



# PASIENTINFORMASJON MELLOM HELSEFORETAK

Forholdet helsepersonelloven og helseregisterloven

Kandidatnr: 295

Veileder: Aslak Syse

Leveringsfrist: 25.november 2004

Til sammen 17 864\* ord

(\* se regelverk på [www.jus.uio.no/studier/undervisning/spesialoppgave/](http://www.jus.uio.no/studier/undervisning/spesialoppgave/) )

23.11.2004

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>1</b>
1.1	TEMA	1
1.2	AVGRENSNINGER	2
1.3	METODE OG RETTSKILDER	3
1.4	OPPGAVENS OPPBYGGING	4
1.5	VIRKEOMRÅDE	5
1.5.1	HELSEREGISTERLOVENS VIRKEOMRÅDE	5
1.5.2	HELSEPERSONELLOVENS VIRKEOMRÅDE	6
<b>2</b>	<b><u>RETTSTILSTANDEN I DAG. NORMATIV DEL</u></b>	<b>7</b>
2.1	HENSYN	7
2.1.1	HENSYNET TIL PASIENTEN	7
2.1.2	PERSONVERN	7
2.1.3	BEHOVET FOR KUNNSKAP I SAMFUNNET	11
2.1.4	BEHOVET FOR GOD DATAKVALITET	11
2.1.5	AVVEINING AV HENSYNENE	12
2.2	HELSEREGISTERLOVEN	12
2.2.1	HELSEREGISTERLOVENS FORMÅL	13
2.2.2	HENSYNENE BAK HELSEREGISTERLOVEN	13
2.2.3	DEFINISJONER	14
2.2.4	HELSEREGISTERLOVEN § 13	16
2.2.5	HELSEREGISTERLOVEN § 12	18
2.2.6	HELSEREGISTERLOVEN § 14	19
2.3	HELSEPERSONELLOVEN	21
2.3.1	HELSEPERSONELLOVENS FORMÅL	21
2.3.2	HENSYN BAK HELSEPERSONELLOVEN	21
2.3.3	DEFINISJONER	22
2.3.4	HOVEDREGELN OM TAUSHETSPLIKT	23
2.3.5	BESTEMMELSER OM OPPLYSNINGSRETT	25
2.3.5.1	Samtykke	25
2.3.5.2	Tungtveiende private eller offentlige interesser	28

2.3.5.3	Opplysninger til samarbeidende personell	31
2.3.5.4	Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger	35
<b>2.4</b>	<b>FORHOLDET MELLOM HELSEREGISTERLOVEN OG HELSEPERSONELLOVEN</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b><u>HVORDAN RETTEN BLIR PRAKTISERT I DAG</u></b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>UNDERSØKELSER PÅ SYKEHUSET LEVANGER</b>	<b>43</b>
3.1.1	ORGANISERING AV HELSEFORETAKENE OG ”ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL”	44
3.1.2	SYKEHUSET LEVANGER, HELSE NORD-TRØNDELAG	46
3.1.2.1	Kirurgisk klinikk	46
3.1.2.2	Medisinsk klinikk	48
3.1.2.3	Psykiatrisk klinikk.	49
3.1.2.4	Felles for klinikkene	49
<b>3.2</b>	<b>SAMMENHENG MELLOM RETT OG PRAKSIS</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b><u>KONKLUSJON</u></b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b><u>LISTER OVER TABELLER, FIGURER M V</u></b>	<b>A</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Tema

Hovedtemaet for denne framstillingen er hvordan lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger av 18. mai 2001 nr 24<sup>1</sup>, og lov om helsepersonell med videre av 2. juli 1999 nr. 64<sup>2</sup> regulerer tilgangen til pasientopplysninger lagret i journal, direkte i et elektronisk register, uten at opplysningene blir formidlet via en aktiv handling.

Uttrykket ”direkte tilgang i elektronisk register” vil i denne framstillingen bli brukt i betydningen tilgang i registeret ved direkte elektronisk innlogging, uten at dette går via en aktiv formidling av informasjonen som er lagret. Det vil si en tilgang der det for visse grupper helsepersonell er mulig å logge seg inn i det elektroniske register med brukernavn og passord.

Bakgrunnen for valget av dette temaet er interesse og erfaring fra helsevesenet.

Det er gjort forholdsvis lite arbeid på dette området tidligere. Av denne grunn foreligger det trolig ingen standardsvar, men mange ubesvarte spørsmål som er en del av det daglige livet i helsesektoren. Temaet er forsøkt orientert ut mot praksis på området, og i den forbindelse vil jeg takke Helse Nord-Trøndelag for muligheten for å ha samtaler, med helsepersonell som møter problemene med hensyn til overføring av informasjon mellom helseforetak, i sitt daglige arbeid.

Pasientinformasjon bør både sikres slik at den ikke misbrukes, men den bør også komme frem til de behandlere som har behov for informasjonen i sitt arbeid med den enkelte pasient. Framstillingen vil prøve å kartlegge hvordan dette er løst fra lovgiver, og om det finnes andre rettskilder som kan påvirke resultatet.

---

<sup>1</sup> Heretter helseregisterloven.

<sup>2</sup> Heretter helsepersonelloven.

## 1.2 Avgrensninger

Det er nødvendig å foreta visse avgrensninger i temaet for at framstillingen skal falle innenfor 18 000 ord.

Framstillingen vil bare ta for seg overføring av, og direkte tilgang til, pasientinformasjon mellom helseforetak til behandlingsformål. Dette innebærer både at den interne tilgangen innad i hvert enkelt helseforetak ikke blir behandlet, og at overføring av informasjon til andre formål enn behandling ikke omfattes. Overføring og tilgang til informasjon til forskning og administrative formål faller etter dette utenfor framstillingen. Pasientens innsynsrett i egen journal vil heller ikke bli behandlet.

Framstillingen tar for seg behandlingsrettede helseregistre, og dette innebærer både elektroniske og papirbaserte journaler. Jeg vil imidlertid legge hovedvekten på de elektroniske pasientjournaler, da disse i seg selv åpner for muligheten med direkte tilgang på tvers av behandlingsinstitusjoner. Skriftlige journaler vil også bli behandlet i den grad det er nødvendig for å vise hvordan tilgangen til helseopplysninger er i dag.

Selve opprettelsen av et behandlingsrettet register, både elektronisk og skriftlig, blir ikke behandlet i denne framstillingen. Dette gjelder også spørsmål om hva som kan lagres i et slikt register, og hvor lenge opplysningene kan lagres.

Bestemmelsene om hvem som har plikt til å føre journal, samt hvem som har lese og skriverett internt i det enkelte helseforetak vil heller ikke bli behandlet i denne sammenhengen. I tillegg vil framstillingen bare gjelde rent norske registre, og registre med opplysninger lagret på sykehus i Norge.

Overføring av informasjon mellom spesialhelsetjeneste og den kommunale helsetjenesten faller også utenfor framstillingen, selv om dette til dels dreier seg om beslektede problemer. Framstillingen vil etter dette bare omhandle overføring av informasjon i spesialhelsetjenesten.

### 1.3 Metode og rettskilder

Jeg har i arbeidet med denne framstillingen benyttet meg av norsk juridisk metode. Metoden vil bare kort bli behandlet her, og den bygger blant annet på ulike rettskilder som må vurderes etter relevans ved en tolking av den aktuelle bestemmelsen. Rettskildene er vurdert opp mot temaet i framstillingen, og blir gjort rede for på dette grunnlag. Metodospørsmål og momenter for øvrig vil bli forklart i den sammenheng dette er relevant.

Lovteksten er den første rettskilden. I de tilfeller der problemstillingen er lovregulert, er lovens ordlyd utgangspunktet for tolkingen. Problemer rundt temaet tilgang til pasientinformasjon på tvers av helseforetak er lovregulert i helseregisterloven og helsepersonelloven, og i min framstilling er derfor lovenes ordlyd benyttet som utgangspunkt. I noen tilfeller gir imidlertid lovens ordlyd alene usikre svar. I disse tilfellene er det nødvendig med andre rettskilder som kan belyse de aktuelle problemstillingene.

Forarbeidene til helseregisterloven og helsepersonelloven inneholder til dels noen svar i denne framstillingen, men det er også en del spørsmål som er ubesvart fra lovgivers side, og mye av det forarbeidene sier kan utledes direkte av ordlyden.

Rettspraksis er en rettskilde som kan belyse eventuelle problemer. På området for tilgang til helseopplysninger på tvers av helseforetak til behandlingsformål, finnes det kun et fåtall av underrettsdommer med meget spesielle faktum, som det ikke kan trekkes generelle slutninger eller føringer fra. Det finnes med andre ord ingen rettspraksis på dette området som er relevant for denne oppgaven. Dette utgjør et rettskildemessig problem i de tilfeller der det foreligger uklare løsninger fra lovgivers side, men det er ikke desto mindre et faktum som både leser og forfatter må forholde seg til, og forsøke å belyse problemstillingen ut fra andre rettskilder.

Forvaltningspraksis kan også benyttes for å klargjøre et rettsspørsmål, men denne rettskilden har ikke særlig vekt. Det skal med andre ord mye forvaltningspraksis til før dette får gjennomslagskraft i forhold til andre mer tungtveiende rettskilder. I tilfeller der det foreligger tvil kan derimot forvaltningspraksis gi hentydninger til hvordan bestemmelsen skal forstås. I denne framstillingen er forvaltningspraksisen av betydning

representert ved Datatilsynets lovtolking. Mine samtaler ved Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger, er ikke omfattende nok til å kunne representere forvaltningspraksis, da jeg bare har hatt samtaler med 12 personer.

Juridisk teori kan i enkelte sammenhenger gi føringer på hvordan lov og rettspraksis skal tolkes. Imidlertid gir ikke teorien noen fasitsvar. På det aktuelle området foreligger det ingen publikasjoner som gir klare svar på hvordan helseregisterloven og helsepersonelloven skal tolkes i saker som omhandler rett til tilgang på helseopplysninger på tvers av foretak direkte i et elektronisk register.

Hensyn som ligger bak helseregisterloven og helsepersonelloven benyttes i denne framstillingen for å belyse temaet. Dette gir hentydninger til hvordan lovenes ordlyd skal forstås. Hensynene kan som det blir vist senere utledes av lovenes formålsbestemmelser.

#### 1.4 Oppgavens oppbygging

Framstillingen er bygd opp i en normativ del og en deskriptiv del. Den normative delen inneholder beskrivelse og drøftelse hovedsakelig av helseregisterloven og helsepersonelloven, i tillegg til en vurdering av forholdet mellom disse to lovene på de aktuelle punktene.

I forbindelse med framstillingen har jeg hatt samtaler med 12 personer ansatt i ulike stillinger ved Sykehuset Levanger som er en del av helseforetaket Helse Nord-Trøndelag, og som igjen er en del av helseregion Midt-Norge. Denne prosessen har hjulpet meg til å se hvor problemene i hovedsak ligger i forhold til overføring av helseopplysninger på tvers av helseforetakene. Samtidig har jeg fått viktig praktisk opplæring i elektroniske pasientjournal, og dette blir beskrevet i kapittel 3. Slutningene fra samtalene kan ut fra antallet samtaler jeg har hatt, ikke sies å være representative for resten av helsevesenet i Norge og andre sykehus. Imidlertid kan resultatet sies å være representativt for Sykehuset Levanger, og muligens for Helse Nord-Trøndelag. Den deskriptive delen av framstillingen gir et bilde av hvordan den elektroniske pasientjournalen fungerer, og hvordan problemene rundt videreføring og innhenting av pasientinformasjon på tvers av helseforetakene er løst i praksis. Vedlagt framstillingen følger et hefte med referater fra alle samtalene i underskrevet stand.

Alle som var med på samtaler med meg er informert skriftlig om at oppgaven skal legges frem offentlig og har selv fått ta stilling til om de ønsker en anonymisering av referatene. De referatene som fremstår som anonyme er imidlertid også godkjent av vedkommende samtalepartner. I tillegg inneholder vedlegget nødvendige tillatelser fra Helse Nord-Trøndelag og godkjente referater fra samtaler med andre ressurspersoner innenfor fagfeltet. Til slutt i denne delen blir praksis vurdert opp mot de konklusjoner jeg har foretatt i den normative delen av oppgaven.

## 1.5 Virkeområde

### 1.5.1 Helseregisterlovens virkeområde

I følge helseregisterloven § 3 første ledd nr 1 gjelder loven for behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og helsetjenesten som skjer helt eller delvis ved elektroniske hjelpemidler for å fremme formål som beskrevet i § 1. Problemstillingen i denne sammenheng er å kartlegge om helseregisterloven gjelder for helseregistre med behandlingsformål som er opprettet ved sykehus i Norge.

Hovedformålet med en pasientjournal er i hovedsak å sikre at pasienten får best mulig tilgjengelige helsebehandling. Pasientjournalens behandlingsformål går inn under § 1 første punktum, om å bidra til at helsehjelp gis på en forsvarlig og effektiv måte. På bakgrunn av dette blir ikke § 3 første ledd, nr 2, som omhandler behandling av helseopplysninger til andre formål enn de som er nevnt i § 1, behandlet videre her.

Det uttales uttrykkelig i lovteksten at loven bare gjelder for behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og helsetjenesten. I denne framstillingen er det behandling av helseopplysninger innen helsetjenesten som er aktuelt. Det vil si opplysninger som blir lagret i pasientjournaler til behandlingsformål, og temaet omfattes på dette punkt av helseregisterloven.

Bestemmelsens første ledd nr 1 fastslår også at loven gjelder for behandling av helseopplysninger som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler, og i følge andre ledd gjelder loven både for privat og offentlig virksomhet. Dette gir en helhetlig behandling av alle helseopplysninger, og er en aktivt vurdert fra lovgivers side i følge Ot.prp. nr 5 (1999-2000), side 77. Det var meningen at dette skulle gi den registrerte et



mer enhetlig og sammenhengende lovverk som det var lettere å finne frem til sine rettigheter i. Det er imidlertid å regne som tvilsomt at dette målet er oppnådd slik tilstanden er i dag, men dette vil jeg komme tilbake til avslutningsvis i framstillingen.

Det geografiske virkeområdet for helseregisterloven angis i § 4, og fastslår at loven gjelder for databehandlingsansvarlige som er etablert i Norge. Det er ikke i denne sammenheng aktuelt å komme nærmere inn på hvem som omfattes av loven, foruten å konstatere at pasientjournalene tilhørende norske helseinstitusjoner i Norge klart faller inn under loven. Databehandlingsansvarlige i disse helseforetakene er styrene og direktørene for virksomhetene, og de er etablert i Norge.

### 1.5.2 Helsepersonellovens virkeområde

Spørsmålet som blir vurdert i det følgende er om helsepersonelloven er gjeldende for utlevering og tilgang til pasientopplysninger på tvers av helseforetak.

Helsepersonelloven gjelder etter § 2 helsepersonell og virksomheter som utøver helsehjelp i Norge. Dette innebærer at loven gjelder både for private og offentlige helseinstitusjoner og andre som yter helsehjelp. I praksis betyr dette for foreliggende tema at alle sykehus i Norge omfattes av loven. Ut fra ordlyden omfattes også helseinstitusjoner som er utenfor Norge, men som er en del av riket. Denne framstillingen vil imidlertid bare ta for seg sykehus i Norge. Lovens overordnede formål om kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten tilsier og begrunner en felles regulering for alt helsepersonell. Dette er forsøkt gjennomført blant annet ved at lovgiver har latt bestemmelsene om taushetsplikt i kapittel 5 gjelde for alle som kommer i kontakt med helseopplysninger. Jeg kommer tilbake til dette under hovedbehandlingen av helsepersonelloven.

