

# **Råd**

## **Kontroll av åtkomst till patientuppgifter - loggranskning**

## INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1	Två syften med loggning och loggningskontroll .....	4
<b>2</b>	<b>Legala förutsättningar</b> .....	<b>5</b>
2.1	Lagstiftning .....	5
2.2	Vad skall en logg innehålla.....	6
2.3	Grundlagsskyddade rättigheter och myndigheternas föreskrifter .....	6
<b>3</b>	<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Ansvar</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Omfattning</b> .....	<b>8</b>
5.1	Systematisk stickprovskontroll .....	8
5.2	Kontroll vid särskild händelse eller misstanke.....	9
5.3	Kontroll efter nödöppning .....	9
5.4	Patientens rätt till kopia av loggen.....	9
<b>6</b>	<b>Uppföljning ur patientens perspektiv</b> .....	<b>9</b>
6.1	Rutiner vid patientförfrågan om logginformation .....	10
6.2	Patientens kostnad för loggutdrag.....	10
<b>7</b>	<b>Nödvändiga funktioner</b> .....	<b>10</b>
<b>8</b>	<b>Dokumentationskrav</b> .....	<b>11</b>
<b>9</b>	<b>Om otillbörlig åtkomst misstänks eller bekräftas</b> .....	<b>11</b>
<b>10</b>	<b>Utmaningen - verksamhetens planering och genomförande</b> .....	<b>12</b>

**Utgåvehistorik för dokumentet**

<b>Utgåva</b>	<b>Datum</b>	
1.0	2010-04-01	Första utgåva
1.1	2010-10-06	Dokumentet inlagt i korrekt mall, smärre språkliga korrigeringar
1.2	2012-10-23	Revidering, avseende innehållet i utlämnade loggar

Arbetsgruppen för säkerhet (AL-S). har på uppdrag av CeHis (Center för e-hälsa) tagit fram en genomlysning av lagstiftningens krav och den praktiska tillämpningen hos vårdgivare. Dokumentet har reviderats bland annat mot bakgrund av frågor som uppkommit i samband med utveckling av nationella loggningsverktyg gällande lagens krav på innehållet i loggar och innehållet i de loggutdrag som skall lämnas till patienter. Dokumentets syfte är att tjäna som vägledning för vårdgivare och IT-utvecklare.

## 1 Inledning

Patientdatalagen ger ökade möjligheter för åtkomst till patientdata inom en vårdgivares ansvarsområde och även direktåtkomst mellan vårdgivare. Lagen ger möjlighet till gränsöverskridande IT-lösningar avsedda att bl.a. leda till bättre samordning och samarbete kring vården av en patient, förenat med en reglering som är ägnad att bibehålla ett gott integritetsskydd och upprätthålla allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvårdens informationshantering. Lagen ställer tydliga krav på att det finns spårbarhet.

En av de stora utmaningarna för vårdgivare är att motsvara den nivå på skydd av patientens integritet som lagstiftningen ställer. Det gäller främst krav på spårbarhet, uppföljning och möjlighet att ge patient del av uppgifterna med sådan tydlighet, att denne kan avgöra om felaktig åtkomst har förekommit eller ej.

Vårdgivare ska självmant, regelbundet och kvalitetssäkrat granska personalens åtkomst till patientens information med syfte att säkerställa att bara den personal som har rätt att ta del av uppgifter, har haft åtkomst till dessa. Grunden för åtkomst till patientinformation är att behov av uppgiften finns för att den som tilldelats behörighet skall kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Ansvar för uppföljning av åtkomst till patientinformation och behörighetstilldelning är direkt kopplat till rollen verksamhetschef.

Dessutom har patienten fått möjligheter att själv välja att spärra vald information, inom en vårdgivare och även mellan vårdgivare och till kvalitetsregister. Detta stärkta integritetsskydd förväntas uppväga lagstiftningens möjlighet att, under angivna former, dela information med andra vårdgivare.

