

# **Et kritisk blikk på informasjonsflyten innad i helsevesenet**

Kandidatnummer: 595

Leveringsfrist: 25.04.08

Til sammen 17971 ord

20.04.2008

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b>1.1</b>	<b>Oppgavens tema og formål</b>	<b>1</b>
1.1.1	Oversikt	1
1.1.2	Overføring av helseopplysninger	1
1.1.3	Tilegnelse av helseopplysninger	2
<b>1.2</b>	<b>Rettslig grunnlag og rettskilder</b>	<b>4</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>TAUSHETSPLIKT SOM LOVENS UTGANGSPUNKT</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>2.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>Taushetspliktens formål</b>	<b>9</b>
<b>2.3</b>	<b>Hvem er underlagt taushetsplikt?</b>	<b>10</b>
<b>2.4</b>	<b>Hvilke opplysninger er underlagt taushetsplikt?</b>	<b>10</b>
<b>2.5</b>	<b>Opplysninger ervervet i stillings medfør</b>	<b>12</b>
<b>2.6</b>	<b>Kan man bryte taushetsplikten ved passivitet?</b>	<b>12</b>
<b>2.7</b>	<b>Unntak fra hovedregelen</b>	<b>13</b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>OVERFØRING AV HELSEOPPLYSNINGER</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b>3.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>Rettslig grunnlag</b>	<b>17</b>
<b>3.3</b>	<b>Nærmere om overføring av helseopplysninger</b>	<b>18</b>
3.3.1	Helsearbeideres behov for kommunikasjon	18
3.3.2	Informasjon i samme ledd, eller mellom flere ledd	20

3.3.3	Former for kommunikasjon	21
3.3.4	Kilder til kommunikasjon	21
<b>3.4</b>	<b>Vilkåret om nødvendighet</b>	<b>23</b>
3.4.1	Innledning	23
3.4.2	Formålsbegrensningen	24
3.4.3	Nødvendighetsvurderingen	27
3.4.4	Hvem avgjør om adgang til utlevering foreligger?	31
3.4.5	Nødvendighetskravets aktualitet og betydning	32
<b>3.5</b>	<b>Hvem kan man kommunisere med?</b>	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Pasientens reservasjonsrett</b>	<b>35</b>
3.6.1	Innledning	35
3.6.2	Utgangspunkt i et presumert samtykke	35
3.6.3	Et krav om eksplisitt samtykke i enkelte tilfelle?	37
3.6.4	Adgangen til å motsette seg informasjonsutveksling	38
3.6.5	Unntak fra reservasjonsretten ved forsendelse av epikrise?	40
3.6.6	Rettsstridsreservasjonen	41
<b>3.7</b>	<b>Konsekvenser av brudd på reglene</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b><u>TILEGNELSE AV JOURNALOPPLYSNINGER</u></b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>Rettslig grunnlag</b>	<b>48</b>
<b>4.3</b>	<b>Virksomhetens ansvar</b>	<b>49</b>
<b>4.4</b>	<b>Helsearbeiderens adgang til opplysninger som er gjort tilgjengelig</b>	<b>55</b>
<b>4.5</b>	<b>Konsekvenser av brudd på reglene</b>	<b>57</b>
4.5.1	Den enkelte virksomhet	57
4.5.2	Den enkelte helsearbeider	58
<b>5</b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b>60</b>

## 1 Innledning

### 1.1 Oppgavens tema og formål

#### 1.1.1 Oversikt

Tema for avhandlingen er den informasjonsflyt som foregår innenfor helsesektoren, enten fra helsearbeider til helsearbeider, eller fra helseregister til helsearbeider. For å gi en systematisk drøftelse av dette emnet, har jeg funnet det hensiktsmessig å dele informasjonsstrømmen i to hovedformer, henholdsvis *overføring* og *tilegnelse* av helseopplysninger. Med overføring mener jeg de tilfeller hvor en helsearbeider etter forespørsel fra annet helsepersonell videregir pasientopplysninger som skal benyttes i helsehjelpen. Med tilegnelse sikter jeg til de situasjoner der helsearbeideren annekterer opplysninger han eller hun gjennom elektronisk- eller papirbasert journalregister har tilgang til. Kommunikasjonsformene behandles i separate kapitler.

Avhandlingens hovedtyngde vil hvile på de regler som omhandler kommunikasjonsretten til helsearbeidere, altså overføringsretten, siden det er de samme grunnvilkår som regulerer helsepersonells tilegnelsesadgang.

Formålet med oppgaven vil være å gi en fremstilling og vurdering av de bestemmelser som regulerer informasjonsretten i helsevesenet. Drøftelsen vil bygge på to motstridende hensyn, henholdsvis adgangen til en *effektiv informasjonsutveksling* og *personvernet*.

Hvilke regler som knytter seg til dette emnet, og som derfor skal behandles i det følgende, vil jeg redegjøre for i kapittel 1.2.

#### 1.1.2 Overføring av helseopplysninger

Som det vil fremgå av det følgende, er det ofte nødvendig at helsepersonell kommuniserer seg imellom ved utøvelsen av helsehjelp. Dette er en konsekvens av at det gjerne er flere helsearbeidere som deltar i helsehjelpen. Slik kommunikasjon kan skje både muntlig og

skriftlig. Relevant for helsehjelpen vil i enkelte tilfelle også være opplysninger fra pasientens tidligere møter med helsevesenet. Slike opplysninger vil være nedtegnet i pasientens journal.

Felles for de opplysninger som ønskes overført, er imidlertid at de i utgangspunktet er underlagt helsearbeiderens taushetsplikt. Dette følger av lovens hovedregel om at helsepersonell plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til de opplysninger helsearbeideren erverver i egenskap av helsearbeider. Kommunikasjonsretten er imidlertid gjort mulig ved lovbestemmelser som innskrenker taushetsplikten mellom helsearbeidere, så lenge visse nærmere angitte vilkår er oppfylt.

Formålet med disse reglene er å gi føringer for avgjørelser som gir balanse mellom hensynet til *personvern* på den ene siden, og hensynet til en *effektiv informasjonsutveksling* på den andre. Dette kommer til uttrykk i lovens forarbeider,<sup>1</sup> men må også følge av det overordnede formål om ”å sikre rasjonelle og hensiktsmessige samarbeidsforhold” innad i helsetjenesten.<sup>2</sup> En hensiktsmessig balanse er dessuten et vilkår for at helsehjelpen skal være forsvarlig.

Dette utgangspunkt vil ligge til grunn ved den videre vurdering. En overordnet problemstilling blir derfor om dagens regelverk er egnet til å gi en ønsket balanse mellom personvernet og pasientvernet. Dette vil jeg behandle i kapittel 3.

### 1.1.3 Tilegnelse av helseopplysninger

Helseregistrene,<sup>3</sup> herunder pasientjournalene, er et av de viktigste arbeidsredskap helsepersonell har. Opplysningene i pasientjournalene skal gi den informasjon helsepersonellet trenger for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Helseregistrene utgjør derfor en omfattende kilde til helseopplysninger. Det er dessverre mye som taler for at de samtidig utgjør et problem i forhold til personvernet, ved at helsepersonell tilegner seg mer

---

<sup>1</sup> Se for eksempel NOU 1993:33 kapittel 18.6.2.

<sup>2</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 11.4.2.6.