Loven gjelder i følge Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 29 helsepersonells yrkesutøvelse uavhengig av arbeidssted. På denne måten gjelder enkelte av lovens bestemmelser også i de tilfeller helsepersonell blir oppsøkt privat, men i egenskap av å være helsepersonell.

Ut fra dette er helsepersonellovens bestemmelser gjeldende i de situasjoner der helsepersonell utleverer og innhenter pasientopplysninger på tvers av helseforetak også i et elektronisk register innenfor sykehusene i Norge.

## **2 Rettstilstanden i dag. Normativ del**

### **2.1 Hensyn**

I det følgende vil hensynene bak helseregisterloven og helsepersonelloven bli behandlet. Hensynene er felles for de to lovene, men blir som jeg skal vise senere i framstillingen vektlagt ulikt. Hensynene benyttes i lovtolkningen på en formålsrasjonell måte, og for å sikre gode rettsregler, og av denne grunn er det nødvendig med en generell framstilling av dem.

#### **2.1.1 Hensynet til pasienten**

Hensynet til pasienten representerer den enkelte pasients interesse i å bli frisk. I dette ligger interessen til å få en best mulig tilgjengelig behandling. Dette stiller igjen et krav til en lett tilgjengelig og effektiv helsehjelp. Hensynet kan utledes direkte av ordlyden i helsepersonelloven § 1, ved ”kvalitet i helsetjenesten”, og av helseregisterloven § 1 ved at loven skal bidra til å gi forsvarlig helsehjelp.

I forhold til temaet pasientinformasjon på tvers av helseforetak medfører hensynet et krav om at relevante og adekvate opplysninger om pasienten, som er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, må være tilgjengelig når det trengs til helsemessige formål i forhold til den enkelte pasient. Interessen i å bli frisk vil for mange pasienter i sykdomsperioden være den mest tungtveiende. På denne måten blir interessen i å få en best mulig behandling meget fremtredende for den enkelte pasient. En forutsetning for at tilfredsstillende behandling skal kunne gis er imidlertid i mange tilfeller at behandleren får kjennskap til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand. Samtidig har pasienten en interesse i å sikre at det bare er helsepersonell med behov for informasjonen i sitt arbeid som har mulighet for å få tilgang til opplysningene. I noen tilfeller gir dette et behov for tilgang til opplysninger om pasienten på tvers av helseforetak for å kunne gi en tilfredsstillende behandling.

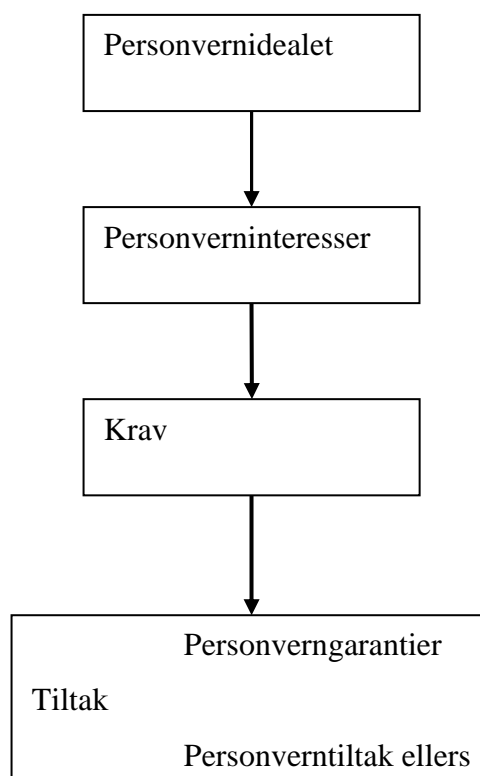
#### **2.1.2 Personvern**

Hensynet til personvernet er den enkelte pasients interesse i å ha kontroll over de helseopplysninger som blir lagret om vedkommende. Dette innebærer et krav til at helseopplysningene ikke spres med mindre dette kommer vedkommende til nytte i et helsemessig perspektiv.

Personvern hensynet kommer direkte frem i helsepersonelloven § 1 om ”sikkerhet for pasienten”, og er uttrykkelig nevnt i helseregisterloven § 1. Det synes klart at personvern er et begrep som utvikler seg i tråd med utviklingen i samfunnet. Det moderne personvern knytter seg i dag til databehandling av personopplysninger i registre, mens det gamle hadde privatlivets fred, æresvern, og forbud mot brevbrudd som sentrale elementer. Hovedmålet for hensynet til personvern er imidlertid hovedsakelig det samme gjennom hele perioden, å sikre enkeltmennesket visse minimumsrettigheter når det gjelder mulighet til å ha selvbestemmelses- og medbestemmelsesrett over opplysninger som omhandler hvert individ i den private sfære.

Personvern har som sagt flere betydninger, og det kan være hensiktsmessig å se noen av disse i sammenheng for å forstå hva kjernen i temaet er.

Følgende figur illustrerer en måte å forstå personvernet på: <sup>3</sup>



*Figur 1*

---

<sup>3</sup> Hentet fra Schartum og Bygrave; Personvern i informasjonssamfunnet, en innføring i vern av personopplysninger, 2004, side 34.

Personvern er angitt som et ideal i denne sammenhengen. Det vil si at det er angitt som et høyere mål som samfunnet streber for å oppnå. Imidlertid er det slik at idealer sjelden kan oppfylles fullt ut. Dette skyldes hovedsakelig at andre idealer, som idealet til best mulig tilgjengelig helsebehandling for enhver som skulle trenge det, begrenser personvernidealet.

For det andre brukes personvern om garantier som sikrer en viss minimumsstandard av rettigheter på området. Dette kan være rettigheter og plikter gitt i lov, i medhold av lov, eller rettigheter som er utledet av rettspraksis eller internasjonale konvensjoner. For det tredje benyttes begrepet personvern om interesser og krav som stilles på det aktuelle området. Den dynamiske interesselæren er kjernen her. Den betegner de sidene av personvernet som er synliggjort og debattert i vårt samfunn gjennom tiden.

Krav konkretiseres av interessene, og begrunner deretter visse tiltak både innen lovgivning og sosialt.

Interesselæren er blant annet lagt til grunn av utvalgsflertallet i NOU 1993: 22 *Pseudonyme helseregistre*. Interesselæren sier primært noe om eksistensen av personverninteressene, og angir hvilke interesser som er antatt å ligge bak personvernet. Mindretallet i utvalget mente at interessene som blir presentert nedenfor ble avveiet etter prinsippet om at alle skulle få litt, og at det ikke ble satt opp noe perspektiv på hvordan interessene skulle avveies på en hensiktsmessig måte. De uttalte at slike avveininger og beslutninger oftest bygger på prioriteringer av ulike interesser ut fra en overordnet målsetting. Det forelå ingen uenighet om de interessene som lå til grunn for selve avveiningen, og disse blir derfor presentert her, i den grad de er interessante i forhold til framstillingens tema.

Teoriens individuelle del blir kort framstilt her, og denne går på at hvert enkelt individ må avveie hvilke interesser som er mest beskyttelsesverdige for dem. Individets selvbestemmelsesrett står her sentralt, og stikkord for interessene er diskresjon, korrekte og fullstendige opplysninger, innsyn i egen informasjon, en borgervennlig administrasjon og vern mot maktmisbruk og urimelig kontroll.

Følgende individuelle interesser ble lagt til grunn i NOU 1993:22 *Pseudonyme helseregistre*:

For det første er det retten hvert enkelt individ har til å være *i fred*. Dette innebærer en rett til å være *i fred* for inngrep fra samfunnet, og andre individer, slik at fri livsutfoldelse sikres på en akseptabel måte, samtidig som det sikrer at hver enkelt person får et mentalt ”rom” der man kan definere og tenke for seg selv. Samtykke fra den det gjelder, kan berettige kontroll eller innsyn i dette ”rommet”. Spesielt helseopplysninger er for mange sensitive opplysninger som de foretrekker å holde for seg selv.

For det andre legges det vekt på retten til selvbestemmelse. I helsevesenet er det behov for å registrere opplysninger om pasientene dersom de trenger, og ønsker behandling. Interessen i selvbestemmelse innebærer etter dette ikke nødvendigvis full selvbestemmelse, men selvbestemmelsesrett til om opplysninger skal brukes videre, utover den helsebehandling pasienten har gitt opplysningene til formål for.

For det tredje legges det vekt på kontroll og oversikt over opplysninger om seg selv. Dette begrunnes i at en omfattende flyt av personopplysninger, uten at den enkelte vet hvor opplysningene befinner seg, vil kunne redusere individets kontroll med sin egen tilværelse. I tillegg er kunnskap om opplysningene som til enhver tid er lagret om seg selv viktig for å sikre at informasjonen som er lagret er riktig.

For det fjerde er interessen i å være anonym for den enkelte ved sensitive personopplysninger et viktig moment. Dette gir hvert enkelt individ retten til å velge hvordan de vil framstå som individ i samfunnet. Denne retten forutsetter at registreringen av sensitive personopplysninger ikke blir så omfattende at samfunnet på dette området blir gjennomskiktig. Det er som moment fem viktig å hindre at det blir en slik gjennomskiktighet i samfunnet.

For det sjette er interessen i å ha beskyttet kommunikasjon, med de personer enkeltmennesket ønsker, viktig. Dette er en rett til diskresjon, slik at den enkelte kan ha tillitt til at informasjonen de betror til andre ikke blir ført videre. Spesielt viktig er dette i forhold til helsepersonell, da disse er avhengige av så mye relevant informasjon som

mulig for å kunne gi en optimal behandling. Som en følge av dette forteller pasienter ofte ting til behandlere som ingen andre har kunnskap om. Det er viktig at pasienten kan stole på at disse opplysningene ikke kommer videre ved at de blir brukt til andre formål enn det de er ment for. Pasienten må ha en reell mulighet for å hindre overføring av sensitiv informasjon til andre.

For det syvende har hvert enkelt individ en interesse i å ha et riktig personbilde av seg selv. Dette oppnås ved at det som er registrert om den enkelte er korrekt informasjon. Faren ved å overføre informasjon om den enkelte pasient blir større dersom det viser seg at informasjonen om den enkelte ikke er riktig. Dette kan blant annet føre til feilbehandling av pasienten på et senere tidspunkt. Denne avhandlingen er imidlertid avgrenset mot hva slags informasjon som blir lagret i pasientregistrene.

### 2.1.3 Behovet for kunnskap i samfunnet

Samfunnet som fellesskap har i tillegg en interesse av at det finnes best mulige opplysninger om de ulike sykdommene som eksisterer i vår del av verden. Det er nødvendig med slik kunnskap for å kunne yte aktiv og relevant helsehjelp til befolkningen. For at dette skal være gjennomførbart må det bedrives aktiv forskning på helseområdet. Behovet for kunnskap kan utledes direkte fra helsepersonelloven § 1 og helseregisterloven § 1.

Behovet betinger en tilgang på informasjon om individers helseplager, og løses i mange tilfeller gjennom en anonymisering av pasientidentifikasjon. I tillegg trenger det offentlige system tilgang på informasjon om pasientflyt i helsevesenet for å kunne planlegge og administrere dette på best mulig måte. Dette hensynet tar jeg ikke ytterligere for meg i denne avhandlingen.

### 2.1.4 Behovet for god datakvalitet

God datakvalitet er nødvendig for å bygge opp en god og riktig helsefaglig kunnskap, og kan også utledes direkte av helsepersonellovens og helseregisterlovens formålsbestemmelser.

Behovet for god datakvalitet er felles for alle de tidligere nevnte hensynene. For pasientinteressen og personvernet er det viktig at de beslutninger som treffes, bygger på

et fullstendig og riktig grunnlag. Lagres det uriktige opplysninger som ikke blir rettet i registrene kan dette føre til feil som i verste fall kan være uopprettelige.

### 2.1.5 Avveining av hensynene

Hensynet til pasienten og hensynet til personvernet er ikke alltid godt forenlige, men i de fleste tilfeller er de heller ikke direkte uforenlige. I Ot.prp. nr 5 (1999-2000), uttales det på side 60 at det er en misoppfatning at det i mange permanente situasjoner, der personvern står mot helsefaglige behov, at problemet må løses ved en avveining mellom de ulike hensynene. Samme sted står det imidlertid at ved motstrid mellom personvernet og andre interesser, skal det svært tungtveiende grunner til for at personvernet skal vike. Jeg finner at dette er noe selvmotsigende. I alle tilfeller må konklusjonen på hvilket hensyn som er mest tungtveiende, komme etter en avveining av hensynene, som etter omstendighetene kan slå ut i ulike retninger.

Ved akutte situasjoner der det står om liv eller død, eller situasjoner der det er fare for alvorlige og varige men, må det sies å foreligge slike tungtveiende grunner som nevnt overfor. Visse personverninteresser må derfor i slike situasjoner vike for behovet for nødvendig medisinsk behandling. En ytterligere avveining av interessene i tilknytning til tilgang til pasientinformasjon på tvers av helseforetak vil bli foretatt ved vurderingen av de enkelte bestemmelser.

## 2.2 Helseregisterloven

I det følgende skal jeg vurdere hvilke regler som er gjeldende og avgjørende ved utlevering av helseopplysninger i journal på tvers av helseforetak. Dette gjøres ved en behandling av helseregister- og helsepersonellovens bestemmelser.

Helseregisterloven er en særlov i forhold til bestemmelsene i Lov om behandling av personopplysninger av 14.april 2000, nr. 31 (heretter personopplysningsloven), ved at den gjelder en spesiell type personopplysninger. Personopplysningsloven kan på denne måten være retningsgivende for tolkingen av helseregisterloven der bestemmelsene ikke finnes i denne loven. For det foreliggende tema er det imidlertid ikke behov for dette. Norge har gjennom EØS-avtalen forpliktet seg til å følge prinsippene i EUs direktiv om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og

utveksling av slike opplysninger, (95/46/EF).<sup>4</sup> Formålet med direktivet var å etablere felles reguleringsprinsipper og ensartet vern for behandling av personopplysninger i EU. Både personopplysningsloven og helseregisterloven bygger på prinsippene i dette direktivet. Direktivet blir ikke behandlet ytterligere her.

### 2.2.1 Helseregisterlovens formål

Helseregisterloven skal i følge ordlyden i § 1 oppfylle flere formål. For det første skal loven bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. For å kunne gi en slik forsvarlig og effektiv helsehjelp må alle nødvendige og relevante opplysninger være tilgjengelig for helsepersonell der og når det er behov for dette, slik at pasienten i hvert tilfelle får best mulig tilgjengelig behandling.

For det andre skal loven sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet og privatlivets fred.

Helseopplysningene må etter dette behandles på en måte som sikrer diskresjon og fortrolighet mellom pasient og helsepersonell. God kvalitet både på innsamling og lagring av opplysningene er viktige momenter, men vil ikke bli behandlet ytterligere her. En avveining av formålene er nødvendig i forhold til den enkelte bestemmelse.

### 2.2.2 Hensynene bak helseregisterloven

Helseregisterloven skal hovedsakelig ivareta hensynene til pasientinteressen, personvernet, behovet for kunnskap, og god datakvalitet.<sup>5</sup>

Hensynet til pasientinteressen får imidlertid ikke like mye vekt som hensynet til personvernet i utgangspunktet. Lovens formål sikrer at personvernet setter grenser for direkte tilgang til informasjon i det enkelte register. Dette gjelder også i noen tilfeller der pasientinteressen taler for direkte tilgang.

---

<sup>4</sup> EØS komiteens beslutning nr. 83/1999 av 25.juni 1999.

<sup>5</sup> Se Ot.prp. nr 5 (1999-2000).