### 1.1 Två syften med loggning och loggningskontroll

Lagens syfte med loggning och loggningskontroll är tudelat;

- 1) Vårdgivare är skyldiga att återkommande och systematiskt kontrollera .....”om någon obehörigen kommer åt uppgifterna”.<sup>1</sup>
- 2) Patienten har rätt att få information om den elektroniska åtkomst och direktåtkomst som förekommit.<sup>2</sup>. Lagen ger möjlighet för vårdgivare att

<sup>1</sup> 4 kap 3§ jfr . 6 kap 7§ PDL

<sup>2</sup> 8 kap 4-5§§ PDL

tillgängliggöra loggningsuppgifter så att patienter kan ges elektronisk direktåtkomst till dessa.<sup>3</sup>

## 2 Legala förutsättningar

### 2.1 Lagstiftning

Grundlagen är överordnad allmän lagstiftning. Myndigheters föreskrifter är underordnad lagstiftningen. Patientdatalagen (SFS 2008:355) (PDL) gäller sedan 1 juli 2008 och ersätter den tidigare Patientjournalagen och Vårdregisterlagen. Rätten för den enskilde att ta del av s.k. loggutdrag framgår av 8 kap 6§ p.7 PDL. Vidare har Socialstyrelsen dels givit ut föreskrifter som rör informationshantering och journalföring (SOSFS 2008:14) och dels en Handbok till SOSFS 2008:14, ”Informationshantering och journalföring”. I Socialstyrelsen föreskrift 2 kap 11§ p.1- 6 anges bl.a. kravet på innehållet i loggar - bl.a. skall användarens identitet framgå - och dels syftet med loggningskontroll.

Offentliga vårdgivare omfattas av såväl Tryckfrihetsförordningen (1949:105) (TF)<sup>4</sup> som Offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Existerande uppgifter hos vårdgivaren utgör s.k. ”inkomna eller upprättade allmänna handlingar”<sup>5</sup> som skall utlämnas på begäran om det inte finns särskilt lagstöd för att sekretessbelägga uppgifterna.<sup>6</sup> Det förhållandet att offentliga vårdgivaren har uppgifter som inte kan sekretessbeläggas får till följd att dessa måste utlämnas enligt 6 kap 4§ Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) (2009:400). Varken personalens namn eller uppgift om den vårdenhet där personen arbetar omfattas av någon av någon sekretessbestämmelse.<sup>7</sup> Den s.k. personaladministrativa

<sup>3</sup> 5 Kap 5§ PDL

<sup>4</sup> Tryckfrihetsförordningen är en av våra fyra grundlagar, således överordnad såväl andra lagar som myndigheternas föreskrifter

<sup>5</sup> 2 kap 3§ Tryckfrihetsförordningen (1949:105) (TF) utgör en av våra fyra grundlagar och definierar begreppen allmänna handlingar såsom ”...en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel”. En allmän handling kan enligt TF vara antingen offentlig eller sekretessbelagd.

<sup>6</sup> Detta framgår också av prop. 2007/08:126 s. 150.” Inom den allmänna hälso- och sjukvården är dock logglistorna allmänna handlingar som patienterna också kan begära att få ut med stöd av 2 kap. tryckfrihetsförordningens bestämmelser. Sekretessen är normalt sett inte heller något skäl mot att även lämna ut information om vem som nyttjat åtkomsten (individens identitet). Inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården har patienterna dock ingen sådan rätt att veta vilka personer det gäller ”

<sup>7</sup> Vilka personaluppgifter som kan sekretessbeläggas framgår av 39 kap OSL samt 10§ Offentlighets- och sekretessförordningen<sup>7</sup>. 21 kap 3§ OSL reglerar skyddet för personer med särskild hotbild. . Skyddet för hotade personer innebär att enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, kan sekretessbeläggas om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs. Sekretesskydd finns också i 10§ i Offentlighets- och sekretessförordningen som innebär att hälso- och sjukvårdsanställdas bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter avseende personalen, uppgift i form av fotografisk bild som utgör underlag för tjänstekort samt uppgift om närstående till personalen kan sekretessbeläggas - om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den som uppgiften rör eller någon närstående till honom eller henne lider men: Ingen av nämnda lagrum innebär således att personalens namn kan sekretessbeläggas.

sekretessen samt skyddet för hotade personer innebär att uppgifter som medför att personalen kan nå utanför arbetet kan sekretessbeläggas.<sup>8</sup>