<sup>3</sup> Det finnes i dag omkring 150 landsomfattende helseregistre. Eksempler på slike er Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Adgangen til disse opplysningene er regulert i lov av 14. april 2000 nr. 31 (personopplysningsloven) og lov av 18. mai 2001 nr. 24 (helseregisterloven).

informasjon enn det de har et legitimt behov for. Et illustrerende eksempel kan hentes fra Datatilsynets og Helsetilsynets kontroll av Akershus universitetssykehus journalsystemer 6. og 7. juni 2006.<sup>4</sup> Tilsynsrapporten avslører at de ansatte ved behandling av medarbeidere tidvis unnlater å registrere de nødvendige opplysninger i pasientjournalen, for å verne sine kolleger mot etterfølgende innsyn fra medarbeidere. Dette er en indikasjon på at urettmessig tilegnelse av journalopplysninger utgjør et sentralt og dagsaktuelt tema innenfor personvernet.<sup>5</sup>

I dagligtalen omtaler man gjerne dette som ”journalsnoking”. I motsetning til de tilfeller der helsearbeidere kommuniserer av hensyn til helsehjelpen, er det her tale om situasjoner hvor helsepersonell tilegner seg helseopplysninger de ikke har tjenstlig behov for. I motsetning til i overføringssituasjonene er det her ikke den berørte helsearbeider, etter forespørsel, som avgjør hvem som får tilgang til hvilke opplysninger. Adgangen til tilegnelse avhenger i all hovedsak av den tilgangsstyring virksomheten har oppstilt i registersystemet.

Jeg vil gi en oversikt over de regler som omhandler virksomhets ansvar for å benytte seg av løsninger som ivaretar hensynet til pasientens personvern, men avgrenser fremstillingen mot en vurdering av alternative lagringssystemer og lignende, da jeg anser dette å ligge utenfor jussens fagområde.

Etter dagens regler rammes kun den som overleverer taushetsbelagte opplysninger, mens den som selv erverver opplysninger, står fritt til å tilegne seg disse uten selv å rammes av noe oppstilt forbud. I skrivende stund er imidlertid et forslag om forbud mot tilegnelse av opplysninger under behandling.<sup>6</sup> Drøftelsen vil derfor også behandle virkningen av, og behovet for, en slik bestemmelse, slik at avhandlingen er a jour med rettsutviklingen.

---

<sup>4</sup> Statens Helsetilsyn (2006). ”Rapport fra tilsyn med konfidensialiteten og tilgjengeligheten til elektronisk pasientjournal ved Akershus universitetssykehus HF.”

<sup>5</sup> Slik også Apenes (2007) ”Et skrøpelig system.”

<sup>6</sup> Ot.prp. nr. 25 (2007-2008).

En overordnet problemstilling er om pasienten er gitt tilstrekkelig vern mot at helsearbeidere tilegner seg journalopplysninger som ikke er anskaffet i undersøkelses- eller behandlingsøyemed. Dette behandler jeg i kapittel 4.

## 1.2 Rettslig grunnlag og rettskilder

Oppgavens rettslige kjerne vil være lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven). Det rettslige utgangspunkt er hjemlet i kapittel 5, siden dette kapittel er det overordnede regelsett hva gjelder taushetsplikt og opplysningsrett for helsearbeidere. Avhandlingens tema forutsetter en grundig redegjørelse av §§ 21, 25 og 45, og jeg vil derfor legge stor vekt på disse bestemmelsene i det følgende.

Lovens regler må ses i lys av aktuelle forskriftsbestemmelser. Disse behandler jeg fortløpende der de er egnet til å utfylle eller presisere lovens bestemmelser. Spesielt viktig er forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 (journalforskriften), da denne gir regler om helsepersonells adgang til overføring og tilegnelse av helseopplysninger, samt virksomheters ansvar for tilstrekkelig organisering av journalsystemer.

De ulike kapitler i avhandlingen reiser hver for seg interessante spørsmål knyttet til rettsgrunnlaget, og jeg vil derfor innledningsvis i hvert kapittel gi en oversikt over aktuelt rettsgrunnlag. Avhandlingens emne favner over en omfattende lovmasse, og reglene er oppstilt i spredte bestemmelser ulike steder i lovverket. Et underordnet formål med oppgaven har derfor vært å gi en oversikt over reglene, slik at det skal være enklere for den enkelte helsearbeider å sette seg inn i de regler han er bundet av.

Lovens aktuelle bestemmelser med tilhørende forskrifter må ses i lys av andre rettskilder. Drøftelsen tar sikte på å avspeile et allment akseptert rettskildetilbud, siden rettskildene i helseretten som hovedregel er de samme som for de øvrige rettsområder.<sup>7</sup> I det følgende vil derfor lovens forarbeider, etterarbeider, juridisk litteratur, praksis og reelle hensyn kommenteres der dette er egnet til å belyse de ovenfor nevnte tema.

Etter en gjennomgang av norsk rettspraksis har det vist seg at reglene om overføring og tilegnelse av helseopplysninger ikke har vært gjenstand for behandling i domstolene. Drøftelsen må derfor baseres på andre rettskildedefaktorer. Dette er ikke ensbetydende med at

---

<sup>7</sup> Kjønstad (2005) s. 52.

reglene ikke er aktuelle som tema for en slik drøftelse. Kanskje er det snarere tvert imot. Dette kan være et signal om at pasientene ikke er klar over hvilke betenkeligheter helsehjelpen reiser i et personvernrettslig perspektiv.<sup>8</sup> Når pasienter oppsøker helsehjelp, er det neppe personvernet de bekymrer seg for, men den eventuelle sykdom, skade eller lyte som ligger til grunn for ønsket om helsehjelp. Samtidig har pasienter liten, eller ingen, mulighet til å observere den kommunikasjon og informasjonstilegnelse som foregår i helsevesenet.

Som følge av manglende rettspraksis legger jeg i denne avhandlingen betydelig vekt på administrativ praksis, i all hovedsak fra tilsyn og avgjørelser foretatt av Helsetilsynet med hjemmel i tilsynsloven<sup>9</sup> og helsepersonelloven kapittel 11. I fravær av praksis fra domstolene, vil vekten av denne praksis veie tyngre i et rettskildeperspektiv.<sup>10</sup> På de områder hvor det ikke en gang finnes administrativ praksis, har jeg søkt kilder i utenlandsk rett. På grunn av likhet i lovverket har jeg i tilknytning til ”nødvendighetskravet”, som behandles inngående i del 3, referert til avgjørelser foretatt av det danske *Patientklagenævnet*. Som rettskildefaktor vil disse avgjørelsene ha begrenset verdi, men de kan være betydningsfulle som argumentasjonsfaktor og ved å vise hvilke problemer prinsippet i praksis reiser.

Videre vil administrative uttalelser, typisk rundskriv fra departementet og veiledning fra Helsetilsynet, utfylle fremstillingen i den grad det finnes materiale på de ulike punkter. Slike uttalelser utgjør en relevant tolkningsfaktor ved at de er skrevet av personer med særskilt kompetanse innen de aktuelle områder.<sup>11</sup>

Vurderinger av gjeldende rett bør alltid ta utgangspunkt i allment aksepterte rettsoppfatninger.<sup>12</sup> Med dette mener jeg utbredte tolkninger i samsvar med andre rettskilder, som det synes å være enighet om blant de juridiske forfattere. Juridisk litteratur vil med dette for øye bli benyttet som utgangspunkt for avhandlingens videre drøftelser.

---

<sup>8</sup> Slik også Apenes (2007) ”Et skrøpelig system.”

<sup>9</sup> Lov av 30. mars 1984 nr. 15.

<sup>10</sup> Rasmussen (1997) s. 91.

<sup>11</sup> Rasmussen (1997) s. 93.