### 2.2.3 Definisjoner

For at det skal være lettere å danne seg et bilde av den rettslige situasjonen er det visse ord og uttrykk i loven som krever definisjon. Disse er definert i loven, og legaldefinisjonene gjengis kort med noen bemerkninger her.

For det første gjelder dette ordet ”helseopplysninger”. I følge helseregisterloven § 2 nr 1 defineres dette som ”taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold eller av betydning for helseforhold, som kan knyttes til en enkeltperson”. Helseopplysninger er ut fra dette å regne som en gruppe personopplysninger. Med uttrykket ”enkeltperson” menes i følge Ot.prp. nr 5 (1999-2000) side 178, person som direkte eller indirekte kan identifiseres ved hjelp av navn, identifikasjonsnummer eller andre kjennetegn som er spesielle for personens fysiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet. Typiske helseopplysninger er opplysninger om enkeltpersoner i behandlingsrettet pasientjournal. Denne oppgaven omhandler personidentifiserbare opplysninger i pasientjournal til behandlingsformål, og omfattes klart av begrepet helseopplysninger. Hvorvidt andre grupper opplysninger også faller inn under begrepet vil ikke bli behandlet her.

Et ”behandlingsrettet helseregister” er i følge helseregisterloven § 2 nr 7, en ”pasientjournal eller et annet register som har til formål å gi grunnlag for handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål i forhold til den enkelte pasient og som utføres av helsepersonell, samt administrasjon av slike handlinger”. Pasientjournaler som lagres i det enkelte helseforetak med behandlingsformål benyttes nettopp til dette, og omfattes dermed av definisjonen.

”Databehandlingsansvarlig” for opplysningene er etter helseregisterloven § 2 nr 8 definert som den som ”bestemmer formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes, hvis ikke databehandlingsansvaret er særskilt angitt i loven eller i forskrift i medhold av loven”. Den databehandlingsansvarlige er i praksis i helseforetakene i dag en juridisk person, altså styret for det enkelte helseforetaket. Det fremgår av Ot.prp. nr 5 (1999-2000) side 181, at ansvaret for å

gjennomføre den databehandlingsansvarliges oppgaver ligger hos virksomheten som sådan, representert ved virksomhetens ledelse.

”Databehandler” blir definert på samme måte i helseregisterloven og personopplysningsloven. Helseregisterloven § 2 nr 9, og personopplysningsloven § 2 nr 5 har nesten samme ordlyd. Den eneste forskjellen er at personopplysningsloven benytter ordet ”personopplysninger” mens helseregisterloven benytter ”helseopplysninger”. ”Helseopplysninger” er en gruppe sensitiv personinformasjon, og helseregisterloven regulerer denne typen informasjon. Databehandler er etter dette, i de tilfeller der det dreier seg om pasientjournaler til behandlingsformål, den som behandler helseopplysningene på vegne av databehandlingsansvarlig. Begrepet er vidt og omfatter i følge Ot.prp. nr 5 (1999-2000) side 181, alt personell som behandler, eller på annen måte kommer i kontakt med helseopplysninger i helsetjenesten. Helsepersonell som kommer i kontakt med helseopplysninger gjennom sitt arbeid omfattes etter dette klart av definisjonen. Dette gjelder både dersom de tilegner seg informasjonen internt innen det aktuelle helseforetak, og eksternt fra et annet helseforetak.

”Den registrerte” er etter helseregisterloven § 2 nr 10 den som helseopplysningene kan knyttes til. Personopplysningsloven § 2 nr 6 har en tilsvarende definisjon i forhold til personopplysninger generelt. Den registrerte brukes i loven om alle tilfeller der informasjon er innsamlet og oppbevart. Helseopplysningene trenger med andre ord ikke å være lagret på en spesiell måte for at personen som kan identifiseres ut fra dem kalles den registrerte.

”Samtykke” er i helseregisterloven § 2 nr 11 definert som en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar at helseopplysninger om seg selv blir behandlet. Alle de tre vilkårene må være oppfylt for at det skal foreligge et samtykke etter loven. Det er ikke satt noe annet formkrav til samtykket. Det vil si at det kan gis både skriftlig og muntlig. Av hensyn til at slike samtykker i noen tilfeller vil måtte etterprøves eller bevises av helsevesenet vil det imidlertid være en fordel å ha et skriftlig nedtegnet samtykke, da dette lettere lar seg redgjøre for enn et muntlig samtykke. Dette gjelder for eksempel i forhold til erstatningssaker og liknende mot behandlingsinstitusjon, men vil ikke bli behandlet ytterligere her.

#### 2.2.4 Helseregisterloven § 13

Helseregisterloven § 13 lyder; ” 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 det er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.”

Problemstillingen er i denne sammenheng hvorvidt situasjoner der pasientopplysninger blir utlevert på tvers av helseforetak, og herunder om direkte tilgang i helseregistrene, faller inn under bestemmelsen.

Databehandler er tidligere definert i samsvar med helseregisterloven § 2 første ledd nr 9 som den som behandler helseopplysninger på vegne av databehandlingsansvarlig.

Tilgang til helseopplysningene i registeret kan etter ordlyden bare gis til databehandlingsansvarlig, databehandler eller den som arbeider under deres instruksjonsmyndighet. Ut fra ordlyden i bestemmelsen ser det ut til at det er tilstrekkelig til å få lovlig tilgang at vedkommende arbeider enten under databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet. En ren tolking av ordlyden kan her tyde på at databehandler ikke nødvendigvis trenger å arbeide under den databehandlingsansvarliges arbeidsrettslige instruksjonsmyndighet. Definisjonen av databehandler krever heller ikke nødvendigvis noen slik arbeidsrettslig instruksjonsmyndighet. Helseregisterloven § 18 krever at det må foreligge en skriftlig avtale mellom databehandlingsansvarlig og databehandler. Et ordnet avtaleforhold mellom databehandlingsansvarlig og databehandler er etter dette nødvendig. Bestemmelsen sier at databehandler ikke kan behandle helseopplysninger på annen måte enn det som er bestemt i en skriftlig avtale med databehandlingsansvarlig. Av dette kan det utledes at det må foreligge en form for avtalebasert instruksjonsforhold mellom databehandlingsansvarlig og databehandler.

Det fremgår ikke mer av Ot.prp. nr 5 (1999-2000) om helseregisterloven § 13 enn det som kan dras direkte ut av ordlyden. Problemstillingen rundt forholdet mellom databehandlingsansvarlig og databehandler er ikke vurdert, foruten at det er sagt at det må foreligge en skriftlig avtale mellom de to i samsvar med § 18.

Det er heller ikke gitt noen ytterligere definisjoner av hvordan instruksjonsmyndigheten mellom databehandlingsansvarlig eller databehandler og bruker skal være, foruten at dette i de fleste tilfeller betinger at det foreligger en form for arbeidsavtale mellom de to parter. Instruksjonsmyndighet innenfor helsesektoren kommer i stor grad gjennom arbeidsavtaler, enten faste eller midlertidige. Det kan imidlertid også dreie seg om avtaler for selvstendige oppdragstakere. Disse blir imidlertid ikke behandlet ytterligere her, da all form for bruk av pasientjournal til behandlingsformål for pasienten omfattes av loven.

Det kan etter dette tenkes at loven åpner for tilgang på tvers av helseforetak så lenge det foreligger en avtale mellom databehandlingsansvarlig og databehandler. Dette avhenger imidlertid av hvem som er riktig databehandlingsansvarlig etter loven.

Datatilsynet har gjennom arbeid sammen med Helsedepartementet kommet til at det er styret i det enkelte helseforetak som må regnes som riktig databehandlingsansvarlig etter loven.<sup>6</sup> Det har på dette punktet ikke vært mulig å få noen konkret begrunnelse fra Helsedepartementets side, men informasjonen fra Datatilsynet tyder på at resultatet bygger på to forhold. Det er for det første en klar fordel å ha databehandlingsansvarlig i så nær kontakt med databehandler og selve behandlingen av helseopplysninger som det i praksis lar seg gjøre. De enkelte helseforetakene er som ledere av sine foretak nære nok til å ha en reell kontroll med hvordan helseopplysningene blir behandlet. Dette styrker vernet om helseopplysningene i motsetning til å definere hver helseregion som databehandlingsansvarlig, da dette fører ansvaret lengre unna de enkelte sykehus. For det andre faller det naturlig at styret i hvert helseforetak er databehandlingsansvarlig etter loven fordi de er tillagt søksmålskompetanse, og er juridisk ansvarlige for handlinger foretatt innenfor foretaket. Av denne grunn vil det være noe unaturlig å legge hovedansvaret for behandling av personopplysninger til andre instanser. På bakgrunn av personvern hensyn som ligger til grunn for loven finner jeg at hvert helseforetak ut fra disse punktene nå utgjør den sikreste løsningen av spørsmålet om hvem som skal regnes som riktig databehandlingsansvarlig, med hensyn til kvaliteten på databehandlingen.

Helseregisterloven § 13 annet punktum fastsetter en begrensning i tilgangen til helseopplysninger. Tilgang skal bare gis i den grad det er nødvendig for vedkommendes

---

<sup>6</sup> Se referat fra samtale med Sverre Engelschiøn i vedlegg.

arbeid, og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. ”Tilgang” i denne sammenheng må bety tilgang direkte i helseregisteret til helseopplysninger. Dette harmonerer også med lovens formål som er å gi helsetjenesten informasjon og kunnskap, uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. I vårt samfunn i dag med mye reiseaktivitet blant befolkningen kan det ikke forventes at pasienter holder seg innenfor området for det samme helseforetaket til enhver tid. Den alternative betydningen av ordet ”tilgang” er i denne sammenheng tilgang til alle helseopplysninger, vil ikke etter dette ikke være i tråd med lovens formål.

Helseregisterloven § 13 gjelder etter dette den interne tilgangen i hvert helseforetak direkte i det elektroniske helseregisteret, og det foreligger ingen holdepunkter for at det skal kunne trekkes direkte slutning ut fra bestemmelsen når det gjelder eksterne forhold. Med ”intern tilgang” til helseregisteret menes i denne sammenheng tilgang innad i hvert enkelt helseforetak, med andre ord tilgang under hver enkelt databehandlingsansvarlig. Dette støttes også av bestemmelsens overskrift som er ”Tilgang til helseopplysninger i den databehandlingsansvarliges og databehandlers institusjon”. Om helseopplysninger kan bringes ut av foretaket, og på hvilken måte dette kan skje, må derfor vurderes ut fra andre bestemmelser. § 13 vil imidlertid kunne være et tolkingsmoment for å fastsette harmoni i lovverket i forhold til enkelte bestemmelser.

#### 2.2.5 Helseregisterloven § 12

Helseregisterloven § 12 gjelder etter sin ordlyd sammenstilling av helseopplysninger om samme pasient i ulike behandlingsrettede registre. Spørsmålet er her om denne bestemmelsen alene regulerer ekstern tilgang på tvers av helseforetakene direkte i elektronisk register. Det er ikke i ordlyden satt begrensninger i forhold til om registeret opplysningene skal utleveres til, er innenfor en bestemt virksomhet eller at opplysningene skal være til særskilte behandlingsformål. Den eneste begrensning ordlyden stiller gjelder utlevering til behandlingsrettet register.

Bestemmelsens ordlyd sier at ”helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient i annet behandlingsrettet helseregister”. Dette innebærer for det første et krav til at helseopplysningene må gå fra ett behandlingsrettet helseregister til et annet.

Av journalføringsplikten som for helsepersonell er nedfelt i helsepersonelloven § 39 jfr § 40 samt i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr 1385 §§ 7 og 8, kan det utledes at all informasjon helsepersonell får i forbindelse med behandlingsformål skal lagres i pasientjournalen. Dette gjelder både informasjon om behandling som er gitt, bakgrunnen for denne behandlingen, komplikasjoner og andre relevante fakta. Elektroniske pasientjournaler faller klart inn under betegnelsen behandlingsrettet helseregister, og helseopplysninger kan da utleveres mellom slike journaler.

For det andre inneholder ordlyden et krav til at helseopplysningene må være ment til ”sammenstilling” i et annet behandlingsrettet register. Ordet ”sammenstilling” er verken definert i helseregisterloven eller i personopplysningsloven. Ot.prp. nr 5 (1999-2000) sier på side 192 at hensikten med bestemmelsen er å gi helsepersonell som mottar opplysninger om en pasient muligheten til å sammenstille disse med opplysninger som de selv har samlet om pasienten, og som er nødvendig for å yte helsehjelp. Dette formålet og det faktum at ordet ”sammenstilles” er brukt taler for at bestemmelsen i utgangspunktet bare gir hjemmel for å sette opplysningene helsepersonellet mottar inn i et annet behandlingsrettet register. Bestemmelsen omhandler etter dette ikke selve retten til å utlevere helseopplysningene, men inneholder en forutsetning om at utlevering kan skje etter andre bestemmelser. Dersom dette ikke hadde vært tilfellet ville § 12 ikke gi noen selvstendig mening, da det uten utlevering av helseopplysninger heller ikke kan skje noen sammenstilling. Dette støttes i Ot.prp. nr 5 (1999-2000) på side 192, som uttaler at helsepersonells tilgang til helseopplysninger reguleres av helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Helseregisterloven § 12 gjelder dermed etter sin ordlyd i utgangspunktet bare retten til å sammenstille helseopplysninger fra ulike registre, og ikke tilgangen til disse opplysningene mellom helsepersonell.

#### 2.2.6 Helseregisterloven § 14

Helseregisterloven § 14 regulerer den eksterne tilgangen til helseopplysninger, ved at den etter ordlyden gir rett til å utlevere helseopplysninger.

Ordlyden i § 14 første ledd er noe uklar og kan ha dobbel betydning. Den sier at ”helseopplysninger kan utleveres eller overføres for sammenstilling som er tillatt

etter § 12". Dette kan for det første bety at helseopplysninger generelt kan utleveres, og at det på denne måten bare er sammenstillingen av opplysningene som henviser til § 12. For det andre kan betydningen være at helseopplysningene både kan utleveres og sammenstilles etter de begrensninger som § 12 setter. I lys av lovens formål fremstår det siste alternativet som det mest riktige, da dette både ivaretar personvernet og gir informasjon som er nødvendig for å yte tilfredsstillende helsehjelp.

Det kan imidlertid også tenkes situasjoner som berettiger en generell utlevering av informasjon. Eksempler på dette er de tilfeller som faller inn under nødrett, og ved samtykke fra pasienten. Her foreligger det meget tungtveiende hensyn for å gi helseopplysningene videre på tross av personvernet. På denne måten kan man tenke seg at begge alternativer er riktige. Lovens forarbeider sier ikke noe om dette forholdet.

Det ene alternativet utelukker imidlertid ikke det andre, og av denne grunn må det sies at bestemmelsen har dobbel betydning ved at den både hjemler en generell utlevering av helseopplysninger i nødrettssituasjoner og ved pasientens samtykke, og utlevering av informasjon etter de begrensninger som § 12 setter.

Helseregisterloven § 14 benytter ordet "utlevere" for å beskrive hvordan tilgang til helseopplysningene skal gis, og § 12 benytter "sammenstilles" om samme tema. Begge ordene er aktive og henviser til en aktiv handling. En aktiv overlevering er også best i samsvar med § 13 som bare tillater direkte tilgang internt i det enkelte helseforetak, §§ 12 og 14 viser imidlertid ikke til § 13, og av denne grunn, samt at § 13 gjelder tilgang internt i helseforetakene, er § 13 bare et moment som kan skape harmoni i tolkingen av de ulike bestemmelsene. §§ 14 jfr § 12 setter ingen begrensninger når det gjelder utlevering av informasjonen. Dette må bety at utlevering også kan skje på tvers av helseforetakene etter bestemmelsene om opplysningsrett i helsepersonelloven. Utlevering av helseopplysninger fra register må også skje innenfor rammene som helseregisterloven § 15 setter. Denne henviser til reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven, og fastsetter at utlevering bare kan skje så lenge det ikke foreligger et brudd på reglene om taushetsplikt. Løsningen må her bli den samme også dersom vi ser bort fra henvisningene i § 12 til helsepersonellovens bestemmelser, så lenge lovens formål er retningsgivende for tolkingen.