## 2.2 Vad skall en logg innehålla

Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att

- 1) det av dokumentationen av åtkomsten (loggarna) framgår vilka åtgärder som har vidtagits med patientuppgifterna,
- 2) det av loggarna framgår vid vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt åtgärderna har vidtagits,
- 3) användarens och patientens identitet framgår av loggarna,
- 4) systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna görs,
- 5) genomförda kontroller av loggarna dokumenteras, och loggarna sparas i minst tio år.<sup>9</sup>

## 2.3 Grundlagsskyddade rättigheter och myndigheternas föreskrifter

Såväl i prop. 2007/08:126 s 150) som i yttrande från Datainspektionen anförts att det bör vara tillräckligt att i loggutdrag som lämnas till den enskilde ange från vilken avdelning, klinik eller motsvarande enhet som åtkomsten härrör. Frågan överlämnas dock till Socialstyrelsen att efter samråd med Datainspektionen lämna närmare föreskrifter. Socialstyrelsen har mot denna bakgrund i sina föreskrifter 2008:14, 2 kap. 12 § angivit att den information som vårdgivaren ska lämna till en patient om åtkomsten till dennes patientuppgifter ska innehålla uppgifter om ....”från vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt någon har tagit del av uppgifterna. Informationen ska vara utformad på ett sådant sätt att patienten kan göra en bedömning av om åtkomsten har varit befogad eller inte.” Vidare framgår av Socialstyrelsens handbok följande

*”Den information om loggarna som ska lämnas ut ska vara anpassad till och klagörande för patienterna, och det ska framgå från vilken vårdenhet och vid vilken tidpunkt någon har tagit del av uppgifterna (prop. 2007/08:126 s. 264 ff.). Det behöver alltså inte stå vem som har läst uppgifterna. Enligt förarbetena finns det inget behov av att namnge hälso- och sjukvårdspersonalen eller att ge andra uppgifter som indirekt kan hänföras till en särskild person. För detta ändamål är det alltså tillräckligt att ange vilken avdelning, klinik eller motsvarande enhet det gäller (prop. 2007/08:126 s. 150). Inom den allmänna hälso- och sjukvården är dock logglistorna allmänna handlingar som patienterna också kan begära att få ut med stöd av 2 kap.*

<sup>8</sup> Begreppet ”annan jämför uppgift” definieras i förarbetena som föregick den nuvarande lagstiftningen (prop. 2003/04:93 s. 48) till den motsvarande bestämmelsen (7 kap. 11 § fjärde stycket) i sekretesslagen (1980:100) framgår att med ”andra jämförbara uppgifter avses bl.a. ”uppgifter som möjliggör att personalen kan nå utanför arbetet”, t.ex. ”uppgifter om ... privata mobiltelefonnummer”. Uppgift om exempelvis vårdenhet innebär inte att personen kan nå utanför arbetet och denna uppgift omfattas således inte av sekretess.

<sup>9</sup> 2 kap. 11 § SOSFS 2008:14

*tryckfrihetsförordningens bestämmelser. Sekretessen är normalt sett inte heller något skäl mot att även lämna ut information om vem som nyttjat åtkomsten (individens identitet). Inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården har patienterna dock ingen sådan rätt att veta vilka personer det gäller (prop. 2007/08:126 s. 150).”*

Socialstyrelsen har således i sina föreskrifter tydligt klargjort grundlagen är överordnad dels allmän lagstiftning, dels myndigheters föreskrifter – och det får till följd att offentliga vårdgivare med stöd av grundlagen måste lämna ut personalens namn – eftersom namnen inte omfattas av sekretess. Existerande uppgifter hos vårdgivaren som inte kan sekretessbeläggas måste utlämnas. Det innebär att patienter som beställt loggutdrag enligt PDL och får ett sådant innehållande kodade uppgifter om användarens identitet (t ex HSA-id), mycket sannolikt återkommer till vårdgivaren och åberopar Tryckfrihetsförordningen för att få svar på frågan ”vem har tittat på mina journaluppgifter” Vårdgivaren drabbas då av merarbete eftersom vårdgivaren naturligtvis har uppgift om namn – som inte kan sekretessbeläggas. Utvecklande av IT-verktyg som inte innehåller namnuppgifter riskerar att ge vårdgivarna merarbete, försämrad renommé och infekterade diskussioner med patienter som upplever att vårdgivarna förhåller ett utlämnande och medvetet missförstår patientens begäran. AL-S rekommenderar därför starkt att loggutdrag skall innehålla namnuppgifter.