<sup>12</sup> Seminar for oppgaveskrivende 08.01.08.



Emnet er delvis behandlet tidligere, men da i hovedsak basert på rettstilstanden før de nye lovene av 1999.<sup>13</sup> Denne oppgaven tar som nevnt sikte på å gi en fremstilling og vurdering av dagens rettstilstand, men jeg vil henvisse til eldre rett der dette er hensiktsmessig for å gi en helhetlig drøftelse av oppgavens tema. Enkelte nyere fremstillinger behandler kommunikasjonsretten mellom helsearbeidere, og adgangen til å tilegne seg opplysninger fra et journalregister, som en del av en mer generell fremstilling om taushetsplikt.<sup>14</sup>

Forsvarlighetskravet anses som *grunnnormen i norsk helserett*,<sup>15</sup> og vil ligge til grunn for oppgavens drøftelse. Regelen følger av helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven<sup>16</sup> § 2-2, og pålegger virksomheter som yter helsehjelp og den enkelte helsearbeider å opptre forsvarlig. En problemstilling i den videre vurdering er således i hvilken grad helsepersonellovens unntak fra taushetsplikten er egnet til å fremme et godt grunnlag for forsvarlig helsehjelp, teoretisk og praktisk.

I forlengelsen av dette vil forsvarlighetskravet fungere som tolkningsmoment. Dette er en følge av at kravet om forsvarlig helsehjelp tilhører "*dypstrukturen*" i norsk helserett.<sup>17</sup> En annen måte å uttrykke dette på, er å ta utgangspunkt i at lovgiver ved lovarbeidet har tilstrebet å gi regler som oppstiller hensiktsmessige forutsetninger for adgangen til å yte forsvarlig helsehjelp. Den som anvender lovgivningen, bør således tolke reglene med dette for øyet, slik at tolkningsresultatet fremstår som den best egnede løsning for å oppnå forsvarlige resultater.

Dette viser forsvarlighetskravets to sider, henholdsvis som selvstendig rettsregel og tolkningsprinsipp. Prinsippet vil følge oppgaven som en rød tråd, og kommenteres særskilt der det anses hensiktsmessig.

---

<sup>13</sup> Se særlig Rasmussen (1997) kapittel 7.

<sup>14</sup> Se særlig Ohnstad (2003) kapittel. 6.6 og 7.7, og Hartlev (2005) kap. 9.

<sup>15</sup> Kjønstad (2005) s. 314.

<sup>16</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 61.

<sup>17</sup> Kjønstad (2005) s. 226 og 316.

## 2 Taushetsplikt som lovens utgangspunkt

### 2.1 Innledning

For å kunne gi en sammenhengende fremstilling og vurdering av reglene om helsearbeideres kommunikasjonsrett, er det nødvendig å gi en oversikt over lovens utgangspunkt; taushetsplikt. Av hensyn til oppgavens formål vil jeg nøye meg med en fremstilling av taushetspliktens mest sentrale elementer.

Taushetsplikten fremstår som et av grunnprinsippene i helseretten, og kan spores tilbake til Hippokrates legeed fra ca. 425 f.kr. I Norge ble plikten først lovregulert ved straffeloven av 1902, og legeloven av 1927.<sup>18</sup>

Alle helsearbeidere<sup>19</sup> som yter helsehjelp<sup>20</sup> er etter helsepersonelloven § 21 bundet av taushetsplikt. Bestemmelsen lyder:

*”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”.*

Helsepersonell ansatt i offentlig sektor er i tillegg underlagt reglene om taushetsplikt slik disse kommer til uttrykk i forvaltningsloven<sup>21</sup> § 13. Regelen tilsikter å ivareta de samme interesser som helsepersonelloven § 21, og er relativt lik i sin utforming:

*”Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:*

*1) noens personlige forhold,...*”

---

<sup>18</sup> Kjønstad (2005) s. 44.

<sup>19</sup> Se helsepersonelloven § 3, 1. ledd.

<sup>20</sup> Se helsepersonelloven § 3, 3. ledd.

<sup>21</sup> Lov av 10. februar 1967.

Der helsepersonell ansatt i offentlige helseforetak behandler en pasient, er de bundet av både forvaltningslovens og helsepersonellovens regler om taushetsplikt. I praksis vil imidlertid hovedregelen oppstilt i helsepersonelloven bli lagt til grunn, da denne går lenger enn forvaltningslovens regler.<sup>22</sup> Bestemmelsen innebærer en hindring mot overføring av opplysninger ervervet i egenskap av å være helsepersonell, og utgjør et motstykke til offentlighetsprinsippet og ytringsfriheten.<sup>23</sup>

Der en helsearbeider behandler forvaltningssaker, er det derimot hovedregelen i forvaltningsloven § 13, 1. ledd som gjelder. Dette er typisk i de tilfelle helsearbeideren utøver administrative oppgaver og funksjoner.<sup>24</sup>

De to regelsettenes anvendelsesområde blir i juridisk teori omtalt som skillet mellom taushetsplikt i *pasientrettet virksomhet* og *forvaltningsmessig virksomhet*.<sup>25</sup> I denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om de regler som følger av helsepersonelloven, altså den yrkesmessige taushetsplikten.

I tillegg til helsepersonelloven § 21 oppstiller også pasientrettighetsloven<sup>26</sup> § 3-6 et krav om taushetsplikt ved pasientrettet virksomhet. Bestemmelsen henviser i første ledd til ”*gjeldende bestemmelser om taushetsplikt*”. Dette må nærmere bestemt innebære de generelle reglene oppstilt i helsepersonelloven §§ 21 flg. Bestemmelsen vil således ha begrenset selvstendig betydning.<sup>27</sup> Det er imidlertid viktig å registrere at denne reguleringen gir pasienten en rett til vern om opplysninger, og således fremstår som et speilbilde av tilsvarende bestemmelser i helsepersonelloven. I det følgende vil jeg derfor behandle reglene i helsepersonelloven, med den forutsetning at de samme regler må følge av pasientrettighetsloven § 3-6.

---

<sup>22</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 83.

<sup>23</sup> Ohnstad (2003) s. 23.

<sup>24</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26.

<sup>25</sup> Kjørstad (2005) s. 272.

<sup>26</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 63.

<sup>27</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 74.

## 2.2 Taushetspliktens formål

Av de ulike personregistre som finnes i Norge, er antakeligvis informasjonsmassen vedrørende helseopplysninger den mest omfattende.<sup>28</sup> Helsearbeiderne og registrene utgjør derfor et ”*voldsomt kommunikasjonespotensiale*.”<sup>29</sup> Da helseopplysninger for pasienten kan oppleves som svært personlige og følsomme, er det viktig at det finnes regler som ivaretar pasientenes interesser hva gjelder tilgangen til disse opplysningene.

Av forarbeidene til helsepersonelloven fremgår det at ”[t]aushetsplikten i helsetjenesten verner om private interesser, og dens begrunnelse er ønsket om beskyttelse av enkeltindividers personlige forhold og private sfære.”<sup>30</sup> Hva dette konkret innebærer, er forsøkt klargjort flere steder i juridisk teori. Det synes å være enighet om at det grunnleggende formål med taushetsplikten er å styrke den enkelte pasients *personvern*, og å sikre *tillitsforholdet* mellom pasient og helsearbeider.<sup>31</sup>

Personvernet knytter seg i korte trekk til ønsket om diskresjon, og at fullstendig og korrekt informasjon skal ligge til grunn for helsehjelpen. Hensynet besørger best dersom den enkelte gis størst mulig råderett over informasjon som beskriver vedkommende. I de tilfelle pasienten er av den oppfatning at personvernet ivaretas, vil tillitten til helsevesenet styrkes. Det er derfor et sterkt tilknytningsforhold mellom disse hensynene.