Kommentarutgave til helseregisterloven sier på side 93 at formålet med § 14 først og fremst er å gi et klart hjemmelsgrunnlag for å kunne utlevere sammenstilte opplysninger

til anonymisering, slik at opplysningene kan utleveres til forskere, helseplanleggere og liknende formål. Bestemmelsens ordlyd og forarbeider inneholder imidlertid ingen reservasjon i forhold til dette, og bestemmelsen må etter dette gjelde også utlevering av helseopplysninger til annet behandlende personell. Helseregisterloven § 14 jfr. § 12 inneholder ingen begrensninger i hvem som kan være mottakere av helseopplysningene, men henviser direkte til helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45 når det gjelder retten til å utlevere helseopplysninger. Det er bare §§ 25 og 45 som blir behandlet ytterligere her, da § 26 ikke omfatter utlevering av opplysninger til behandlingsformål.

Av ordlyden i § 14 jfr. § 12 går det etter dette direkte fram at utlevering for sammenstilling av helseopplysninger til behandlingsformål reguleres av helsepersonellovens regler med de begrensninger som helseregisterloven § 12 og taushetsplikten setter.

## 2.3 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell med videre avløste tidligere lover for hver særskilt yrkesgruppe innen helsesektoren.

### 2.3.1 Helsepersonellovens formål

Helsepersonelloven § 1 sier at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Dette innebærer å sikre at pasienten får en best mulig tilgjengelig behandling, uten at dette skjer på bekostning av personvernet. Formålet er forsøkt gjennomført i loven ved at det er felles bestemmelser for alle grupper helsepersonell som inngår i en behandlingssituasjon. Loven regulerer alle yrkesgrupper som opptrer på samme arena, med samme overordnede mål og i forhold til samme målgruppe. Det er på denne måten lettere for både pasienter og helsepersonell å gjøre seg kjent med sine rettigheter og plikter.

### 2.3.2 Hensyn bak helsepersonelloven

Helsepersonelloven ivaretar først og fremst pasientens interesse i å få en best mulig behandling i helsevesenet. På samme tid blir imidlertid hensynet til personvernet ivaretatt gjennom lovens bestemmelser om taushetsplikt. Loven inneholder imidlertid



flere bestemmelser som gir opplysningsrett, og –plikt i enkelte situasjoner, der personvern hensyn skulle tilsi at helseopplysningene ikke blir formidlet videre.

### 2.3.3 Definisjoner

For å få full forståelse av reglene i loven trengs en definering av enkelte ord.

Legaldefinisjonene som er relevante etter temaet blir derfor gjennomgått kort med enkelte kommentarer her.

Med ”helsepersonell” menes etter § 3 første ledd nr 1, personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49. § 48 regner opp alle grupper av helsepersonell som omfattes av autorisasjonsordningen. Dette er blant annet leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, helsesekretærer og andre som inngår i behandlingsprosessen av en pasient. Autorisasjon gis etter bestemmelsens andre ledd til den som har bestått godkjent eksamen i vedkommende fag, samt oppfyller visse andre krav til alder og praktisk erfaring. Elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp omfattes også av betegnelsen helsepersonell etter § 3 første ledd nr 3. Etter dette omfattes både alt personell som medvirker til behandling eller annen helsehjelp, og de som kommer i kontakt med helseopplysninger i forbindelse med en slik behandling, av loven.

Helsepersonelloven § 3 tredje ledd definerer ”helsehjelp” som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell. Med andre ord omfatter helsehjelp all form for behandling og assistanse et sykehus måtte gi i forbindelse med et individs sykdom fysisk og psykisk, samtidig som forebygging av eventuell sykdom også dekkes av definisjonen.

Med ”helseinstitusjon” menes etter § 3 fjerde ledd institusjon som hører under lov om spesialhelsetjenesten<sup>7</sup> og lov om kommunehelsetjenesten<sup>8</sup>. Spesialhelsetjenesteloven regulerer i følge lovens § 2-1a, første ledd nr 1 sykehustjenester som er det aktuelle i denne oppgaven.

---

<sup>7</sup> Se lov 2. juli 1999 nr 61, spesielt § 2-1 litra a.

<sup>8</sup> Se lov 19. november 1982 nr 66.

### 2.3.4 Hovedregelen om taushetsplikt

Helsepersonelloven § 21 inneholder hovedregelen om taushetsplikt, og sier at helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold, eller andre personlige forhold som de får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell. Dette betegnes som den profesjonsbestemte taushetsplikt i motsetning til forvaltningsmessig taushetsplikt som ikke vil bli behandlet her. Årsaken til dette er at lovgiver har valgt at alt personell som kommer i kontakt med helseopplysninger omfattes av bestemmelsene i helsepersonelloven, i motsetning til at noe personell skulle hatt taushetsplikt etter forvaltningslovens bestemmelser. Dette gir en mer enhetlig og lettfattete oversikt over taushetsbestemmelsene.

Taushetsplikten er en lovbestemt innskrenkning i ytringsfriheten som er fastslått i Grunnloven av 1814 § 100. Dette blir imidlertid ikke behandlet ytterligere her.

Helseopplysningene som blir behandlet her er lagret i en pasientjournal og utleveres til behandlingsformål til annet helsepersonell, og spørsmålet er om § 21 tillater direkte tilgang i elektronisk register på tvers av helseforetak. Helsepersonellovens regler om plikt til å føre journal, og bestemmelsene om hva en journal skal inneholde blir ikke behandlet ytterligere her.

Taushetsplikten i helsevesenet verner om individets private interesser og begrunnes i ønsket om beskyttelse av enkeltindividers forhold og private sfære. På denne måten utgjør den et sentralt element i personvernet. I følge Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 83 er respekten for enkeltindividers personlige integritet, og interessen av å ikke få sin anseelse forringet utad, det bærende prinsipp bak lovens bestemmelser om taushetsplikt. Dette er en del av hensynet til personvern som er behandlet tidligere i denne framstillingen.

I tillegg begrunnes taushetsplikten med at det skal være en reell mulighet for pasienten å få behandling. Dersom helsepersonell ikke hadde hatt taushetsplikt ville kanskje mange unnlatt å søke hjelp for sine helseplager i frykt for at informasjon om dem kunne spres, og eventuelt misbrukes. Dette ville også vært en stor økonomisk belastning for samfunnet. Det er av denne grunn et mål for helsetjenesten at flest mulig med helseplager skal oppsøke helsepersonell for å få hjelp. Taushetsplikten brukes på denne

måten for å få et trygghetsforhold mellom pasient og behandlende personell. En slik trygghet er dessuten i de fleste tilfeller nødvendig dersom pasienten skal få en tilfredsstillende behandling, fordi informasjon om pasienten er viktig for behandlingen.

Ordlyden i § 21 inneholder både en passiv plikt for helsepersonell til å tie om helseopplysninger, og en aktiv plikt til å hindre at andre får tilgang til den taushetsbelagte informasjonen, men den inneholder ikke et forbud mot å motta taushetsbelagte opplysninger. Bestemmelsen regulerer med andre ord bare helsepersonells plikt til å hindre at taushetsbelagt informasjon blir ført videre til personer uten rettmessig tilgang. Når det gjelder direkte tilgang i elektronisk register på tvers av helseforetak, stenger taushetsplikten i utgangspunktet for dette, på samme måte som den stenger for overføring av helseopplysninger på annen måte. I de tilfeller som faller inn under helsepersonellovens bestemmelser om opplysningsrett og –plikt, er det imidlertid ikke momenter her som taler mot en direkte tilgang i et elektronisk register. Dersom det registeret som i dag forligger kan suppleres med hensyn til tilgangssperrer som skjerner informasjon som det ikke er tillatt å gi ut etter bestemmelsene om opplysningsrett, er ikke direkte tilgang i registeret på tvers av foretak et brudd på taushetsplikten.

Bestemmelsens ordlyd gir ikke et klart svar på hvilken informasjon som omfattes av bestemmelsen. ”Opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold” henviser etter ordlyden til fysiske og psykiske forhold knyttet til den enkelte persons legeme. ”Personlige forhold” er imidlertid et mer uklart og vidt begrep. I vanlig tale har ”personlige forhold” betydningen forhold som er knyttet til den enkelte person. Det må bety forhold som ikke er felles for alle i samfunnet, men som forteller noe om den enkelte person. Dette kan være opplysninger om sosiale forhold, økonomi og liknende.

Det har i tillegg vært diskutert om det faktum at en pasient er innlagt på en helseinstitusjon, i seg selv må regnes som taushetsbelagte opplysninger. En innleggelse kan i enkelte tilfeller si mye om pasientens personlige forhold, og må sådan omfattes av lovens ordlyd. For eksempel der dette skjer innenfor sykehus med særlig spesialkompetanse innen et felt, som for eksempel Radiumhospitalet og liknende.

I andre tilfeller vil imidlertid ikke disse opplysningene ha noen betydning, der det for eksempel bare er tale om en innleggelse på et stort regionssykehus. Der det er grunn til å tro at pasienten ikke ønsker at slik informasjon skal utleveres, må pasientens ønske ut fra den enkeltes selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv, være retningsgivende for helsepersonellet.

Det er ingen tvil om at taushetsbestemmelsen gjelder for alle helseopplysninger som helsepersonell får i sitt arbeid i helseinstitusjoner. Jeg vil imidlertid ikke ta opp problemet om opplysninger som mottas av helsepersonell må være personlige før de faller under taushetsplikten.

### 2.3.5 Bestemmelser om opplysningsrett

Hovedregelen om taushetsplikt i helsepersonelloven § 21 blir supplert av flere etterfølgende bestemmelser som sikrer helsepersonell nødvendig tilgang til informasjon med behandlingsformål, og for samhandling mellom helsepersonell. De relevante bestemmelsene vil bli behandlet i det følgende. Bak bestemmelsene som gir helsepersonell opplysningsrett, ligger hensynet og ønsket om å kunne gi pasienten best mulig behandling. Samtidig er pasientens selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv fremtredende ved bestemmelsen om samtykke fra pasienten. Spørsmålet i det følgende er om noen av disse bestemmelsene alene åpner for direkte tilgang i elektronisk register på tvers av helseforetak.

#### 2.3.5.1 Samtykke

Helsepersonelloven § 22 første ledd slår fast at taushetsplikt etter § 21 ikke er ”til hinder for at opplysningene gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker”. I vårt tilfelle betyr dette at informasjon som er lagret om en pasient kan videreføres til andre helseforetak dersom pasienten samtykker til dette. Bestemmelsen gir på denne måten uttrykk for den rådighet pasienten har over informasjon om seg selv. Begrunnelsen for taushetsplikten er personens eget vern om den personlige integritet, og unntaket ved samtykke er etter dette godt begrunnet.

Ordlyden i § 22 sier ikke noe om kravene til et gyldig samtykke, men uttrykker at samtykket må gjelde både hvilken informasjon som kan utleveres og hvem som

samtykkes i å være mottaker av informasjonen. Det er her nærliggende å legge vekt på pasientrettighetsloven av 2.juli 1999 §§ 4-1 til 4-3. Disse bestemmelsene setter opp informasjon om det samtykket gjelder, som et krav for at samtykket skal være gyldig. Et gyldig samtykke etter helsepersonelloven må også være et informert samtykke. Pasientrettighetsloven § 4-2 inneholder krav til samtykkets form. Samtykket kan etter dette både være uttrykkelig og stilletiende fra pasienten. Gyldig stilletiende samtykke forutsetter imidlertid at pasientens oppførsel eller omstendigheter rundt pasienten gjør det sannsynlig at samtykke vil bli gitt.

”Samtykke” er i helseregisterloven § 2 første ledd, nr 10, definert som en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han godtar behandling av helseopplysninger om seg selv. Noen av disse vilkårene er også gjeldende for et samtykke etter helsepersonelloven § 22 første ledd etter Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 228. For at et samtykke skal være gyldig etter helsepersonelloven må vedkommende som skal samtykke ha fått informasjon om hvilke opplysninger det gjelder, hvordan disse skal anvendes og eventuelle konsekvenser av samtykket.

Et samtykke trenger ikke å være skriftlig. Det er heller ikke nødvendig at det er uttrykkelig gitt i alle situasjoner. Dersom det åpenbart er i pasientens interesse, men vedkommende ikke er i stand til å samtykke, kan samtykke presumeres. Dette er imidlertid et snevert unntak fra kravet om informert samtykke. Proposisjonen bemerker på dette punkt at ”åpenbart” i denne sammenheng betyr utvilsomt. Det er i alle tilfeller viktig at samtykke blir gitt under omstendigheter som sikrer at det skjer frivillig, etter en overveielse, og med oversikt over konsekvensene fra samtykkerens side.

Bestemmelsen bruker uttrykket ”gjøres kjent for” om måten helseopplysningene blir overført på. Dette innebærer en aktiv handling fra helsepersonellens side enten ved at det aktivt i hvert tilfelle blir åpnet tilgang direkte i registeret eller ved at helseopplysningene blir overlevert på annen aktiv måte. Lovens forarbeider sier ingenting om kravet til videreføringens form. Det er derfor relevant med en avveining av de relevante hensyn som ligger bak bestemmelsen.

Hensynet til pasienten tilsier i denne sammenheng at direkte tilgang i registeret kan åpnes ved samtykke fra den registrerte. Det er med direkte tilgang lettere for behandler

å få den informasjonen han trenger, samt at det er mindre tidskrevende enn overføring på annen måte. I akutte situasjoner kan det tenkes tilfeller der en slik direkte tilgang vil være avgjørende for pasientens liv og helse.

Retten til å bestemme over informasjon om seg selv, som er begrunnelsen for bestemmelsen, taler også for at det kan åpnes en direkte tilgang i registeret der pasienten samtykker. På denne måten får pasienten en reell selvbestemmelsesrett over hvem som skal ha tilgang til informasjonen, i motsetning til at helsepersonell fra andre helseforetak utelukkes automatisk. Tilgangen må imidlertid underlegges strenge begrensninger og kontroll slik at pasienten sikres at det er hans faktiske samtykke som er årsaken til tilgangen på informasjon. Slik tilstanden er i dag registreres all informasjon om pasienten i en felles journal, i mange tilfeller elektronisk via en database. Det er vanskelig å lage systemer som åpner spesielle deler av journalen, mens andre holdes lukket, i tillegg til en begrensning i hvem som skal ha tilgang til informasjonen. Dette skyldes at det ikke vil være mulig å stille opp standardløsninger med bakgrunn i at alle registrerte har forskjellige betingelser for sine samtykker. En direkte tilgang som kan misbrukes, og som ikke sikrer at det virkelig er pasientens gyldige samtykke som ligger til grunn for tilgangen, gir fare for misbruk av sensitive opplysninger. En for enkel tilgang vil heller ikke være i samsvar med taushetsplikstens krav til at helsepersonell aktivt skal hindre at andre får kjennskap til informasjonen. Et rent samtykkebasert register ville løse disse problemene langt på vei ved at det bare ville bli lagret informasjon som pasienten samtykker i at blir videreført, og at det er mulig å legge inn begrensninger i hvem som får tilgang. Skulle det derimot finnes løsninger som innebærer samme grad av sikkerhet i de registre som finnes i dag taler ikke bestemmelsen mot at direkte tilgang i et slikt register skal være tillatt.