### 3 Syfte

Loggningskontroll ska dels säkerställa vårdgivarens trovärdighet gentemot patienter och dels ge anställda en trygghet innebärande att man genom loggen kan styrka att åtkomsten varit befogad. Granskning ska göras i sådan omfattning att den avhåller från otillbörlig åtkomst till patientinformation. Loggen ska hålla en sådan kvalité att arbetsgivaren ska kunna vidta arbetsrättsliga åtgärder och underlaget skall räcka för att åklagaren skall kunna styrka obehörig åtkomst i domstol vid dataintrång. Loggen är samtidigt ett verktyg som kan fria anställd från misstanke om dataintrång.

### 4 Ansvar

Verksamhetschefen har det direkta ansvaret för såväl att tilldela som att kontrollera behörigheter.

Principen är att den som har rätt att utdela behörigheter också har en skyldighet att kontrollera loggarna. I ansvaret ligger också att de anställda ska ha fått information om gällande regler för åtkomst till patientuppgifter och att rutinen för loggningskontroll är känd.

Verksamhetschefen kan delegera handläggningen till annan person inom vårdenheten. Vid delegering ska läggas vikt vid utförarens noggrannhet och denne ska ha en ställning i organisationen som innebär god personkännedom om enhetens personal. Rutinen ska säkerställa att även utsedda granskare och verksamhetschefen själv granskas av överställd personal. Loggarna ska omfatta all åtkomst – dvs. även administrativ och teknisk personal ingår. Ansvar för att loggningskontrollera åtkomst för personal som inte hör till någon verksamhetschef, faller på den som har ansvaret för att tilldela personen behörigheter.

Personuppgiftsombud och patientnämnd kan på uppdrag från patient eller personal, ställa frågor om åtkomsten till patientinformation varit relevant och skett inom ramen för verksamhetschefens riktlinjer för åtkomst och behörighetstilldelning.

## 5 Omfattning

Kravet på loggningskontroll avser åtkomst inom vårdgivarens inre sekretessområde och direktåtkomst vid sammanhållen journalföring. Kravet omfattar alla typer av patientuppgifter. Loggningskontroll ska göras i den omfattningen att den är förebyggande och meningsfull. Detta uppnås genom en kombination av i huvudsak fyra skäl att göra loggningskontroll.

1. systematisk stickprovskontroll
2. utöver den systematiska stickprovskontrollen ska loggranskning utföras vid särskild händelse eller misstanke
3. efter nödöppning
4. på patientens begäran om utdrag av sin logg

### 5.1 Systematisk stickprovskontroll

Ett slumpmässigt urval av personalen ska med regelbundna tillfällen loggningskontrolleras, en rekommendation är att 10 % personal kontrolleras per månad, t.ex. uppdelat på 1-2 gång/månad.

Den personal som slumpats fram granskas under en 24 timmarsperiod genom att all åtkomst till patientuppgifter visas upp. Följande kriterier är förslag på vad den som granskar loggen bör vara uppmärksam på;

- avvikande mönster/åtkomst som bryter det ordinarie mönstret/frekvensen/rutinen
- namn/släktskap som kan indikera privat samhörighet
- personer av medialt intresse, lokalt och nationellt
- patient med diagnos som kan väcka särskilt intresse
- lokal personalkännedom som indikerar eller ger misstanke om intresse för
- information som sträcker sig utanför tillåtna ändamål



## 5.2 Kontroll vid särskild händelse eller misstanke

Verksamhetschefen (arbetsgivaren) är skyldig att initiera loggningskontroll om det finns skäl att misstänka att dataintrång har skett. Det kan också finnas skäl att kontrollera loggen för en speciellt sekretesskänslig patient eller vårdepisod. Om man vid sådan kontroll uppmärksammar tveksam åtkomst av användare som hör till annan verksamhetschef så ska detta följas upp av den som tilldelat behörigheten.

## 5.3 Kontroll efter nödöppning

De aktiva val som föregår nödöppning eller forcering av spärr ska loggas. Det är lämpligt att sådan åtkomst granskas av verksamhetschef eller delegerad handläggare snarast. En obligatorisk loggranskning av nödöppningar är viktigt både ur ett integritetsperspektiv och för den kvalitetsgranskning som verksamhetschefen utför.