Et godt tillitsforhold kan ha den konsekvens at pasienter som ellers ville vegret seg for å oppsøke helsevesenet av frykt for informasjonslekkasje, kan føle seg trygge på at helseopplysningene ikke gjøres kjent for uvedkommende.<sup>32</sup> Hvem ville for eksempel oppsøkt helsevesenet for å la seg undersøke for kjønnsykdommer, dersom undersøkelsen og resultatet av denne, var underlagt fri informasjonsflyt? I juridisk litteratur fremheves dessuten den heldige virkning at pasienten som følge av reglene ikke trenger å engste seg

---

<sup>28</sup> Rasmussen (1997) s. 5.

<sup>29</sup> Rasmussen (1997) s. 5.

<sup>30</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 11.1.

<sup>31</sup> Kjønstad (2005) s. 269 og Ohnstad (2003) s. 33.

<sup>32</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 11.1.

for å gi opplysninger. Slik unngår man at viktig informasjon for behandlingsgrunnlaget holdes tilbake.<sup>33</sup>

En ubegrenset kommunikasjonsrett mellom helsearbeidere ville på kort sikt virke effektivt for resultatet av helsehjelpen, men ville etter hvert føre til at pasienten begrenset kommunikasjonen slik at relevant data ville forbli ukjent for helsearbeideren.

Taushetsplikten er derfor en viktig rettighet for å sikre at helsepersonell kan yte så god helsehjelp som mulig, og utgjør en vital rammebetingelse for at helsearbeideren skal kunne yte forsvarlig helsehjelp.

### 2.3 Hvem er underlagt taushetsplikt?

Etter helsepersonelloven § 21 omfatter taushetsplikten alt *helsepersonell*. Hvem som omfattes av dette begrepet er definert i lovens § 3, 1. ledd. Mest praktisk er de som *autoriseres* som helsearbeidere, jfr. § 48. Denne bestemmelsen henviser til 28 grupper helsepersonell. Eksempler på slike er bioingeniør, hjelpepleier, kiropraktor, lege, psykolog, sykepleier og tannlege. På lik linje hviler plikten på dem som gis *lisens* i henhold til § 49. En lisens er en autorisasjon med nærmere angitte begrensninger.<sup>34</sup> Videre omfattes *annet personell* i helsetjenesten, samt *elever og studenter* som gir helsehjelp. Dette omfatter til sammen *alle* som yter helsehjelp i helsetjenesten.

En slik ordning kan begrunnes med at taushetspliktens formål og virkning først kan oppnås hvis alle i helsetjenesten er underlagt samme restriksjoner.<sup>35</sup> *Forarbeidene* presiserer på samme måte at hensynet til pasientens personvern ”*tilsier at taushetsplikten skal gjelde uavhengig av hvem som får slik informasjon.*”<sup>36</sup>

### 2.4 Hvilke opplysninger er underlagt taushetsplikt?

Det følger av lovens ordlyd at taushetsplikten omfatter ”... *opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold...*”. Det blir i *forarbeidene* presisert at

---

<sup>33</sup> Ohnstad (2003) s. 32.

<sup>34</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26: ”... *begrensningen kan gjelde i tid, til en bestemt stilling, til visse undersøkelses- eller behandlingsmåter.*”

<sup>35</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 120.

<sup>36</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26.

bestemmelsen omfatter "... opplysninger som har nær tilknytning til slike forhold, det gjelder ting vedrørende pasientens livshistorie, [og] det gjelder hva legen iakttar i hjemmet under sykebesøk som hører privat- og familielivet til. Som utgangspunkt bør legen ha taushetsplikt med hensyn til sine pasienters navn, bopel, alder og liknende."<sup>37</sup>

Sammenfattet kan man si at taushetsplikten dekker all personidentifiserbar informasjon knyttet til en person.<sup>38</sup> Opplysninger om sosiale forhold, partitilhørighet, seksuell legning, økonomi mv. er således informasjon som ikke skal gjøres kjent for andre.

At ikke-medisinske opplysninger omfattes av reglene kan forsvares med hensynet til at pasienten skal oppsøke helsehjelp.<sup>39</sup> Et eksempel kan være der noen skader seg under produksjon av hjemmebrent. I slike tilfelle kan man tenke seg at den skadede ikke ville oppsøkt helsehjelp dersom informasjon vedrørende skadeårsaken kunne gjøres kjent for andre.

Opplysninger om *pasientforholdet* er som hovedregel underlagt taushetsplikt i de tilfelle opplysningene gir holdepunkter for slutninger om sykdom og helse.<sup>40</sup> Som eksempel kan nevnes de tilfelle der pårørende kontakter en institusjon for å få opplysninger om hvorvidt personer er innlagt der. Det følger av *forarbeidene* at man allerede ved innleggelsen skal konfrontere pasienten med om slike opplysninger kan gis videre.<sup>41</sup> I de tilfelle dette ikke er mulig, skal pasientens *formodede vilje* legges til grunn. Det presiseres dessuten at ulike klientforhold tilsier ulike vurderinger i relasjon til konfidensialitet. Som eksempel må det i de situasjoner pasienten er innlagt for psykiatrisk behandling eller i rusmiddelinstitusjon, vises større forsiktighet enn der pasienten er innlagt for en alminnelig somatisk lidelse. Dette innebærer at opplysningsretten i disse tilfellene må vurderes i forhold til opplysningenes *art* og til *hvem* som ønsker informasjonen.

I Rt. 1995 s. 191 kom Høyesterett til at informasjon vedrørende det faktum at en pasient hadde oppsøkt psykolog er underlagt taushetsplikt.

---

<sup>37</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) s. 138.

<sup>38</sup> NOU 1993:33 kapittel 16.2.1.

<sup>39</sup> NOU 1993:33 kapittel 16.2.1.

<sup>40</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 11.4.1.

<sup>41</sup> NOU 1993:33 kapittel 16.2.2.

## 2.5 Opplysninger ervervet i stillings medfør

Taushetsplikten omfatter opplysninger helsepersonell får adgang til ”... *i egenskap av å være helsepersonell.*” Som hovedregel vil dette være opplysninger vedkommende får kjennskap til i arbeidssammenheng. En problemstilling som reiser seg i lys av dette utgangspunkt er hvorvidt taushetsplikten gjelder for opplysninger mottatt utenfor tjenesteforholdet. Gjeldende rett samsvarer med det som ble lagt til grunn i Rt. 1989 s. 1363 (Sosialarbeiderdommen),<sup>42</sup> og jeg vil derfor se nærmere på de avgjørende uttalelser i denne.

Det ble anlagt straffesak mot en kommunalt ansatt barnevernspedagog etter et fødselsdagsselskap. I løpet av festen hadde det blitt konsumert en del alkohol, og en av festdeltakerne hadde ut på kvelden fått et nervøst sammenbrudd. Tiltalte hjalp festdeltakeren bort til en sofa hvor hun fikk roet henne. Kvinnen fortalte da at hun ønsket å snakke med tiltalte om ”*noe privat*”. Tiltalte ga da uttrykk for at dette kunne gjøres på hennes kontor den påfølgende dag. Fornærmede fortalte likevel at hun over en lengre periode i barndommen hadde blitt misbrukt av sin bestefar. Neste dag informerte barnevernspedagogen festens vertinne om samtalen og innholdet i denne.