Med bakgrunn i faren for misbruk av helseopplysninger og det faktum at det ikke lar seg gjøre å avgrense direkte tilgang på tvers av foretakene etter samtykke automatisk, og at informasjonen kommer frem til behandler også ved aktiv overlevering, finner jeg at hensynet til personvernet må veie tyngst når det gjelder direkte tilgang i registrene slik de er i dag. Bestemmelsen må imidlertid tolkes i lys av de andre helselovene. I dette tilfellet er det helseregisterloven som er relevant. Helseregisterlovens bestemmelser omhandler bare direkte tilgang internt i hvert helseforetak, og gir ingen tillatelse til direkte tilgang på tvers av helseforetakene. I lys av dette bør § 22 tolkes slik at den ikke

åpner for direkte tilgang i registrene på tvers av foretakene. Datatilsynet mener nettopp at bestemmelsen i lys av helseregisterloven som ikke tillater direkte tilgang i registeret på tvers av helseforetakene, må tolkes slik at den inneholder en aktiv plikt til å overlevere informasjonen.

Etter en avveining av de momenter som er behandlet overfor kommer jeg med størst vekt på hensynet til personvernet, og en harmoniserende tolking med helseregisterloven, til at helsepersonelloven § 22 tillater helsepersonell å formidle helseopplysninger fra journal på tvers av helseforetakene, der pasienten har gitt gyldig samtykke til dette eller det kan presumeres samtykke, der dette skjer ved en aktiv overlevering av informasjonen, slik registrene er i dag. Dersom det skulle finnes tekniske løsninger som sikrer at det er pasientens samtykke som ligger til grunn for en direkte tilgang på tvers av helseforetakene, må imidlertid pasientens rett til selvbestemmelse over informasjon om seg selv veie tyngst, og direkte tilgang bør da tillates. Muligheten for et samtykkebasert register vil bli vurdert ytterligere under kapitlet om forholdet mellom helseregisterloven og helsepersonelloven, men helsepersonelloven åpner alene for direkte tilgang i et slikt elektronisk register.

#### 2.3.5.2 Tungtveiende private eller offentlige interesser

Helsepersonelloven § 23 åpner for opplysningsrett i fem ulike situasjoner.

Bestemmelsens punkt 4 er den relevante bestemmelsen i denne sammenheng.

Bestemmelsen sier at taushetsplikt etter § 21 ikke er til hinder for at helseopplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør dette rettmessig.

Bestemmelsens ordlyd viser her at det må skje en avveining av interesser før det avgjøres om den kan anvendes i det konkrete tilfellet. Det at ordlyden bruker uttrykket ”tungtveiende private eller offentlige interesser” innebærer at det etter en interesseavveining kreves at det minst foreligger en likevekt mellom hensynene som taler for å gi helseopplysninger videre, og personvernet som taler for det motsatte. Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 228-229, sier at hensynet til å bryte tausheten må veie vesentlig tyngre enn hensynet til å bevare taushet dersom bestemmelsen skal få anvendelse. Dette kan derimot ikke være riktig da dette betyr at hensynet til å bryte tausheten i utgangspunktet ikke veier tungt. Hensynet til å bryte tausheten begrunner

seg i pasientens ønske om å få best mulig behandling, og er i utgangspunktet også et tungtveiende hensyn.

Bestemmelsen omfatter i følge proposisjonen først og fremst tilfeller der det er nødvendig å gi ut informasjon til andre formål enn behandlingsformål.

Eksempler på dette kan være å gi opplysninger til politiet om en person som må regnes som farlig for seg selv og sine omgivelser, eller dersom det kan hindre betydelige skader. Av dette følger det at nødrettssituasjoner klart vil omfattes av bestemmelsen.

Det reiser seg da et spørsmål om bestemmelsen også får anvendelse i de situasjoner der det foreligger tungtveiende private eller offentlige interesser for å formidle helseopplysninger videre til annet helsepersonell til behandlingsformål.

Bestemmelsens ordlyd setter ingen begrensninger her, og dette taler for at bestemmelsen også omfatter slike situasjoner. Dette understrekes igjen av Ot.prp. nr 13 (1998-1999) som på side 240 benytter som eksempel at det kan tenkes situasjoner der helsepersonell bør utlåne journal eller utlevere helseopplysninger selv om pasienten motsetter seg dette. Dette kan være i forbindelse med akutte situasjoner, der det er av stor betydning at helsepersonellet får informasjon om tidligere behandling og tilstand.

Proposisjonen sier i denne sammenheng at helsepersonell i slike tilfeller kan benytte seg av § 23 nr 4 for å utlevere hele eller deler av journalen, eller enkeltstående helseopplysninger. Denne tolkingen er også i samsvar med lovens formål som er å gi pasienten best mulig behandling uten at dette går ut over pasientens sikkerhet, da utlevering av helseopplysninger i slike alvorlige situasjoner som § 23 nr 4 omfatter, må regnes som nødvendige for samfunnets, og den enkelte pasients sikkerhet. Hensynet til vern av personopplysninger blir i slike tilfeller mindre tungtveiende enn hensynet til pasientens og samfunnets sikkerhet.

Det er også i forhold til denne bestemmelsen et spørsmål om loven stiller krav til hvordan informasjonen skal overføres mellom helsepersonell. Lovens ordlyd benytter også her det aktive ordet ”gis”. Dette henviser klart til en aktiv handling enten internt i registeret, eller ved en aktiv overlevering utenfor registeret. Dersom dette tolkes i samsvar med helseregisterloven § 13 som bare tillater direkte tilgang internt i det enkelte helseregister internt i helseforetakene, taler dette for aktiv overføring av helseopplysningene. Forholdet mellom lovene vurderes nærmere i kapittel 2.4.



I dette tilfellet kommer også hensynene som det er gjort rede for i avsnittet om samtykke til anvendelse, for å belyse tolkingen.

Det er en fordel for at pasienten skal få best mulig tilgjengelig behandling at helsepersonell får den informasjon de trenger så raskt som mulig. I forhold til § 23 nr 4 må dette sies å være ekstra viktig, på grunn av at bestemmelsen bare hjemler utlevering av informasjon som må anses som svært kritisk for pasienten. Det kan her blant annet tenkes situasjoner etter alvorlige ulykker og liknende der pasienten selv ikke er i stand til å gjøre rede for slik livsviktig informasjon. En direkte tilgang inn i den elektroniske pasientjournalen til slik informasjon, på tvers av helseforetakene, er meget tidsbesparende og vil etter dette i mange tilfeller kunne hindre at pasienten får varige skader og i beste fall være livreddende.

Hensynet til personvernet tilsier i denne sammenheng, som også tidligere vist, at direkte tilgang i registeret på tvers av foretakene utgjør en fare på grunn av at det er vanskelig å skille ut informasjon som er nødvendig. Det vil på denne måten i mange tilfeller bli tilgang til mer informasjon enn det som er nødvendig for behandlingen.

Det er imidlertid lettere å lage et system der det aktivt skrives inn helseopplysninger som er spesielt viktige for pasienten i en slik kritisk situasjon. Dette vil være kort informasjon om spesielle allergier som kan være avgjørende for god behandling, og andre opplysninger som regnes som meget kritisk informasjon om pasienten. Ved at informasjonen aktivt er skrevet inn i skjemaet vil dette alene kunne legges tilgjengelig i det elektroniske registeret for helsepersonell i andre helseforetak som skulle ha behov for denne informasjonen til behandlingsformål. På denne måten er den informasjonen som legges ut aktivt vurdert fra behandlers side, og med begrensninger i tilgangen som sikrer at bare personer med behov for tilgangen i sitt arbeid får dette, kan en da si at informasjonen aktivt legges ut til annet helsepersonell. Helse Midt-Norge praktiserer blant annet en slik løsning med et eget skjema for kritisk informasjon om pasienten. Det er imidlertid bare direkte tilgang i registeret til skjemaet fra andre helseforetak som er en del av Helseregion Midt-Norge. Årsaken til dette er at det ikke foreligger noen sammenkobling i det elektroniske nettverket som i dag gjør det mulig å la denne informasjonen bli tilgjengelig i sykehus i resten av landet. Fra et juridisk ståsted er faren ved at denne informasjonen blir tilgjengelig i hele landet større ved at det er flere

personer som får tilgang til informasjonen. Dette kan imidlertid avhjelpest ved begrensninger i tilgangen i registeret til disse opplysningene. Dette lar seg med sikkerhet gjøre rent teknisk, og gjør at faren for misbruk av informasjonen ikke blir så stor. Bruksnyttan av en slik tilgang i hele landet er stor når man regner med den reisevirksomhet som i dag foregår, og det faktum at det her i mange tilfeller dreier seg om livsviktig informasjon. Etter dette veier hensynet til pasienten i denne sammenheng tyngre enn hensynet til personvernet, og jeg finner ikke helsepersonelloven § 23 nr. 4 setter begrensninger når det gjelder området for direkte tilgang i elektronisk register til et skjema med kritisk informasjon.

Hensynet til pasientens behandling, sett i lys av at bestemmelsen i § 23 nr 4, er en snever bestemmelse som kun hjemler utlevering av informasjon i de mest alvorlige tilfellene, veier tyngre enn hensynet til personvernet i denne bestemmelsen, og dette taler for at det kan åpnes en direkte tilgang til slik informasjon i registeret.

Loven har som formål å sikre pasienten en god behandling, samt å sikre at informasjon om pasienten ikke tilkommer uvedkommende. Ut fra at det i denne bestemmelsen er tale om de mest alvorlige tilfellene, taler også formålet for at en løsning med direkte tilgang til kritisk informasjon i registeret er tillatt også på tvers av helseforetakene.

Helsepersonelloven § 23 nr 4 hjemler etter dette direkte tilgang i elektronisk pasientjournal, på tvers av helseforetak, til informasjon som faller inn under bestemmelsen, der opplysningene skilles fra informasjon som ikke omfattes av bestemmelsen. Dette kan være i form av et elektronisk tilgjengelig skjema som inneholder kritisk informasjon om pasienten.

### 2.3.5.3 Opplysninger til samarbeidende personell

Helsepersonelloven § 25 første ledd lyder; ” Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp”. Bestemmelsens andre ledd gir i tillegg personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysninger og andre som driver teknisk vedlikehold, tilgang til helseopplysningene der dette er nødvendig for å oppfylle visse krav, men dette blir ikke behandlet ytterligere her.

Av ordlyden kan det direkte utledes at bestemmelsen kun gjelder for helseopplysninger som overleveres til behandlingsformål. Helseopplysningene må i tillegg være nødvendig for annet samarbeidende personell for at disse skal kunne gi forsvarlig helsehjelp. Ordlyden inneholder ingen begrensninger i forhold til informasjonens form. Lovens forarbeider inneholder heller ingen opplysninger om dette. Lovens ordlyd tilsier derfor at både muntlig og skriftlig informasjon omfattes av bestemmelsen. Dette støttes av juridisk litteratur i *Kommentarutgave til lov om helsepersonell* av Befring og Ohnstad side 139. Tolkningen er i samsvar med ønsket om en helhetlig helselovgivning som forenkler pasientenes og helsearbeidernes muligheter til å finne frem til sine plikter og rettigheter.

Pasienten har etter § 25 mulighet til å motsette seg overlevering av helseopplysninger. Det er ikke slik at bestemmelsen krever at det aktivt bes om samtykke fra pasienten før overlevering av informasjonen. Hadde dette vært tilfellet, ville bestemmelsen vært praktisk virkningsløs ved siden av § 22 første ledd, og på denne måten ligger bestemmelsen mellom § 23nr 4, der pasienten ikke har noen særlig mulighet til å motsette seg dette, og samtykkebestemmelsen i § 22. Så lagt som mulig bør pasienten imidlertid informeres at det blir utvekslet informasjon om vedkommende etter § 25. Dersom pasienten motsetter seg overføring av informasjon, må helsepersonellet etter en tolking av bestemmelsens ordlyd respektere dette. Et eventuelt samarbeid med annet helsepersonell må da utføres så godt som mulig uten at de bestemte helseopplysninger føres videre. Det er i denne sammenheng viktig at helsepersonellet klargjør hva slags informasjon pasienten motsetter seg videreføring av, og eventuelt til hvilket samarbeidende personell. I tillegg kan helsepersonellet vurdere om informasjonen kan utleveres på tross av at pasienten motsetter seg dette etter § 23 nr 4.

Bestemmelsens ordlyd gjør det klart at det bare er opplysninger som er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp som kan gis til samarbeidende personell. Det kan utledes av Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 229 at formålet med bestemmelsen er å gi adekvat helsehjelp til pasienten. Ordlyden setter krav til at informasjonen som utgis skal være nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. I dette må det ligge både et krav til nødvendighet i forhold til det samarbeidende personell som mottar informasjonen, og et krav om nødvendighet for å yte forsvarlig helsehjelp. Informasjon kan med andre ord bare gis til personell som behøver denne for å gi pasienten behandling, i tillegg til at det

bare er den informasjonen som er nødvendig for å oppnå dette som kan utleveres. Begge disse kravene må være oppfylt for at bestemmelsen skal kunne tillate utveksling av informasjon.

Hvilken informasjon som skal regnes som nødvendig må bero på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle, og dette er langt på vei et fagspørsmål innen medisin. Pasientens ønske om behandling av informasjon, og farer ved å levere ut informasjonen veies opp mot gevinsten ved at informasjon blir utlevert for den enkelte pasient. På denne måten kan det tenkes tilfeller der pasienten motsetter seg utlevering, men der en slik utlevering likevel vil være tillatt etter § 23 nr 4. § 23 nr 4 og § 25 omfatter på denne måten noen av de samme tilfellene, og det må gjøres en konkret vurdering i hvert tilfelle med hensyn til hvilken bestemmelse som skal hjemle en utlevering av informasjon.

Spørsmålet blir så hvem som kan regnes som samarbeidende personell. Sett i lys av at ordlyden kun berettiger utlevering av taushetsbelagte opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og formålet som er å gi adekvat helsehjelp til pasienten, er det mest nærliggende at samarbeidende personell omfatter både eksternt og internt personell i helseforetaket. Ot.prp. nr 13 (1998-1999) side 229 uttaler i tillegg at betegnelsen samarbeidende personell er brukt nettopp for å synliggjøre at opplysninger kan gis også til helsepersonell i andre sykehus. Samarbeidende personell omfatter etter dette også samarbeid mellom helsepersonell på tvers av helseforetak.

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, i tillegg til å skape tillitt til helsepersonell og helsetjeneste.<sup>9</sup> Dette ivaretar hensynet til pasientens interesser som er behandlet tidligere. For at sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten skal oppnås, kreves det samarbeid mellom de ulike helseinstitusjonene også når det gjelder helseopplysninger om den enkelte pasient. I tillegg skapes det ved at denne bestemmelsen gjelder både for samarbeidende personell internt i det enkelte helseforetaket og eksternt, et mer enhetlig lovverk som det

---

<sup>9</sup> Helsepersonelloven 2. juli 1999 nr 64 § 1.

er lettere for brukere å finne frem i. Betegnelsen samarbeidende personell omfatter etter dette både helsepersonell internt og eksternt i helseforetaket.<sup>10</sup>

Hvordan kommunikasjonen av helseopplysninger skal foregå er imidlertid usikkert. Lovens ordlyd bruker det aktive ordet ”gi” som betegnelse på selve overføringen av informasjonen. Dette tyder på at det er lovgivers mening at utvekslingen av informasjon etter § 25 første ledd skal foregå ved en aktiv handling. Dette kan være både en aktiv utlevering manuelt og en aktiv tilrettelegging innad i registeret. Dette er ikke behandlet i lovens forarbeider. Når det gjelder utveksling av helseopplysninger om den enkelte pasient på tvers av helseforetak må bestemmelsen tolkes i lys av helseregisterlovens bestemmelser som bare tillater direkte tilgang i elektronisk register internt i et helseforetak. En tanke om harmoni i lovgivningen taler for at helsepersonelloven § 25 første ledd krever at helseopplysninger skal overgis ved en aktiv handling, og at det ikke er nok med en tilrettelagt direkte tilgang i helseregisteret.