## 5.4 Patientens rätt till kopia av loggen

Patienten har rätt att få en kopia av sinlogg. Dessa uppgifter ska vara så tydligt utformade att patienten kan bedöma om åtkomsten till patientuppgifterna varit befogade eller inte. Detta förutsätter att de aktörer som har haft tillgång till informationen är angivna på ett sådant sätt att bedömningen blir verkningfull. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonals identitet och yrkesroll/tillhörighet syns i patientens logginformation från offentliga vårdgivare.

Beställning av loggutdrag avseende den åtkomst som skett till barns journal bör föregås av samma övervägande, som sker gällande barnets journal, d.v.s. en bedömning avseende barnets mognad och ålder samt den därmed sammanhängande rätten för barnet att i allt ökande omfattning själv förfoga över sin sekretess. Även barn har rätt till sekretess och integritet och uppgifter kan sekretessbeläggas även mot en vårdnadshavare.<sup>10</sup> Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren förfogar denne enligt 2 § ensam eller, beroende på den underåriges ålder och mognad, tillsammans med den underårige över sekretessen till skydd för den underårige.

## 6 Uppföljning ur patientens perspektiv

Patienten ska känna stor förvissning om att vårdgivaren säkerställer att integritetsfrågan hanteras på ett ur både lagstiftningskrav och patientens önskemål korrekt sätt.

Vårdgivaren säkerställer att tillgången till information är behovsreglerad med individuell tillgångsprövning, och att den åtkomst som har skett är föremål för

---

<sup>10</sup> 12 kap 3§ OSL

uppföljning. Denna systematiska uppföljning sker automatiskt och metodiskt. Patienten har rätt att själv ta del av den åtkomst till information som har förekommit, för att trygga vetskapen om att ingen som inte har haft behov av uppgifter för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter har tagit del av dessa. Patienten har även rätt att spärra tillgång till information, både inom en vårdgivares enheter och i de fall vårdgivaren tillämpar sammanhållen journalföring.

### 6.1 Rutiner vid patientförfrågan om logginformation

Det ska finnas information på lämpliga ställen om vart patienten vänder sig för att få en kopia av loggen. Patient kan ställa fråga direkt till klinik/enhet, personuppgiftsombud, patientnämnd eller myndighetsbrevlåda. Det är lämpligt och praktiskt för både vården och patienten att det finns ett formulär som kan användas. Med hjälp av detta kan förfrågan preciseras så att patienten får det denne efterfrågar. Det kan också vara lämpligt att ta en direktkontakt med patienten för att säkerställa tillgång till annan relevant information och om så önskas hjälpa patienten med att avgränsa till de enheter som patienten avser.

Patienten bör få svar skyndsamt eftersom loggar utgör en s.k. allmän handling. I normalfallet sker utlämnandet i pappersform. Uppgifterna skickas till patienten på dennes folkbokföringsadress eller kan lämnas ut direkt om patienten har legitimerat sig. De logguppgifter som lämnas till patient bör även lämnas till verksamhetschef för kännedom.

Loggutdraget ska vara utformat så att det ger patienten en klar uppfattning om åtkomsten till dennes patientuppgifter varit befogad eller inte. Patientens fråga om vem som har sett information är ibland baserad på en specifik händelse eller uppgift, där patienten upplever att någon har information som inte patienten bedömer ska vara tillgänglig. I sådant fall ska, på patientens begäran, analys ske av berörda medarbetaren och dennes tillgång. Personuppgiftsombudet ska vara patientens stöd och skapa rutiner för att patientförfrågan hanteras rätt i vårdgivarens organisation.

### 6.2 Patientens kostnad för loggutdrag

Respektive vårdgivare beslutar om det ska tas ut avgift och nivån på denna. En rekommendation är att kostnaden hålls så låg att den inte innebär hinder för patienten att få utdrag. Patienten är en resurs för vårdgivaren i dennes granskning av loggar.

## 7 Nödvändiga funktioner

Tillgång till logg och logganalysverktyg ska regleras med individuell behörighetstilldelning och begränsas till dem som har ett särskilt uppdrag att granska loggar.