Den rettslige problemstilling er om dette var opplysninger som kvinnen hadde mottatt i egenskap av å være helsepersonell. Høyesterett la til grunn at ”[t]iltalte må... ha oppfattet [fornærmedes] henvendelse som en appell til henne qua helsearbeider, idet hun straks gav uttrykk for at det var bedre at [fornærmede] oppsøkte henne neste dag på kontoret.” Retten var derfor av den oppfatning at informasjonen var underlagt reglene om taushetsplikt, fordi det her hadde oppstått et *klientforhold* mellom tiltalte og fornærmede.

## 2.6 Kan man bryte taushetsplikten ved passivitet?

Tema for behandling i dette avsnitt er ordlydens formulering: ”... *skal hindre at...*” Ordlyden trekker i retning av at helsepersonell har en *aktiv* plikt til å hindre lekkasje av pasientopplysninger. En slik forståelse er i overensstemmelse med forarbeidene, som fremhever at taushetsplikten ”... *ikke bare er en passiv plikt til å tie, men også en aktiv*

---

<sup>42</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26. Merknader til § 21.

*plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.”<sup>43</sup> Den enkelte helsearbeider plikter derfor å vise tilstrekkelig påpasselighet slik at opplysninger ikke gjøres kjent for uvedkommende. I dette ligger at informasjon må oppbevares og håndteres på en forsvarlig måte.<sup>44</sup> Hva gjelder journalopplysninger, følger dette direkte av journalforskriften § 14 ved at disse skal oppbevares slik ”... at uvedkommende ikke får tilgang til dem.”*

I den ovenfor behandlede avgjørelse inntatt i Rt. 1989 s. 1363 (Sosialarbeiderdommen), ble det også tatt stilling til om ubeskyttet oppbevaring av taushetsbelagte opplysninger i sosialarbeiderens hjem var i strid med aktivitetsplikten. Ved ransaking hos tiltalte fant man et dokument som lå sammen med noen andre papirer på kjøkkenet, og et annet dokument på en hylle i stuen. Opplysningene var av meget sensitiv karakter. Høyesterett var av den oppfatning at ”den klart skjødesløse oppbevaringsmåte” innebar et grovt uaktsomt brudd på taushetsplikten.

## 2.7 Unntak fra hovedregelen

Unntak fra taushetsplikten kan i grove trekk gjøres i to tilfelle, henholdsvis der pasienten *samtykker* i at taushetsbelagte opplysninger kan videreformidles, og der *samfunnsmessige interesser* tilsier at taushetsplikten må innskrenkes til fordel for mer tungtveiende hensyn.

Førstnevnte tilfelle er regulert i helsepersonelloven § 22, 1. ledd:

*”Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.”*

På samme måte som pasienten har selvbestemmelsesrett i forhold til hvorvidt han skal behandles, har han også selvbestemmelsesrett i forhold til overføring av helseopplysninger. Da reglene utelukkende er gitt for å beskytte pasienten, er det rimelig at loven åpner for at han også kan samtykke til frigivelse av slike ellers taushetsbelagte opplysninger, der han

---

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26.

<sup>44</sup> Tilsynsinfo 2005:3 s. 4.



anser dette hensiktsmessig. En slik løsning er i overensstemmelse med autonomiprinsippet, siden samtykkeadgangen medfører at pasienten får råderett over sine egne personopplysninger, og gis adgang til å delta i beslutninger som angår ham selv. Dette er ønskelig fordi pasientautonomi anses som et grunnprinsipp i norsk helserett,<sup>45</sup> og helselovgivningens regler tilsikter å være i overensstemmelse med slike prinsipper.

Samtykkeadgangen ivaretar samtidig vedkommendes krav på integritetsvern, og er derfor et instrument for å understøtte formålet med taushetsplikten. Der pasienten samtykker til frigivelse av slike opplysninger, er det som regel i pasientens egen interesse at taushetsplikten innskrenkes, og tillitsforholdet mellom lege og pasient lider således ikke last tross frigivelsen.

Et vilkår for gyldig samtykke er at pasienten er tilstrekkelig *informert* om konsekvensene av dette, hvilke opplysninger som er aktuelle, og formålet med overføringen av disse.<sup>46</sup> Videre må avgiver være *kompetent* til å gi et slikt samtykke. Krav til samtykkekompetanse er regulert i pasientrettighetsloven §§ 4-3 flg. Kompetansen ”*avhenger av ... en konkret vurdering av pasientens modenhet, psykiske og somatiske tilstand.*” I praksis innebærer dette at ”... *vedkommende psykisk og fysisk må være i stand til både å forstå og vurdere konsekvensene av samtykket.*”<sup>47</sup>

For det andre kan opplysninger gis der det er oppstilt særskilt hjemmel for dette i loven. Slike unntak er blant annet gitt i helsepersonelloven §§ 23 til 38.<sup>48</sup> Selv om unntakene kan anses å svekke pasientens personvern, har lovgiver valgt å åpne for innskrenkninger i taushetsplikten der andre hensyn anses å veie tyngre. En begrensning er imidlertid gitt i helsepersonelloven § 25, der kommunikasjon mellom samarbeidende

---

<sup>45</sup> Kjønstad (2005) s. 39.

<sup>46</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) pkt 11.4.2.1.

<sup>47</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) pkt. 11.4.2.1.

<sup>48</sup> Unntakene følger av hjemmel oppstilt i helsepersonelloven § 23, 5. ledd. Loven deler disse inn i tre underkategorier, henholdsvis *opplysningsrett* (for eksempel opplysninger til samarbeidende personell), *opplysningsplikt* (for eksempel der opplysninger gis til barneverntjenesten ved mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt) og *meldeplikt* (for eksempel melding om fødsler og dødsfall). I denne avhandlingen er det, som presisert innledningsvis, helsepersonelloven §§ 25 og 45 som skal behandles. Jeg vil derfor ikke gå inn på de øvrige unntak i det følgende.

personell må vike for taushetsplikten, hvis pasienten motsetter seg informasjonsutveksling.<sup>49</sup>

Flere forfatter kritiserer denne lovgivningen for å medføre en unødvendig uthuling av taushetsplikten, og fremhever en trend hvor samfunnsmessige interesser tillegges stadig større vekt på enkeltindividets bekostning.<sup>50</sup> Etter min mening er det behov for lovbestemte unntak fra taushetsplikten. Som jeg var inne på innledningsvis i oppgaven, vil det ikke være hensiktsmessig å opprettholde personvernet for enhver pris. Lovgiver har etter en helhetsvurdering ansett andre hensyn å veie tyngre enn personvernet i nærmere angitte tilfelle.<sup>51</sup>

Kritikk mot unntakene bør konsentreres mot om lovteksten er tilstrekkelig klar og avgrenset, og om unntakene fortjener vern etter hvert som samfunnsforholdene endrer seg. Jeg er videre enig med *Oma* i at samtykke som eneste legale unntak fra taushetsplikten, over tid vil være utsatt for en utvikling mot ”*inflasjon i samtykkebruken*”, med den følge at kommunikasjonsretten blir videre og grensene mer uklare enn dersom unntakene er oppstilt i lovverket.<sup>52</sup>

Det er imidlertid ikke tvil om at personvernet er et beskyttelseverdig retts gode som må veie tungt, og at lovgiver ved behandling av unntak fra taushetsplikten må legge listen høyt for uthuling av denne. Noe annet kan føre til at pasienten ikke lenger gir tilstrekkelig informasjon til helsearbeideren, med den følge at grunnlaget for god behandling og oppfølging reduseres betraktelig.