Hensynene bak helsepersonelloven tilsier også en slik tolking med bakgrunn i at loven skal sikre kvalitet i helsetjenesten, og et tilfredsstillende personvern. En ytterligere faktor som taler for en slik tolkning er det at det kan sies at det her dreier seg om et noe som er tilnærmet et unntak fra en hovedregel, med taushetsplikt som hovedregel og opplysningsrett som unntak. Det er i slike tilfeller unntaket som i sin helhet krever en begrunnelse. Begrunnelsen for dette unntaket er at pasienten skal sikres tilstrekkelig helsehjelp ved oppfølging og videre behandling. Dette dekker unntaket, men sier intet om hvordan informasjon skal formidles. Det er av denne grunn årsak til å være varsom med å trekke slutninger som kan føre til en utvidende tolkning av bestemmelsen i forhold til ordlyden, når det gjelder selve formidlingen av helseopplysningene.

Konklusjonen på dette blir dermed at helsepersonelloven tillater at det gis helseopplysninger på tvers av helseforetakene til samarbeidende personell der dette er nødvendig for mottaker, og der informasjonen er nødvendig for at samarbeidende personell skal kunne gi forsvarlig helsehjelp. Pasienten kan imidlertid motsette seg slik utlevering av informasjon. Bestemmelsen omfatter både skriftlig og muntlig overføring

---

<sup>10</sup> Se også Bente Ohnstad Taushetsplikt, *personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren* side 130.

av informasjonen, men betinger at selve overføringen er en aktiv handling. Bestemmelsen åpner på denne måten ikke for tilgang direkte i elektroniske pasientjournaler på tvers av helseforetak.

#### 2.3.5.4 Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger

Helsepersonelloven § 45 første ledd lyder: ” Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.”

Bestemmelsen går lengre i å tillate utlevering av helseopplysninger enn § 23 nr 4 som tillater utlevering av helseopplysninger i de mest alvorlige tilfellene.

Det er etter bestemmelsens ordlyd helsepersonell som er omhandlet i § 39, som kan utlevere helseopplysninger fra journalen til andre som yter helsehjelp etter helsepersonelloven. § 39 fastsetter hvem som har plikt til å føre journal. Noe kort sagt sier § 39 at den som yter helsehjelp etter helsepersonelloven, skal nedtegne opplysninger som er nevnt i § 40 i en journal for hver enkelt pasient. Journalføringsplikten gjelder etter ordlyden ikke samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding av annet helsepersonell.

Ved offentlige sykehus er det ikke pålagt hvert enkelt helsepersonell å utlevere journalopplysninger som de selv har nedtegnet. Selv om det isolert sett kan se ut som det påhviler hvert enkelt helsepersonell en slik plikt for det de har nedtegnet i journalen må det tilligge den som har hovedansvaret for journalen etter § 39 andre ledd å vurdere utlån av journalen når den består av en samling nedtegnelser fra flere som har hatt med pasienten å gjøre. Etter § 39 andre ledd skal det i enhver helseinstitusjon utpekes en person som har det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Dette går jeg ikke nærmere inn på her.

Ordlyden i § 45 første ledd første punktum sier for det første at pasienten kan motsette seg utlevering av informasjon etter bestemmelsen. I likhet med § 25 kan det imidlertid ikke her sies å foreligge noen form for opplysningsplikt fra helsepersonellens side med

hensyn til hvilken informasjon som leveres ut. Bestemmelsen ville da ikke hatt noen praktisk betydning ved siden av § 22 første ledd som hjemler utlevering av informasjon i de tilfeller der pasienten samtykker. Hovedregelen er at pasienten selv har bestemmelsesretten over informasjon om seg selv, og av denne grunn må helsepersonell i de tilfeller der pasienten motsetter seg utlevering av informasjon respektere dette. Bestemmelsens ordlyd krever da at pasienten uttrykkelig motsetter seg utleveringen av informasjonen. Det følger av retten til selvbestemmelse over informasjon om seg selv, at helsepersonell i de tilfeller der det foreligger holdepunkter for å tro at pasienten vil motsette seg utlevering av informasjon dersom han blir informert, at vedkommende faktisk blir informert om utleveringen av informasjonen som berører ham. Imidlertid kan det tenkes situasjoner, som ved tvangsinnleggelse av psykiatriske pasienter, der pasienten motsetter seg at informasjon blir utlevert, men der det likevel vil være rettmessig med en utlevering dersom vilkårene i § 23 nr 4 er oppfylt.

Det er et krav etter ordlyden at helseopplysningene bare kan utleveres til ”andre som yter helsehjelp etter denne lov”. Det er klart at alt personell som regnes som behandlende personell eller deres medhjelpere innen helsesektoren innenlands i Norge omfattes av bestemmelsen, da disse yter helsehjelp etter helsepersonelloven. Dette gjelder med andre ord både sykehuspersonale og fastlege, samt personale som arbeider for disse. Det er i tillegg et krav at bestemmelsen bare kan benyttes til å gi ut informasjon som er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på en forsvarlig måte. I ordlyden ligger det her en begrensning til utlevering av informasjon til personell som yter helsehjelp etter helsepersonelloven og som er nødvendig for at de skal kunne yte en forsvarlig helsehjelp. I dette ligger det et krav om at den som utleverer informasjonen gjør en konkret vurdering av om informasjon, og eventuelt hvilken informasjon som er nødvendig å utlevere i det konkrete tilfellet.

En naturlig tolking av ordlyden tilsier at helseopplysninger bare kan utleveres etter denne bestemmelsen til behandlingsformål. Dette kommer av at lovgiver har benyttet seg av formuleringen den ”som yter helsehjelp etter denne lov”. Slik ordet ”helsehjelp” er definert i loven, er det naturlig å si at bestemmelsen ikke hjemler utlevering av informasjon til andre formål som forskning og liknende.

Loven benytter ordlyden ”journalen eller opplysninger i journal” om de helseopplysninger som kan utleveres etter bestemmelsen. Dette må knyttes til kravet om at det i hvert tilfelle må vurderes hva som er nødvendig informasjon ut fra den konkrete situasjon. Ordlyden åpner både for at hele og deler av journalen kan utleveres der dette er nødvendig. I tillegg åpner ordlyden for at et sammendrag av opplysninger kan utleveres.

Denne bestemmelsen benytter også ordet å ”gi” om måten helseopplysningene skal utleveres på, i likhet med lovens §§ 23 nr 4 og 25. Ordet betegner en aktiv handling ved overleveringen av informasjonen. Både dette, og en tolking i samsvar med helseregisterlovens bestemmelser, tilsier at det ikke skal være noen direkte tilgang i de elektroniske registrene til disse opplysningene. Bestemmelsen skal tilrettelegge for kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell slik at pasienten kan få best mulig behandling. Formålet som ivaretar hensynet til pasientens behandling taler for at det skal være tillatt med en direkte tilgang i registrene fordi dette vil være mindre tidkrevende for behandler, og sikrer at den nødvendige informasjon kommer til behandlerens kunnskap. Hensynet til personvernet tilsier imidlertid at det ikke skal være en slik direkte tilgang i registeret på tvers av helseforetakene. Dette med bakgrunn i at det ligger stor fare for misbruk av sensitiv informasjon i en slik tilgang. Det vil ikke være mulig å begrense en slik direkte tilgang i et elektronisk register på en slik måte at de opplysninger som ikke er nødvendige for behandlingen, i virkeligheten ikke blir overført til andre.

Det er ikke nødvendigvis noen motstrid mellom direkte tilgang i registeret og aktiv utlevering av opplysningene. Grunnen til dette er at det også uten direkte tilgang i registrene er gode muligheter for å få tilgang til opplysningene, som det er tillatt å utlevere etter § 45, per telefon. Dette er noe mer tidkrevende for behandler, men i de mest kritiske tilfellene hjemler § 23 nr 4 en direkte tilgang til kritisk informasjon, så dette kan ikke anses som noe avgjørende argument for direkte tilgang. Dette er også den beste løsningen i forhold til helseregisterlovens bestemmelser. Med bakgrunn i dette finner jeg at hensynet til personvernet i denne sammenheng må veie tyngst, og at dette taler for at det ikke ved informasjon som kan utleveres etter § 45, er tillatt med direkte tilgang i elektronisk register på tvers av helseforetakene.



Konklusjonen blir med dette at § 45 kan benyttes til utlevering av helseopplysninger til behandlingsformål, der dette er nødvendig for at det skal kunne ytes tilfredsstillende helsehjelp. Pasienten kan motsette seg at informasjon utleveres, og helsepersonellet må i de tilfeller der utlevering ikke kan hjemles i § 23 nr 4 respektere dette ønsket. Bestemmelsen åpner ikke for direkte tilgang i elektroniske registre på tvers av helseforetak.

#### 2.4 Forholdet mellom helseregisterloven og helsepersonelloven

Helseregisterloven § 14, jfr. § 12, henviser direkte til helsepersonelloven §§ 25 og 45, og helseregisterlovens forarbeider sier, som det er gjort rede for tidligere, at disse bestemmelsene i helsepersonelloven gjelder for helsepersonells tilgang til helseopplysninger. Disse bestemmelsene tolkes slik at de gir hjemmel for en aktiv utlevering av informasjon, men at de ikke hjemler en direkte tilgang i det enkelte elektroniske register på tvers av helseforetakene. Helseregisterloven § 13 sier at det bare er databehandlingsansvarlig, databehandler og den som arbeider under en av disse som har tilgang direkte i det enkelte elektroniske register, og helseregisterloven inneholder ellers ingen bestemmelser om dette forholdet. Det foreligger av denne grunn ingen motstrid mellom helsepersonelloven og helseregisterloven med hensyn til disse bestemmelsene.

Helsepersonelloven inneholder imidlertid flere bestemmelser om opplysningsrett for helsepersonell, som helseregisterloven ikke sier noe om. Dette gjelder helsepersonelloven § 22 som hjemler utlevering av helseopplysninger der pasienten har samtykket, og § 23 nr 4 som gir opplysningsrett for helsepersonell i de tilfeller tungtveiende private eller offentlige interesser taler for dette.

Problemstillingen som skal drøftes er om det foreligger motstrid mellom de overnevnte bestemmelser i helsepersonelloven og helseregisterlovens bestemmelser, og hvordan en slik motstrid eventuelt skal løses.

Konklusjonen fra tolkingen av helsepersonelloven § 22 om samtykke fra pasienten er at bestemmelsen ikke hjemler direkte tilgang i behandlingsrettet helseregister på tvers av helseforetak slik disse foreligger i dag, men at den tillater aktiv utlevering av helseopplysninger mellom foretakene der pasienten har gitt gyldig samtykke til dette,

eller der det kan presumeres samtykke. Helseregisterloven viser ikke direkte til denne bestemmelsen, men § 14, jfr. § 12, tillater tilgang til opplysningene ved aktiv overlevering som vist tidligere. Den doble betydningen i helseregisterloven § 14 hjemler som konkludert med tidligere, utlevering av helseopplysninger der det foreligger samtykke fra pasienten. Tolkningen er i samsvar med pasientens rett til å bestemme over opplysninger om seg selv. Av denne grunn foreligger det på dette punktet ingen motstrid mellom helseregisterlovens bestemmelser og helsepersonelloven § 22, og § 22 er gjelder også utlevering av helseopplysninger fra elektronisk register selv om helseregisterloven ikke direkte henviser til denne.

Det ble imidlertid under tolkingen åpnet for muligheten for at helsepersonelloven § 22 tillater direkte tilgang i et samtykkebasert register med begrensninger som sikrer at pasientens samtykke i virkeligheten er grunnlaget for utlevering av informasjonen. Dette bygger blant annet på prinsippet om pasientens rett til å bestemme over informasjon om seg selv. Helseregisterloven § 13 gir bare rett til direkte tilgang internt i helseforetakene. Det er imidlertid som sagt tidligere ikke holdepunkter i rettskildene til å slå fast at all direkte tilgang på tvers av helseforetakene i registrene er i strid med loven. Helseregisterloven sier ingenting om forholdet mellom de to lovene her.

Det er § 14, jfr § 12, som regulerer tilgangen til helseopplysninger utenfor helseforetaket. § 14 hjemler som sagt utlevering av helseopplysninger basert på pasientens samtykke. Det foreligger ingen momenter i lovenes forarbeider som kan bidra til å løse problemet. Helseregisterloven regulerer selve organiseringen av helseregistrene, og setter krav til den interne tilgangen til opplysninger i hvert helseforetak.

Helsepersonelloven inneholder bestemmelsene om taushetsplikt og opplysningsrett. Et eventuelt samtykkebasert register ligger ikke klart alene innenfor noen av de to lovene. Begge lovene inneholder spesielle regler som gjør seg gjeldende i dette tilfellet. Mens det kan sies at helsepersonelloven inneholder regler om å videreformidle behandlingsrettede helseopplysninger, har helseregisterloven bestemmelser om organiseringen og tilgangen internt i et register. I forhold til et samtykkebasert register gjør begge lovene seg gjeldende, og det kan ikke uten videre sies at den ene loven er lex

spesialis til den andre. Problemet om hvorvidt direkte tilgang på tvers av helseforetak er tillatt eller ikke, faller på denne måten i en mellomstilling mellom lovene.

En vurdering av hensynene bak lovene er nødvendig i mangel av andre rettskilder som gir løsningen. Det er til dels de samme hensyn som ligger bak helseregisterloven og helsepersonelloven. Disse vurderes på bakgrunn av at lovene selv og forarbeidene ikke har klare løsninger på hvorvidt et samtykkebasert register er tillatt eller ikke.

Både helsepersonellovens og helseregisterlovens formål er beskrevet i lovenes § 1.

De inneholder begge etter sin ordlyd elementer av hensynet til personvern og hensynet til pasienten.

Prinsippet om at hvert individ har selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv taler i dette tilfellet for at direkte tilgang i et samtykkebasert register også på tvers av helseforetakene bør være tillatt. Det er heller ikke så betenkelig med tilgang på tvers av helseforetak i et slikt register, dersom det lages gode ordninger som sikrer at pasienten har samtykket, og som sikrer at bare det helsepersonell som har behov for tilgang i sitt arbeid har mulighet til å se opplysningene. Pasienten vil da på en enkel måte kunne verne seg mot registrering av opplysninger, og mot hvilke yrkesgrupper som får tilgang til opplysningene.

Hensynet til pasientens ønske om å bli frisk taler også for direkte tilgang på tvers av helseforetakene i et samtykkebasert register. Det vil være lettere for helsepersonell å skaffe seg den informasjonen de har behov for i det enkelte tilfellet ved å gå inn på pasienten i registeret, i motsetning til å være nødt til å ta kontakt muntlig eller skriftlig, og deretter vente på svar fra annet helsepersonell. Den tidsbesparende effekten vil spesielt ha betydning i tilfeller der det haster med informasjon. Det negative moment ved et slikt register er at informasjonen kan være mangelfull som følge av at pasienten ikke har samtykket i at all informasjon skal legges inn. Dette problemet er imidlertid ikke større enn det tilsvarende, med tilgangssperre på tvers av helseforetakene, da det også slik registrene er i dag kan være ting som er sperret for utlevering til annet helsepersonell av pasienten. Slik informasjon kan imidlertid i enkelte tilfeller utleveres etter helsepersonelloven § 23 nr 4.