Utöver patientens och användarens identitet ska det i klartext framgå vilka åtgärder (läsa/skriva/ändra/signera/kopiera/utskrift) som vidtagits med patientuppgifterna, vilken vårdenhet som vidtagit åtgärderna och tidpunkten för detta.

Hos vårdgivaren ansvarig roll i systemförvaltningsstruktur, säkerställer att nödvändig funktionalitet för uppföljning finns exempelvis aktiva val och forcering av spärr, och förser verksamhetschefen med nödvändigt stöd för loggranskning i respektive vårdsystem. Den aktuella informationstexten/informationsinnehållet ska inte visas i loggen.

## 8 Dokumentationskrav

Loggranskning ska resultera i dokumentation som omfattar urvalet, grunden för urvalet (anmodan, eget urval, förekommen aktivitet etc.) och resultat med kommentar. Om ingen otillbörlig åtkomst upptäcks rapporterar granskare till verksamhetschef med bifogat underlag löpande. Resultatet sparas enligt gällande arkivbestämmelser medan loggarna ska bevaras i 10 år.

## 9 Om otillbörlig åtkomst misstänks eller bekräftas

Om otillbörlig åtkomst misstänks ha förekommit ska underlag för detta lämnas verksamhetschefen i anslutning till upptäckten. Utredningen ska säkerställa detaljnivå och informationsinnehållet för läst vårdinformation. Vårdgivare måste säkerställa att respektive vårdsystem har interna loggar på detaljnivå. Denna, i samråd med av vårdgivaren beslutade instanser, avgör vidare handläggning. Vid misstanke om otillbörlig åtkomst, ska loggranskning alltid genomföras. Det är viktigt, både för patienten och för vårdgivaren, att misstanke om missbruk följs upp och utreds. Det kan även vara aktuellt att göra en fördjupad loggranskning av en medarbetare. Medarbetaren ska kontaktas och få möjlighet att förklara skälen till aktuell loggförekomst. Inför ett sådant samtal ska medarbetaren informeras om möjligheten att ta med en facklig representant.

Vid samtalet bör följande frågor besvaras:

- Varför har medarbetaren sökt information om denna patient?
- Känner medarbetaren patienten eller har någon annan anknytning med patienten privat?
- Vilken information har använts och till vad?
- Av vilken anledning har medarbetaren valt att bryta mot bestämmelserna i Patientdatalagen?

Vid bekräftad misstanke om dataintrång ska verksamhetschefen även informera berörd patient eftersom patienten har rätt att väcka talan om skadestånd och kan

också själv välja att inge polisanmälan om dataintrång. Verksamheten kan inte på egen hand avgöra om i vilken omfattning patienten lidit skada.

## 10 Utmaningen - verksamhetens planering och genomförande

Vårdgivarens systematiska uppföljning måste inrymmas i uppdraget till verksamhetschef och därmed ingå i de prioriterade uppgifter som vårdgivaren ålägger verksamhetschef.

Att på förhand sätta upp volymkrav i förhållande till patientmängd och verksamhetens omfattning innebär inte att syftet med uppföljning med automatik säkerställs. Verksamhetschef måste ta ställning till vad en planerad granskning innebär för just sin verksamhet. Vilken typ av patientuppgifter hanteras, vilka överväganden ingick i den individuella behörighetstilldelningen (bredare behörighet ger ökat krav på uppföljning), vilka urval ger bäst möjlighet till hög sannolikhet för upptäckt av intrång, finns nödvändig information och underlag för att stödja uppföljningen. Verksamhetschefen kan ange omfattning och resultat av granskningsaktiviteter för enheten i sin verksamhetsberättelse.

Ett av de viktigaste syftena med uppföljning är att den är känd av berörd personal. Varje medarbetare med tillgång till patientuppgifter ska se denna granskning som ett naturligt inslag i vårdgivarens verksamhet samt att den medför en förebyggande effekt.

Logginformation och kontroll har även en viktig uppgift i att undanröja misstanke om felaktig åtkomst. Logguppgifter kan förväntas lika ofta eller kanske oftare fria från misstanke än bekräfta sådan. Tillgång till logguppgifter kan som informationsmängd även innebära att en detaljerad bild av patienten kan framkomma. Detta ska ingå i den riskbedömning som föregår tillgång till logginformation.