---

<sup>49</sup> Se kapittel 3.6.4.

<sup>50</sup> Se særlig Kjønstad (2005) s. 300.

<sup>51</sup> Som eksempel kan nevnes helsepersonelloven § 25 som suspenderer taushetsplikten for nødvendige helseopplysninger mellom samarbeidende personell.

<sup>52</sup> *Oma* (1998) s. 259.

### 3 Overføring av helseopplysninger

#### 3.1 Innledning

Som det vil fremgå av kapittel 3.3.1 er tilstrekkelig informasjon om pasienten ofte nødvendig for at vedkommende skal motta forsvarlig helsehjelp. I kapittel 2.7 redegjorde jeg for helsepersonells adgang til å videreformidle ellers taushetsbelagte opplysninger på grunnlag av samtykke. I dette kapittel er det rettsreglene tilknyttet helsearbeiderens kommunikasjonsrett som skal behandles, altså helsearbeiderens adgang til å *overlevere* helseopplysninger, enten skriftlig eller muntlig, uten samtykke fra pasienten.<sup>53</sup> Disse reglene må vurderes opp mot de to motstridende hensyn som jeg nevnte innledningsvis, henholdsvis person- og pasientvernet.

Det kan være lett å se seg blind på hensynet til personvernet i en slik drøftelse. Personvernet anses i dagens samfunn som et svært viktig rettsgode, og tilegnes relativt mye omtale både i media og juridisk litteratur. Det er imidlertid viktig å ha i mente at en effektiv informasjonsutveksling vil være i pasientens interesse der den brukes i samsvar med sitt formål, nemlig å tilegne seg et optimalt informasjonsgrunnlag for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. I en utredning utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet fremhever et offentlig oppnevnt utvalg, med representanter fra helsevesenet, det synspunkt at ”... *det i balansen mellom personvern hensyn og hensyn til god informasjonsflyt [må] tas mer hensyn til samhandlingsbehovet*”.<sup>54</sup> Utvalget etterlyser således et sterkere fokus på pasientvernet. Dette er en indikasjon på at lovgiver ved en eventuell revidering av regelverket bør vise varsomhet med å oppstille regler som styrker personvernet ytterligere, på bekostning av helsearbeidernes adgang til samhandling. Dette innebærer samtidig at det i en slik drøftelse er viktig å behandle rettsreglene med et ”åpent sinn”, og ha i mente at det vil være ulike interesser i befolkningen vedrørende verdsettelsen av ulike rettsgoder. Til tross for at personvernet står sterkt i samfunnsopinionen, og anses å være en av våre viktigste

---

<sup>53</sup> Avhandlingens kapittel 4 vil gi en redegjørelse for rettsgrunnlaget i forhold til helsearbeiderens adgang til å *tilegne* seg opplysninger som er lagret i et register, uten samtykke fra pasienten.

<sup>54</sup> NOU 2005:3. ”Fra stykkevis til helt.” Kapittel 2.3.2.

rettsgoder, er det ikke dermed sagt at det må oppstilles regler som for enhver pris verner slike interesser på bekostning av andre.

### 3.2 Rettslig grunnlag

Som det fremgår av avhandlingens innledende kapittel tar oppgaven utgangspunkt i helsepersonellovens regler. Lovens hovedformål er å bidra til *sikkerhet* for pasienter, *kvalitet* i helsetjenesten og *tillitt* til helsepersonell og helsetjenester, jfr. § 1. Bestemmelsen fungerer som et argument ved tolkningen av lovens øvrige bestemmelser.<sup>55</sup> Jeg oppfatter imidlertid lovteksten dit hen at den ikke oppstiller noe nærmere preferanse om hvorledes hensynet til personvern bør vektes i forhold til pasientvernet. Antakeligvis er en rimelig tolkning at § 1 gir uttrykk for at rettsanvenderen selv må søke en forståelse som gir grunnlag for en hensiktsmessig balanse mellom disse motstridende politiske mål.

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 regulerer begge helsearbeiderens adgang til å kommunisere med annet helsepersonell der dette er påkrevd for å yte forsvarlig helsehjelp. Kommunikasjonsretten fremstår som en effektivisering i forhold til samtykkereglene, ved at helsevesenet ikke trenger å bruke ressurser på å innhente pasientens samtykke.

Førstnevnte bestemmelse er plassert i kapittelet ”*Taushetsplikt og opplysningsrett*” og fremstår som den overordnede regel i forhold til helsepersonells adgang til å overføre opplysninger. Ordlyden i første ledd er som følger:

*”Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.”*

Det følger av lovens forarbeider at paragrafen i hovedsak er en videreføring av legeloven § 34.<sup>56</sup> Dette vil være av interesse i det følgende når bestemmelsens innhold skal behandles.

Lovens § 45 fremstår som en presisering av § 25 og slår fast at:

---

<sup>55</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 24.

<sup>56</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 229 og Innst.O. nr. 58 (1998-1999) kap. 2.

*”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...”*

Etter denne bestemmelsen må tilsvarende kommunikasjonsadgang gjelde der opplysningene er dokumentert i journal. Ordlyden er tilnærmet likelydende med § 25, og jeg er derfor kommet til at det er forsvarlig å behandle disse bestemmelser i en felles drøftelse. Der bestemmelsene fraviker i ordlyden vil dette behandles i de aktuelle avsnitt.

I praksis vil det ofte være slik at § 25 regulerer forholdet til taushetsplikten overfor annet helsepersonell i en pågående undersøkelse eller behandling, både innenfor og utenfor virksomheten, mens § 45 i all hovedsak er aktuell i de tilfelle hvor det er nødvendig å innhente informasjon om helsehjelp som tidligere er ytet pasienten.<sup>57</sup> Denne distinksjonen er imidlertid av mindre interesse i denne sammenheng, og jeg vil derfor ikke ta opp denne tråden i det følgende.

Pasientrettighetsloven § 5-3, 4. pkt. presiserer at pasienten har krav på at overføring av journal skal skje i henhold til helsepersonellovens bestemmelser. Dette må særlig gjelde de vilkår som følger av § 45.<sup>58</sup> Bestemmelsen fremstår derfor som en avspeiling av denne. Jeg vil knytte noen kommentarer til det faktum at bestemmelsen, i motsetning til helsepersonellovens regler, uttrykkelig åpner for fravikelse av pasientens adgang til å motsette seg journaloverføringen *”dersom tungtveiende grunner taler for det”*.<sup>59</sup>

### 3.3 Nærmere om overføring av helseopplysninger

#### 3.3.1 Helsearbeideres behov for kommunikasjon

Som for svært mange andre yrkesutøvere, er helsearbeidere ikke ”trollmenn” med ubegrensede evner og kunnskaper innen sitt arbeidsområde. Det er derfor ofte nødvendig at flere helsearbeidere deltar i helsehjelpen. I den senere tid har vi dessuten hatt en utvikling

---

<sup>57</sup> Rasmussen (1997) s. 405

<sup>58</sup> Syse (2004) s. 297.

<sup>59</sup> Pasientrettighetsloven § 5-3, 3. pkt.

innen legevitenskapen hvor det blir mer vanlig med en spesialisert utdanning innen bestemte fagfelt. I praksis har dette ført til at stadig færre leger ønsker å ta et samlet behandlingsansvar for pasienten.<sup>60</sup> Oppdelingen av det faglige ansvaret medfører et behov for kommunikasjon mellom ulike helsearbeidere og helseprofesjonister.