Konklusjonen etter at hensynene bak begge lovene er behandlet er, på bakgrunn av at ingen av hensynene taler klart mot direkte tilgang i et samtykkebasert register, at formålene og hensynene bak begge lovene taler for at det er tillatt med tilgang på tvers av helseforetak i et rent samtykkebasert register.

På bakgrunn av dette finner jeg at det ikke er noen direkte motstrid mellom helseregisterloven og helsepersonelloven på dette punkt. Ut fra en avveining av formålene bak lovene, etter hensynene som disse viser til, finner jeg at det må være tillatt med direkte tilgang på tvers av helseforetakene i et samtykkebasert register.

Helseregisterloven § 12 viser heller ikke til helsepersonelloven § 23 nr 4 som gir helsepersonell opplysningsrett i de tilfeller der tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Jeg har tidligere konkludert med at bestemmelsen i utgangspunktet ikke hjemler noen direkte tilgang i elektronisk register på tvers av helseforetakene, men at det kan tenkes tilfeller som for eksempel et aktivt laget skjema for hver pasient med informasjon som faller inn under bestemmelsen, at det kan være en åpning for tilgang på tvers av helseforetak. Heller ikke på dette siste punkt kan det sies at den ene loven uten videre er *lex specialis* til den andre. Årsaken til dette er at det aktuelle tilfellet inneholder momenter fra begge lover, tilsvarende under vurderingen av samtykkebasert register. Helseregisterloven § 13 omhandler den direkte interne tilgangen i et register, men gir ikke grunnlag for antitetisk tolking når det gjelder spørsmålet om ekstern tilgang. Det er etter dette ikke noe tungtveiende moment i vurderingen av om det skal være tillatt med direkte tilgang til kritisk informasjon. Helseregisterloven § 14 hjemler som konkludert med tidligere utlevering av informasjon som faller inn under helsepersonellovens § 23 nr 4, men denne sier lite om måten utleveringen skal skje på.

Hensynet til at pasienten skal få best mulig behandling taler i dette tilfellet sterkt for at direkte tilgang på tvers av helseforetakene i et skjema med kritisk informasjon skal være tillatt. En slik tilgang gir behandleren enklere og på mindre tid tilgang til informasjon som kan være livsviktig eller som kan hindre varige skader hos pasienten.

Bestemmelsen omfatter dessuten bare tilgang der tungtveiende private eller offentlige interesser gjør dette rettmessig. Dette kan gjelde for eksempel alvorlige allergier eller andre momenter som kan få alvorlige konsekvenser for pasienten i en situasjon der han ikke kan gjøre rede for de aktuelle tilstander selv.

Hensynet til personvernet, og prinsippet om at alle har selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv, taler for at pasienten skal bes om samtykke før informasjon skrives inn i et slikt skjema. Slikt samtykke kan i visse situasjoner presumeres etter helsepersonellovens bestemmelser. Dette blir imidlertid ikke behandlet ytterligere her. Hensynet taler ikke dersom pasienten samtykker, eller det etter de overnevnte bestemmelser kan presumeres samtykke, mot at det skal være adgang til et slikt skjema på tvers av helseforetakene. I et slikt skjema er det heller ikke vanskelig å lage klare retningslinjer på hva som kan lagres, slik at det er klare grenser for hvilken informasjon som faller inn under bestemmelsen.

Etter en avveining av hensynene finner jeg også her at det ikke foreligger noen klar motstrid mellom lovene. Forholdet mellom og formålene bak lovene taler for at det skal være tillatt med direkte tilgang i et elektronisk register til et skjema som inneholder kritisk behandlingsrettet informasjon om hver pasient som faller inn under helsepersonelloven § 23 nr 4.

### **3 Hvordan retten blir praktisert i dag**

#### **3.1 Undersøkelser på Sykehuset Levanger**

For å få en oversikt over hvordan retten praktiseres, har jeg hatt samtaler med 12 ansatte i ulike stillinger som helsepersonell og administrativt personell ved Sykehuset Levanger, som er en del av helseforetaket Helse Nord-Trøndelag, i helseregion Midt-Norge. Samtalene gir imidlertid bare oversikt over hvordan retten fungerer på Sykehuset Levanger. Det er ikke gjort tilstrekkelige undersøkelser til å vurdere om dette er representativt også for andre sykehus i andre helseforetak.

I denne delen av oppgaven benyttes en retts sosiologisk tilnærming til temaet ved at jeg har foretatt undersøkelser for å finne ut hvordan retten på dette området praktiseres i hverdagslivet på et sykehus. Jeg har brukt en kvalitativ samfunnsvitenskapelig metode på dette punktet. Dette har jeg gjort ved at jeg har hatt samtaler med de personer jeg har ønsket informasjon fra, og deltatt i samtalen samtidig som jeg har registret mine iakttagelser. Jeg har ikke brukt spørreskjema med klart avgrensede spørsmål, men en oppstilling av tema for samtalene. På denne måten hadde jeg mulighet til å stille eventuelle oppfølgingsspørsmål. Samtalene avklarte for det første hvilken befatning og tilgang hver samtalepartner har med pasientinformasjon. Deretter var temaet flyten av pasientinformasjon mellom helseforetakene.

De ansatte ved Sykehuset Levanger som deltok i samtalene, ble valgt ut i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag for å utgjøre et mest mulig representativt utvalg. Ved at jeg i alt har hatt samtaler med 12 personer innen sykehuset, kan undersøkelsen sies å være representativ for hvordan retten blir praktisert på Sykehuset Levanger. Imidlertid gir undersøkelsen ikke holdepunkter for å si at retten også blir praktisert slik på andre sykehus og i andre helseforetak. Det er skrevet referat fra hver samtale, som er sendt hver ansatt for godkjenning. Samtidig har den enkelte blitt informert om hvordan samtalene og referatene vil bli brukt i oppgaven, samt fått en mulighet til å anonymisere referatet. Kopier av alle referatene er vedlagt oppgaven i underskrevet stand, og med rettelsener etter den enkelte samtalepartners ønsker.

### 3.1.1 Organisering av helseforetakene og ”elektronisk pasientjournal”

Region Helse Midt-Norge består av åtte sykehus fordelt på fire helseforetak.

De ulike helseforetakene har hver sin leder, og hvert sitt styre som de hører inn under.

En oversikt over disse gis best i form av en figur som også benyttes til å forklare ”elektronisk pasientjournal”, se figur 2. Systemet blir heretter kalt ”elektronisk pasientjournal”.<sup>11</sup>

Denne figuren er illustrerende for å forstå hvordan systemet er oppbygd:

EPJ Foretak	Sykehus	Somatisk del	Psykiatrisk del	Barne- og ungdompsyk.
Helse Nord-Trøndelag	Levanger			
	Namsos			
Helse Nordmøre og Romsdal	Kristiansund			
	Molde			
Helse Sunnmøre	Ålesund			
	Volda			
St.Olavs Hospital	St.Olav			
	Røros			
	Orkanger			

Figur 2. Figuren viser inndelingen av helseregion Midt-Norge i helseforetak, og helseforetakenes inndelinger i sykehus. Alle disse helseforetakene omfattes av samme ”elektroniske pasientjournal”. For hvert sykehus er ”elektronisk pasientjournal” delt inn

---

<sup>11</sup> Sykehusene fører enda også papirbaserte journaler, men målet er at alt om en tid skal lagres i EPJ, slik at papirbaserte journaler kommer helt bort.

i tre bolker, og hver ansatt har bare tilgang til informasjon lagret innenfor den bolken de selv har sin stilling. Hver tomme rute i figuren viser en slik bolk. Den første bolken er den somatiske delen, den andre er den psykiatriske og den tredje er den ungdomspsykiatriske delen.

Hver enkelt ansatt ved sykehusene har internt en tilgang til journalopplysninger i ”elektronisk pasientjournal” som er definert gjennom en beskrivelse som ligger til grunn for hvert enkelt brukernavn. I tillegg må hver bruker ha et passord for å logge seg inn i systemet. På denne måten er det mulig å begrense tilgangen til opplysninger også internt i sykehusene for hver ansatt. Jeg går imidlertid ikke mer inn på tilgangen til pasientopplysninger internt på sykehusene.

For å forstå systemet er det nyttig å se på figur 2, som gir en oversikt over hvordan ”elektronisk pasientjournal” er bygd opp. ”Elektronisk pasientjournal” er et felles system for hele helseregion Midt-Norge som figuren viser. All informasjon lagres og hentes på og fra en felles server i Trondheim. Dette betyr at all informasjon om hver pasient lagres på en felles journal for alle sykehusene på serveren. Imidlertid er tilgangen til informasjonen for hver enkelt bruker eller ansatt begrenset etter sykehus og stilling via brukernavnet.

Visse opplysninger om en pasient er de samme uansett hvor i regionen det opprettes en journal på vedkommende. Et skjema som inneholder en oversikt over kritisk informasjon som gjelder pasienten, kommer automatisk inn i pasientens journal, dersom det er lagret på ett sykehus, og det opprettes en ny journal i et annet sykehus innenfor nettverket. Det er ingen aktiv overføring som kreves fra det andre foretakets side. Skjemaet inneholder opplysninger om allergier og andre helsetilstander som kan være livstruende i ulike situasjoner. På denne måten har ansatte med tilgang til disse opplysningene, tilgang på sensitive personopplysninger på tvers av helseforetakene.

Hovedregelen i helseforetaket er i dag at ingen har tilgang til pasientinformasjon på tvers av helseforetakene gjennom ”elektronisk pasientjournal”, med unntak for skjema for kritisk informasjon som er tilgjengelig på tvers av foretakene i helseregionen. Innad mellom sykehusene i hvert enkelt foretak har imidlertid legene under visse forutsetninger tilgang til helseopplysninger lagret på andre sykehus.



Dette blir imidlertid ikke behandlet ytterligere her, da dette angår informasjon som holdes innenfor hvert helseforetak.

### 3.1.2 Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag

Jeg hadde, for å finne et eksempel på hvordan retten fungerer i praksis på området ”pasientopplysninger på tvers av helseforetak”, samtaler med tolv ansatte i helseforetaket Helse Nord-Trøndelag på Sykehuset Levanger. Undersøkelsen har en rettsosnologisk vinkling, og jeg benytter hovedsakelig samfunnsvitenskapelig kvalitativ metode som er beskrevet overfor. Denne delen av oppgaven deles inn i en deskriptiv del, som kommer først og beskriver den faktiske situasjonen på Sykehuset Levanger, og en normativ del som beskriver undersøkelsens forhold til det juridiske tema til slutt.

Mine samtalepartnere hadde ulike stillinger innenfor klinikkene medisin, kirurgi og psykiatri. Ledelsen ved sykehuset, representert i min samtalerunde av informasjonssikkerhetsansvarlig, mente at sykehuset har gjort det de kan for at sykehusets ansatte skal holde seg innenfor de lover og regler som er fastsatt, gjennom at hver ansatt må gjennom kurs i informasjonssikkerhet før de får varig tilgang til ”elektronisk pasientjournal”.

#### 3.1.2.1 Kirurgisk klinikk

På kirurgisk klinikk hadde jeg samtale med en ventelistekoordinator ansatt ved Helse Nord-Trøndelag, samt en overlege ved Sykehuset Levanger.

Denne klinikken omfatter også intensiv avdeling, og mange av pasientene her er så syke at de ikke har mulighet til å ivareta sine egne interesser. I tillegg poengterte de to som er ansatt ved Sykehuset Levanger, at nesten alle pasienter hos dem kommer fra en avdeling, der de opprinnelig er innlagt, og som de blir overført fra når de kommer til kirurgisk avdeling. Det blir i stor grad disse avdelingene som tar seg av spørsmålene om pasientens ønsker, og informering om innhenting av opplysninger fra andre helseforetak og pasientens rettigheter i sammenheng med dette. Imidlertid blir informasjon i enkelte tilfeller også innhentet fra andre foretak til klinikken.

Dersom det er god tid før helsepersonellet har behov for informasjonen, blir det bedt om at hele eller deler av journalen blir sendt skriftlig til klinikken. Dette skjer da enten per

post, eller ved oversendelse på telefaks ved at personidentifiserbare opplysninger fjernes fra papirene. Det er sjelden en pasient blir spurt om samtykke til å innhente nødvendig informasjon på denne måten, eller at han blir informert om denne innhenting.

I en del tilfeller hentes pasientene fra andre foretak i ambulansse av helsepersonellet ved klinikken, og da er opplysningene med pasienten i ambulansen. Det er imidlertid ofte nødvendig med forhåndsinformasjon om slike pasienter, fordi de har behov for spesialutstyr i ambulansen og andre tilrettelegginger på sykehuset. Slik informasjon innhentes da stort sett per telefon til avdelingen pasienten sendes fra. Dette skjer også stort sett uten at pasienten blir informert. Det presumeres her at det foreligger et samtykke i det pasienten eller pårørende tillater en overflytting. Dersom det ytres ønske fra pasienten om at visse typer informasjon ikke skal overleveres blir dette respektert, men det må i de fleste tilfeller være på pasientens eget initiativ.

Pasienter kommer også inn til kirurgisk klinikk i akutte tilfeller. Dersom det skulle komme fram opplysninger om at pasienten har journal på et annet sykehus, tar helsepersonellet telefonisk kontakt med dette sykehuset. Dette kan imidlertid ofte ta tid som helsepersonellet i en kritisk situasjon ikke nødvendigvis har. Dette løses i praksis, i følge overlegen, ved at han tar en telefon til en bekjent lege på det aktuelle sykehuset. På denne måten får han kjennskap til de helseopplysninger han har behov for uten at dette tar for lang tid. Ved å kontakte en bekjent lege og be vedkommende om å gjøre ham den tjenesten å gå inn i journalen og se om det foreligger relevante opplysninger, gis flere enn de som har behov for innsyn i journalen i sin stilling tilgang. Overlegen beklaget at det er nødvendig å gjøre det på denne måten slik situasjonen er i dag, men vet at det i kritiske situasjoner kan redde pasientens liv. Han uttalte i den forbindelse at det å redde liv er et overordnet mål for ham.

Overlegen mente også at det er beklagelig at han ikke lenger har direkte tilgang til helseopplysninger gjennom elektronisk pasientjournal, til den informasjonen han trenger fra St.Olavs hospital som er deres hovedsamarbeidspartner.<sup>12</sup> En slik tilgang til

---

<sup>12</sup> Det var en kort periode åpnet for direkte tilgang i elektronisk pasientjournal til begrenset informasjon i journaler lagret på St.Olavs Hospital, for legene ved de øvrige sykehusene i Helse Midt-Norge. Denne tilgangen ble imidlertid stanset av Datatilsynet.

journalopplysninger er mer tidsbesparende og sikrere for pasientenes liv og helse enn den måten det praktiseres på i dag, mente han.

Ventelistekoordinatoren arbeidet utad mot de andre helseforetakene, tar aktivt med pasientene på råd før de blir skrevet opp på ventelister hos andre helseforetak. Pasientene blir i dette tilfellet alltid kontaktet personlig, og forklart situasjonen. Hun sender bare over søknaden på helsebehandling som foretaket har mottatt etter en slik samtale. Denne søknaden angir pasientidentifikasjon og operasjonsdiagnose. Annen nødvendig informasjon er det behandlende helsepersonell som eventuelt sender over.

I tillegg hadde jeg samtale med avdelingssykepleier på kreftpoliklinikken.

