,3

	Frequency	Percent	Valid Percent
Jeg har fått opplæring om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	nei	33	12,5
	ja	213	80,7
	vet ikke	16	6,1
	Total	262	99,2

	helt uenig	12	4,5	4,7	100
	Total	257	97,3	100	
Missing	System	7	2,7		
Total		264	100		
	helt enig	63	23,9	25,6	25,6
	Litt enig	24	9,1	9,8	35,4
	vet ikke	40	15,2	16,3	51,6
	litt uenig	23	8,7	9,3	61
	helt uenig	96	36,4	39	100
	Total	246	93,2	100	
Missing	System	18	6,8		
Total		264	100		
	helt enig	22	8,3	8,7	8,7
	Litt enig	17	6,4	6,7	15,4
	vet ikke	30	11,4	11,8	27,2
	litt uenig	28	10,6	11	38,2
	helt uenig	157	59,5	61,8	100
	Total	254	96,2	100	
Missing	System	10	3,8		
Total		264	100		

Missing	System	2	0,8		
Total		264	100		
	nei	108	40,9	41,5	
Jeg får nødvendige oppdatering om lovverk og etiske retningslinjer vedrørende behandling av taushetsbelagte opplysninger	ja	110	41,7	42,3	
	vet ikke	42	15,9	16,2	
	Total	260	98,5	100	
Missing	System	4	1,5		
Total		264	100		
	nei	42	15,9	16,2	
Jeg har fått opplæring i rutiner for datasikkerhet (eks passord, utskriftsrutiner, av/påloggingsrutiner)	ja	201	76,1	77,3	
	vet ikke	17	6,4	6,5	
	Total	260	98,5	100	
Missing	System	4	1,5		
Total		264	100		
	nei	104	39,4	40	
Jeg får nødvendige oppdateringer i rutiner for datasikkerhet	ja	101	38,3	38,8	
	vet ikke	55	20,8	21,2	
	Total	260	98,5	100	
Missing	System	4	1,5		
Total		264	100		

Vedlegg D

Logg for litteratursøk

Dato:	Søkemotor	Webside	Søkeord	Antall treff	Relevanse
29.08.2010	Google scholar.no		pasientjournal snoking	6	
"	Google scholar.com		audit logs	53000	
"	"		audit logs medical	24800	
"	"		snooping	36700	
"	"		snooping (2005-2010)	14700	
"	"		snooping AND medical records	4090	
31.08.2010	PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760661	audit logs	34	+++
09.09.2010	Google	http://www.helsedirektoratet.no/normen/helseforetak/14_tilgangsstyring_663594	Norm for datasikkerhet tilgangsstyring		+++
10.09.2010	PubMed		inappropriate access electronic health record	2	
"	"				
11.09.2010	SweMed		Dataintrång	0	
"	"		Intrång	0	
"	"		inappropriate access medical record	7	
12.09.2010	Datatilsynet		tilgangsstyring	1	+++
12.09.2010	Kith		tilgangsstyring		+++
12.09.2010			forslag til forskrift informasjonssikkerhet		
29.09.2010	google scholar		Dataintrång pasient	18	+++
13.10.2010	google scholar		logg pasient journal	244	++
"	Pubmed		"Health Personnel/legislation and jurisprudence "[MAJR] AND questionnaire	91	

“	Pubmed		"Health Personnel/legislation and jurisprudence"[MAJR] AND survey	26	
“	PubMed		unauthorized access medical journal questionnaire	1	
“	PubMed		unauthorized access patient journal questionnaire	1	
“	PubMed		inappropriate access medical journal questionnaire	14	
“	PubMed	Andresen Aasland	snooping medical journal questionnaire 1 treff PubMed aktuell (Andresen Aasland)	1	+++
“	PubMed	Andresen Aasland	snooping questionnaire survey 1 treff PubMed aktuell (Andresen Aasland)	1	+++
	google scholar		snooping questionnaire formula survey medical record confidentially	378	upresis
	pubmed		snooping formula	0	
03.02.2011	BibSys		helseutdanning informatikk	0	0
03.02.2011	Bibsys		helseprofesjon	33	0
03.02.2011	Bibsys		helse* ikt	93	+++
02.04.11	ebsohost		health record unauthorized access	49	++

Vedlegg E

Informasjonsskriv

SPØRREUNDERSØKELSE ANGÅENDE TILGANG TIL OG TILEGNELSE AV TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER FRA KLINISKE DATASYSTEMER

Invitasjon til å delta i studie

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Studien går ut på å kartlegge tilgang til og tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Spørreundersøkelsen er en del av et masterprosjekt ved Universitetet i Agder. Spørreundersøkelsen blir gjennomført ved flere avdelinger på Oslo Universitetssykehus.

Hva innebærer studien?

Vi vil gjerne at du besvarer et anonymt spørreskjema. Utfyllingen av spørreskjemaet vil ta 10-15min. Det skal ikke skrives navn eller annen personlig informasjon på spørreskjemaet. Hverken vi eller noen fra arbeidsstedet ditt vil ha noen oversikt over hvem som har besvart spørreskjemaene.

Resultatene av studien vil være ferdige i juni 2011. Hvis du er interessert i å få resultatene henvend deg til en av kontaktpersonene oppført nederst i informasjonsskrivet.

Mulige fordeler og ulemper

Det skal ikke innebære noen ulemper for deg å være med i studien, da alt er anonymt. Kanskje kan denne undersøkelsen være med på å øke din bevissthet omkring tilegnelse av taushetsbelagte personopplysninger.

Hva skjer med informasjonen du har gitt?

Spørreskjemaene vil ikke inneholde noen opplysninger om deg. Skulle du, ved en feiltagelse, likevel fylle inn navn eller personopplysninger, vil disse ikke bli videreformidlet til andre. Skjemaene vil bli makulert når prosjektet er ferdig.

Det vil ikke være mulig å identifisere dine svar i studien når denne publiseres.

Frivillig deltakelse Det er frivillig å delta i studien. Vi håper at du tar deg tid til å delta. På forhånd takk!

Levering av utfylt skjema

Benytt den vedlagte konvolutten til å legge ferdig utfylt spørreskjema i. Det er satt opp "postkasser" (papiresker) ved din avdeling, der du kan legge konvolutten med ferdig utfylt spørreskjema i. (Eventuelt kan skjemaet leveres til din nærmeste leder.) "Postkassene" er merket med formål og en svarfrist for innlevering av spørreskjema.

Kontaktpersoner

Har du noen spørsmål, ta gjerne kontakt med:

Kathrine Haumann Tlf: 93 21 20 88 , Ragnar Stranger Christiansen Tlf: 91 87 11 75 og
Solveig Økland Tlf: 90 89 19 02