Helsevesenets behov for bemanning dekket ved ulike vaktordninger, er også en viktig årsak til helsesektorens behov for lagring og overføring av pasientinformasjon. Det samme gjelder den medisinske sektors karrieremønster, med hyppige endringer i personalet. *Rasmussen* oppsummerer dette på følgende treffende måte, ved at de anførte momenter fører til at ”... *helsevesenets dokumenter og materiale skifter karakter fra å være redskap for egen hukommelsesaktivering, til å bli mer eller mindre nødvendige kommunikasjonsdokumenter.*”<sup>61</sup>

Helsepersonelloven § 4 krever at den helsehjelp som ytes er ”forsvarlig”.<sup>62</sup> Dette innebærer en rett for pasienten til en viss minstestandard på den helsehjelp som ytes. Når pasientens tilstand tilsier det skal helsehjelpen, i henhold til bestemmelsens andre ledd, ytes ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell. Det vil derfor medføre et større ansvar for den enkelte helsearbeider, dersom han alene stiller en feilaktig diagnose, eller utfører en uforsvarlig behandling, der dette kunne vært unngått ved samarbeid med andre helsearbeidere. Det samme må følge med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

En slik forståelse kommer også klart til uttrykk i forarbeidene, hvor det uttales at forsvarlighetskravet innebærer at helsepersonell ”... *har en plikt til å skaffe til veie tilstrekkelige opplysninger før helsehjelp gis.*”<sup>63</sup> Reguleringsmåten gir derfor helsearbeiderne et incitament til å kommunisere med andre. Dette er også av vesentlig interesse for denne avhandlingen, siden en slik plikt medfører at lovgiver må ta hensyn til dette når man oppstiller regler til vern om pasientopplysninger.

---

<sup>60</sup> Rasmussen (1997) s. 407.

<sup>61</sup> Rasmussen (1997) s. 407.

<sup>62</sup> Se nærmere kapittel 3.4.2.

<sup>63</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 4.2.6.2.

### 3.3.2 Informasjon i samme ledd, eller mellom flere ledd

For å kunne gi en systematisk oversikt over informasjonsstrømmen innad i helsevesenet, velger jeg å dele den inn i to hovedlinjer.

For det første er pasienten ofte avhengig av behandling i *flere ledd/flere institusjoner*. Som eksempel kan et overtråkk på idrettsbanen føre til behov for konsultasjon hos allmennlege i første ledd. Kan ikke tilstrekkelig behandling ytes av denne (det er for eksempel mistanke om brudd, som medfører et behov for røntgenbilde), vil pasienten typisk få en henvisning til spesialist i andre ledd. I enkelte tilfelle kan det tenkes at denne ikke yter rehabiliterende behandling, slik at en fysioterapeut vil gi avsluttende helsehjelp i tredje ledd. Mellom disse leddene reiser det seg spørsmål om hvilke opplysninger som kan overføres, og til hvilke ledd som er avhengig av den aktuelle informasjonen.

For det andre vil det ofte være nødvendig med flere helsearbeidere i *samme ledd/samme institusjon*. Vår uheldige idrettsutøver vil etter henvisning komme i kontakt med en radiograf (den som tar røntgenbildet). Finner radiografen at det foreligger et komplisert brudd vil det ofte konfereres med radiolog (lege som er spesialist i røntgen) før bildene tas. Ankler må opereres raskt (innen 6-8 timer) før de hovner for mye opp. Av denne grunn vil i enkelte tilfelle vakthavende ortoped bli tilkalt, slik at denne kan vurdere om operasjon skal gjennomføres. Ved beslutning om operasjon møter pasienten flere sykepleiere, anestesilege og avslutningsvis personalet på post operativ avdeling. De samme hensynene gjør seg gjeldende også her, hva gjelder den informasjonen som kan deles mellom de deltakende helsearbeiderne.

Felles for de to samarbeidsformene, er at tilstrekkelig kommunikasjon av relevante opplysninger om pasienten ofte er nødvendig for at helsearbeideren skal kunne yte forsvarlig helsehjelp, slik han er pålagt etter helsepersonelloven § 4. Mangel på informasjon kan ha dramatiske følger. Reglene om unntak fra den oppstilte taushetsplikten, slik disse er utformet i helsepersonelloven §§ 25 og 45, er derfor i vesentlig grad et vilkår for å kunne yte en helhetlig og forsvarlig helsehjelp, og styrker således pasientsikkerheten.

### 3.3.3 Former for kommunikasjon

Kommunikasjon mellom helsearbeidere kan skje både muntlig og skriftlig, og begge former foregår i stor utstrekning innenfor helseinstitusjonene. Behovet for denne kommunikasjonen er behandlet i det foregående.

Et eksempel som viser begge former for kommunikasjon, kan tenkes der pasienten er innlagt på intensivavdeling. Kommunikasjon mellom anestesilege og kirurg foregår både muntlig ved møter, planlagte visitter, ved tilkalling og ved skriftlige notat i pasientjournalen.<sup>64</sup>

Ofte vil det nok være slik at muntlig kommunikasjon er det mest praktiske i normale samarbeidssituasjoner i samme ledd, mens skriftlig kommunikasjon vil være praktisk der helsehjelpen ytes over flere ledd, eller der helsehjelpen blir ytet over et visst tidsrom. Dette er imidlertid bare et utgangspunkt, noe som for øvrig kommer direkte til uttrykk i eksempelet ovenfor.

Det må følge av ordlyden at begge kommunikasjonsformer faller inn under anvendelsesområdet til helsepersonelloven §§ 25 og 45. En slik tolkning støttes i forarbeidene.<sup>65</sup> En annen forståelse ville åpnet for omgåelse av loven.

### 3.3.4 Kilder til kommunikasjon

Helsearbeideres informasjonsbase kan deles inn i tre hovedgrupper; helsearbeidernes hukommelse, pasientjournalene og de sentrale og regionale pasient- eller sykdomsregistre. De to sistnevnte grupper omtales også under samlebetegnelsen helseregistre.

Som en følge av den teknologiske utviklingen de senere år, er pasientjournalene lagret både i fysiske dokumenter og i elektroniske registre. Hjemmel for å lagre pasientjournaler elektronisk er gitt i helsepersonelloven § 46. Også for en og samme pasientjournal kan informasjonsmassen være delt i et elektronisk- og papirbasert register. Dette følger av journalforskriften § 5, 4. ledd.

Utviklingen med å registre pasientjournalene elektronisk har både negative og positive sider. Økt bruk av informasjonsteknologi innebærer at det kan bli vanskeligere å

---

<sup>64</sup> Eksempel hentet fra "Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien" (2005).

<sup>65</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 240. Se også Befring og Ohnstad (2001) s. 139.



ivareta personvernet enn tidligere. Dette skyldes i korte trekk enklere tilgang til helseregistrene og muligheten for høyere omløpshastighet av opplysninger. På den annen side er dette positivt i forhold til pasientvernet, da en økt adgang til effektiv tilegnelse av nødvendige opplysninger er et gode som verdsettes høyt innenfor helsetjenestene.

Elektronisk journalføring kan imidlertid også ha en positiv påvirkning på personvernet, forutsatt at virksomheten oppfyller sine lovpålagte plikter.<sup>66</sup> For det *første* gir journalsystemene mulighet for å tilgangsstyre helsepersonells adgang til journalopplysninger. Ved å gi brukerne en unik identitet med forhåndsdefinerte brukerrettigheter, vil de bare ha adgang til opplysninger de er autorisert for. For det *andre* kan det opprettes løsninger for å kontrollere uautorisert og ulovlig innsyn.<sup>67</sup> Dette utgjør imidlertid bare et effektivt vern for pasienten dersom kontrollen medfører at helsearbeiderne avstår fra urettmessig tilegnelse.