Hun opplyste at de alltid tar pasienten med på råd, både når det gjelder å innhente informasjon eller overføre informasjon til og fra andre foretak. Dette gjøres muntlig, men pasienten har en reell mulighet til å nekte at informasjon blir innhentet eller overført. På denne måten har pasienten en reell selvbestemmelsesrett over informasjon som foreligger om ham. Avdelingssykepleieren trodde dette er et viktig moment i prosessen med å skape tillitt mellom pasient og behandler.

### 3.1.2.2 Medisinsk klinikk

På medisinsk avdeling vektlegges ikke overraskende pasientens behov for behandling som mest tungtveiende. Overlege ved klinikken fortalte at systemet slik det foreligger i dag, ved at leger ikke kan gå direkte inn på enhver journal de måtte trenge faglig tilgang til gjennom elektronisk pasientjournal, er for tidkrevende. Resultatet av dette blir at nødvendig informasjon fra andre foretak i mange situasjoner ikke blir innhentet. Dette skader igjen pasienten, ved at vedkommende i verste fall kan få feil behandling. Som hovedregel får imidlertid behandlerne nok informasjon til å gi forsvarlig behandling.

Klinikken har mange pasienter som flyttes mellom Sykehuset Levanger og St.Olavs hospital i Trondheim. Informasjon blir i disse tilfellene hentet fra St.Olavs hospital uten at pasienten blir informert om dette. Han mener taushetsplikten ivaretar det som trengs av beskyttelse av de personlige opplysninger om hver pasient, og understreker nødvendigheten av å få rask tilgang til de opplysninger som er nødvendig for å gi den enkelte pasient en forsvarlig behandling. Skjemaet for kritisk tilstand på hver pasient

som er tilgjengelig i hele systemet gir derfor meget viktig, men ikke tilstrekkelig informasjon.

Overlege og sekretær på barne- og familieklinikken sier at de på best mulige måte forsøker å ta med pasientens pårørende på råd når det gjelder innhenting av informasjon på tvers av helseforetakene, men mener at dette i mange tilfeller er vanskelig.

Det er imidlertid mange tilfeller der det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke fra pasientens verger, og i slike tilfeller blir informasjonen innhentet på eget grunnlag gjennom brev eller telefon på grunnlag av presumert samtykke.

### 3.1.2.3 Psykiatrisk klinikk.

På psykiatrisk klinikk hadde jeg samtaler med ”Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser”. De mente at en viktig del av behandlingen er å gi pasienten ansvar for sin egen behandling, og tar derfor pasienten med på råd hele veien. Pasienten blir stort sett alltid informert om at det blir innhentet og utlevert informasjon om dem. Samtidig er pasienten også klar over hva slags informasjon klinikken har lagret om dem. All form for utlevering av informasjon om pasienten krever et skriftlig samtykke fra pasienten. Når informasjon blir innhentet fra andre helseforetak, brukes et skjema der det angis hvilken informasjon som ønskes oversendt. I tillegg skal både behandler som ønsker informasjonen og pasienten undertegne. Overlegen mente at det var viktig med full åpenhet gjennom alle ledd i behandlingsprosessen for å skape det tillitsforholdet som er nødvendig ved en slik behandling mellom pasient og behandler.

Overlege og teamleder opplyste at de ikke har mange tvangsinnleggelser ved deres avdeling, som består både av sengepost med åtte senger og en poliklinikk. I de tilfellene der det foretas tvangsinnleggelse er dette som oftest planlagt over en tid, slik at både pasient og team er forberedt på situasjonen, og nødvendig informasjon er innhentet i samråd med pasienten.

### 3.1.2.4 Felles for klinikkene

Generelt har alle behandlere som jeg har hatt samtaler med beklaget at de har en dårlig tilgang til informasjon om pasienter på tvers av helseforetakene. De begrunner dette med at informasjon ofte er nødvendig for å sikre en tilfredsstillende behandling av pasienten. Tilgang til informasjonen på tvers av helseforetakene får de per i dag ved å

henvende seg direkte til avdelinger eller bekjente som arbeider i det andre foretaket og som har tilgang til journalene, for å få oversendt informasjonen muntlig over telefon, via post eller telefaks. De fleste mener imidlertid at dette ikke er tilfredsstillende løsninger verken for dem som helsepersonell eller for pasienten.

Skjemaet for kritisk tilstand, som er felles for region Midt-Norge for hver pasient, gir imidlertid en viss avhjelp på situasjonen. Legene sier likevel at det er et behov for mer informasjon fordi det ofte er ting ikke blir lagret her, eller det blir lagret feil informasjon. En felles journal på hver pasient for regionen ville derfor avhjelpe mange mangler, og gi en bedre og mer medisinsk korrekt behandling av hver pasient.

I tillegg er de fleste av den mening at et system der det sikres at bare spesielt utvalgte ansatte har tilgang til journaler mellom foretakene, gjennom samtykke fra pasienten eller nødrett, vil oppfylle behovet for et tilfredsstillende personvern. Dette vil dessuten være et bedre system helhetlig både for pasient og behandler enn den måten det praktiseres på i dag, der flere enn det som er nødvendig gis tilgang til opplysninger innad i foretakene, for så å bringe informasjonen ut uten samtykke fra pasienten.

Det foreligger imidlertid en del ulikheter mellom de klinikker jeg undersøkte. Kirurgisk klinikk og medisinsk klinikk har begge det standpunkt at de generelt får for lite informasjon, og at de ikke alltid har ikke alltid tid eller mulighet for å ta med pasienten på råd. Hensynet til pasienten som behandlingstrengende står i deres hverdag sterkt, og pasientens selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv er til dels liten. I en del tilfeller vil samtykke imidlertid lovlig kunne presumeres.

På psykiatrisk klinikk, regionalt fagteam for spiseforstyrrelser, samt på kreftpoliklinikken tar de med pasienten mer på råd gjennom hele prosessen. Dette gjøres ved at det gjennom hele behandlingsprosessen opprettes full åpenhet fra behandlerens side om hvordan alt i prosessen foregår. Ulikhetene kan ha sammenheng med at pasientene på de to siste klinikkene som oftest er mer i stand til å ivareta seg selv og sine interesser, enn de pasienter som er innlagt på kirurgisk eller medisinsk klinikk for øvrig. I tillegg er det klart at forskjellene har sammenheng med det tempoet det er nødvendig å gi behandling i.

### 3.2 Sammenheng mellom rett og praksis

Gjennom mine samtaler fant jeg at det bare på ett punkt i dag praktiseres direkte tilgang i helseregistrene mellom foretakene til helseopplysninger til behandlingsformål, ved tilgang til et skjema som inneholder kritisk informasjon om pasienten. Jeg har under drøftingen av helsepersonelloven § 23 nr 4 konkludert med at lovverket åpner for et slikt register i den grad taushetsplikten blir tilstrekkelig ivaretatt.

Der helsepersonellet har behov for ytterligere helseopplysninger fra et annet helseforetak, skaffes dette gjennom skriftlige forespørsler eller telefonisk kontakt med det aktuelle sykehus og avdeling. I den grad dette ikke strider mot taushetsplikten i helsepersonelloven § 21 er det tillatt å innhente slik informasjon. Det er i tillegg tillatt i de situasjoner der det foreligger opplysningsrett for helsepersonell som beskrevet overfor.

Et spørsmål som meldte seg gjennom mine samtaler var hvorvidt helsepersonell har adgang til å kontakte bekjent helsepersonell ansatt i det aktuelle helseforetaket, for å få helseopplysninger, der tilgangen til helseopplysningene ikke kan sies å være nødvendige i de kontaktede personers arbeid. I en slik situasjon vil flere enn det som er nødvendig få kjennskap til informasjonen, fordi alternativet er å kontakte helsepersonell med rettmessig tilgang til pasientens journal, eller med andre ord helsepersonell som arbeider på avdelingen der pasienten har journal. Legene mener imidlertid at det ofte er for tidkrevende å gå om personell de ikke har kjennskap til fra før, da disse ikke nødvendigvis har de samme forutsetninger og spesialkompetanse som dem selv, til å skille ut hvilken informasjon som er nødvendig. En slik tilgang til helseopplysninger gjennom bekjente som ikke har rettmessig tilgang til journalen, vil ikke være i samsvar med hensynet til best mulig vern av personopplysninger. Alternativet som er å kontakte helsepersonell som faktisk har rettmessig tilgang til journalen, er derimot i tråd med bestemmelsene om opplysningsrett i lovens §§ 25 og 45.

Taushetsplikten i helsepersonelloven § 21 inneholder ikke forbud mot å motta informasjon. Bestemmelsen omfatter etter sin ordlyd bare en plikt til ikke å gjøre helseopplysninger kjent for andre. I forhold til spørsmålet om personlig bekjent personell av behandler med behov for informasjon, kan bringe helseopplysningene videre, er det imidlertid et viktig moment at taushetsplikten etter bestemmelsen også

gjelder mellom helsepersonell. Det er etter dette ikke andre enn de som har behov for helseopplysningene i sitt arbeid, som kan få tilgang. Det blir et spørsmål om vedkommende helsepersonell som blir bedt om helseopplysningene, men ikke selv har behov for disse i sitt arbeid, og kan ha behov for opplysningene nettopp på grunn av at han ble spurt av en kollega som hadde behov. Svaret på dette må være negativt så lenge det er annet helsepersonell som har rettmessig tilgang til opplysningene, kan videreføre dem til helsepersonell med behov for dette. På denne måten vil taushetsplikten være brutt innenfor sykehuset som utleverer helseopplysningene i de tilfeller forespørsel om helseopplysninger kommer på bakgrunn av bekjenskaper, og der den forespurte ikke har rettmessig tilgang til helseopplysningene. Helseopplysningene kan imidlertid, på de måter som er beskrevet tidligere i framstillingen, utleveres til annet helsepersonell på visse lovbestemte vilkår.

Behandlerne personell som jeg har hatt samtaler med omfattes av sykepleiere og leger. De fleste av disse mener at det ville ha vært en fordel for dem i deres posisjon å ha en viss tilgang til helseopplysninger lagret på St.Olavs Hospital i Trondheim. Jeg har tidligere i min framstilling funnet at helseregisterloven og helsepersonelloven slik de foreligger i dag ikke åpner for noen generell direkte tilgang til elektroniske pasientjournaler på tvers av helseforetakene, men derimot at en slik tilgang må bero på en aktiv overføring av informasjon. Direkte tilgang til helseopplysninger i elektronisk register kan bare skje til opplysninger som er ekstra kritiske for den enkelte pasient og som faller inn under helsepersonelloven § 23 nr. 4, og opplysninger der pasienten har samtykket uttrykkelig til videreføring etter helsepersonelloven § 22.

## 4 Konklusjon

Vårt samfunn har med tiden utviklet seg fra et samfunn med lite kunnskap og opplysning om helseplager, til et opplyst samfunn der sykdom i mye større grad er akseptert. De behandlere jeg har hatt samtaler med i Helse Nord-Trøndelag synes også å være av denne oppfatning. En følge av at sykdom ikke lenger er en skam, er at samfunnet på dette punktet har større åpenhet.

Det må imidlertid respekteres at enkeltpersoner ikke vil at helseopplysninger om dem skal bringes, videre ut fra prinsippet om selvbestemmelsesrett over informasjon om seg selv. Helseopplysninger må av den grunn, og av de hensyn som det i denne forbindelse er gjort rede for overfor, skjermes på en måte som sikrer pasienten rett til en intim sfære, og selvbestemmelse over informasjon om seg selv.

Det kan stilles spørsmål ved om det var meningen fra lovgivers side med et så komplisert regelsett på området for bruk av pasientinformasjon til behandlingsformål. Tilgang til helseopplysninger som er journalført reguleres av to ulike regelsett som det kan være vanskelig å sette i sammenheng. Helseregisterloven og helsepersonelloven er ikke tilpasset hverandre, og det synes som om lovgiver ikke har vært løsningsrettet i sin lovgivningsvirksomhet når det gjelder spørsmålet om direkte tilgang i elektronisk pasientjournal mellom helseforetak.

I et moderne og teknologisk samfunn, burde det være mulig å utnytte de elektroniske hjelpemidler til det beste for pasienten, uten å krenke personvernet, også når det gjelder videreføring av helseopplysninger i elektronisk pasientjournal. Lovgiver må imidlertid, etter min mening, komme med en lovendring i positiv retning i denne sammenheng før det kan opprettes et generelt register der helseopplysninger fra ulike helseforetak automatisk kan sammenstilles.

Helsepersonelloven og helseregisterloven åpner for opprettelse av et rent samtykkebasert register der det er tillatt med tilgang på tvers av helseforetak. Et slikt register måtte etter mine vurderinger komme i tillegg til det elektroniske registeret som i dag foreligger i helseregion Midt-Norge, og dette vil være krevende, fordi behandlere må lagre de samme opplysningene flere ganger om samme pasient i ulike registre.



Innhenting av samtykke fra pasientene, og informasjon om hvordan informasjon blir behandlet, vil både være tids- og kostnadskrevende.

En alternativ løsning for fremtiden er at helseforetak har tilgang til alle helseopplysninger som er lagret hos andre foretak, med mindre pasienten motsetter seg en slik tilgang. Dette vil også kunne skje på tvers av helseregionene, men dette krever en lovendring. En slik løsning ivaretar klart pasientens behov for best mulig tilgjengelig behandling, på grunnlag av at behandleren generelt vil ha mer informasjon om de pasienter som har vært innlagt på sykehus tidligere. Personvernet blir i en slik løsning ivaretatt ved at ved at hver pasient informeres om hvordan informasjon om vedkommende blir behandlet, og i hvilken grad han har adgang til å motsette seg at annet helsepersonell skal ha tilgang til helseopplysningene etter helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt og opplysningsrett. I tillegg er det nødvendig med tilgangssperrer som gjør at bare de som etter sin stilling har behov for informasjonen, har tilgang til den. På denne måten ivaretas også taushetsplikten.

En slik løsning er mer i harmoni med formålet til best mulig tilgjengelig behandling for pasienten uten å krenke personvernet. Denne løsningen vil i tillegg over tid, etter at den har blitt godt innarbeidet, og selv om den er kostbar å opprette, kunne frigjøre tid og økonomiske midler som i dag benyttes til aktiv innhenting av informasjon. Disse midlene vil igjen kunne komme pasienten til gode ved en mer tilfredsstillende behandling på andre områder.

## 5 Litteraturliste

Befring, Anne Kjersti. *Lov om helsepersonell, kommentarutgave*. Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad. Bergen 2001.

Engelschiøn, Sverre. *Helseregisterloven kommentarutgave*. Sverre Engelschiøn, Christine Lie Ulrichsen og Bjørn Nilsen. Oslo 2002.

Schartum, Dag Wiese. *Personvern i informasjonssamfunnet, en innføring i vern av personopplysninger*. Dag Wiese Schartum og Lee A. Bygrave. Bergen 2004.

NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre, et lovutkast om personvern, pasientvern og helsevern.

Ot.prp.nr 13 (1998-1999) Lov om helsepersonell med videre.

Ot.prp.nr 5 (1999-2000) Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

Forskrift om pasientjournal av 21.desember 2000 nr 1385, gitt av helsedepartementet med hjemmel i helsepersonelloven av 2.juli 1999 nr. 64 § 40.

Internettsider:

<http://www.datatilsynet.no>

( <http://www.jus.uio.no/sekr/studieinformasjon/fagsider/spesialoppgave/retningslinjer> )

## **6 Lister over tabeller, figurer m v**

Figur 1: hentet fra Schartum og Bygrave, Personvern i informasjonssamfunnet, en innføring i vern av personopplysninger, 2004, side 34.

Figur 2: utarbeidet av Paul Georg Skogen, overlege ved barneavdelingen, Sykehuset Levanger og Ingrid Moe.