De samme hensyn gjør seg gjeldende for de sentrale og regionale pasient- eller sykdomsregistre. Også her har den politiske målsetning vært å finne balansen mellom samfunnets behov for opplysninger og individers ønske om hemmeligholdelse, slik at det nødvendige tillitsforhold mellom helsetjenesten og befolkningen opprettholdes.<sup>68</sup>

Da helsepersonells taushetsplikt omfatter alle opplysninger om ”*folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell*”, jfr. helsepersonelloven § 21, er det av mindre betydning for taushetsplikten hvilken kilde opplysningene er hentet fra. Av denne grunn vil jeg ikke gjøre noe større poeng ut av denne kategoriseringen i det følgende, med unntak av de tilfelle der informasjonskilden er avhengig for valg av lovhjemmel.

---

<sup>66</sup> Se kapittel 4.3.

<sup>67</sup> NOU 2005:3 s. 93.

<sup>68</sup> Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) kapittel 6.2.

### 3.4 Vilkåret om nødvendighet

#### 3.4.1 Innledning

I det foregående har jeg redegjort for at helsearbeidere som utgangspunkt er underlagt en absolutt taushetsplikt, men at dette forbudet i visse tilfelle kan innskrenkes der kommunikasjon mellom helsearbeidere er et vilkår for å kunne yte pasienten tilfredsstillende helsehjelp.

Til støtte for personvernet er det i helsepersonelloven §§ 25 og 45 oppstilt en buffer som innskrenker overføringsretten til opplysninger som anses ”*nødvendig*” for å kunne oppfylle forsvarlighetskravet. Innholdet i helsehjelpen er derfor avgjørende for hvilke opplysninger som kan overføres. I juridisk litteratur blir dette også referert til som et prinsipp om ”*need to know*”.<sup>69</sup> Reguleringen fremstår således som en behovsavgrensning, og må relateres både til *hvilke* opplysninger som kan gis, og til *hvem* som kan motta disse.<sup>70</sup> Det følger av forarbeidene til legeloven § 34 at regelen skal ”*tjene pasienten og behandlingen av ham*”, og overlevering av opplysninger må derfor være i pasientens interesse.<sup>71</sup>

Nødvendighetskravet utgjør imidlertid også den sentrale buffer for hvilke opplysninger helsearbeideren kan *tilegne seg*. Som eksempel kan nevnes helseregisterloven § 13, 2. pkt., som nettopp oppstiller nødvendighetskravet som behovsavgrensning, og for øvrig også henviser til de generelle regler om taushetsplikt. En tilsvarende henvisning er oppstilt i journalforskriften § 4 litra b og f. Det som her blir behandlet vedrørende nødvendighetsregelen vil derfor i det alt vesentligste også være av interesse for den etterfølgende drøftelse vedrørende helsepersonells adgang til å tilegne seg opplysninger.

Nødvendighetskravet fremstår som en innstramming i forhold til legeloven § 34, som kun oppstilte et krav om at informasjon kunne gis ”*av hensyn til*” undersøkelsen eller behandlingen. Forskjellen foreligger imidlertid i all hovedsak bare på papiret. På grunnlag

---

<sup>69</sup> Kjønstad (2005) s. 286, Oma (1998) s.62 og Rasmussen (1997) s. 408.

<sup>70</sup> Hartlev (2005) s. 396.

<sup>71</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) s. 243.

av legelovens forarbeider,<sup>72</sup> daværende journalforskrift og reelle hensyn, utviklet det seg i praksis et nødvendighetskrav på lik linje med det som oppstilles i dagens lovgivning.<sup>73</sup> Nødvendighetskravet fremstår derfor som en videreføring av legelovens regler.

### 3.4.2 Formålsbegrensningen

Nødvendighetskravet slik det kommer til uttrykk i helsepersonelloven §§ 25 og 45 fungerer som en formålsbegrensning. I § 25 følger dette av at taushetsplikten kan innskrenkes der det er nødvendig *”for å kunne gi forsvarlig helsehjelp”*. Samme vilkår følger av § 45. Formålet med å suspendere taushetsplikten må derfor i det enkelte tilfelle knytte seg til helsepersonellens lovpålagte plikt til å yte forsvarlig helsehjelp, slik denne kommer til uttrykk i lovens § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. En drøftelse vedrørende nødvendighetskravet forutsetter derfor et innblikk i hva vilkåret om *”forsvarlig helsehjelp”* innebærer.

Begrepet *”helsehjelp”* regulerer *”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.”* Dette følger av helsepersonelloven § 3, 3. ledd. Samlet omfatter dette nærmest all pasientrettet virksomhet.<sup>74</sup> Taushetsplikten verner ikke bare om de typiske helseopplysninger, men all informasjon lagret om pasienten. Som en følge av at ordlyden inneholder presiseringen *”helsehjelp”*, vil imidlertid opplysninger som kan overføres med hjemmel i helsepersonelloven i all hovedsak tilhøre kategorien helserelaterte opplysninger.<sup>75</sup> Unntak vil eventuelt måtte gjøres der opplysninger av mer privat karakter vil kunne påvirke helsehjelpen på en slik måte at de oppfyller behovsavgrensningen.

En drøftelse vedrørende formålsbegrensningen forutsetter videre et innblikk i hva vilkåret om *”forsvarlighet”* innebærer. Innholdsmessig utgjør prinsippet et av de mest omfattende emnene innenfor helseretten. Jeg vil derfor konsentrere meg om å fremheve noen hovedpunkter, slik de kommer til uttrykk i forarbeider og juridisk teori.

---

<sup>72</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) s. 167.

<sup>73</sup> Rasmussen (1997) s. 409. Slik også Oma (1998) s. 94 og Warberg (1995) s. 231.

<sup>74</sup> Kjønstad (2005) s. 215.

<sup>75</sup> Hartlev (2005) s. 396.

Forsvarlighetsplikten hviler på den enkelte helsearbeider og virksomheter tilhørende spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter praktisk talt all helsehjelp som ytes her i landet. Standarden inneholder både et *kvalitetskrav* og et *aktsomhetskrav*.

Aktsomhetskravet innebærer at helsearbeideren plikter å vurdere sine faglige kvalifikasjoner i forhold til den helsehjelp som skal ytes, jfr. helsepersonelloven § 4, 2. ledd. Kvalitetskravet gir pasienten rett til en viss minstestandard på helsehjelpen.<sup>76</sup> Til grunn for den følgende drøftelse ligger det kvalitetskrav som oppstilles for den enkelte helsearbeider, da det er dette som refereres til i helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Forsvarlighetskravet fremstår som en rettslig standard.<sup>77</sup> Man må derfor gå utenfor loven for å finne dens innhold. Dette presiseres i forarbeidene ved at helsearbeideren blant annet plikter å ”... *opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen*”.<sup>78</sup> Videre følger det av forarbeidene til legeloven at forsvarlighetsnormen ”... *er uttrykk for en standard hvis innhold vil endre seg med forholdene og utviklingen*.”<sup>79</sup> Normen vil derfor endres i takt med progresjonen på de bestemte fagområder, slik dette kommer til uttrykk i legevitenskapen, medisinske lærebøker, tidsskriftsartikler, samt erfaringer opparbeidet i de ulike helseprofesjoner.<sup>80</sup>

Jeg vil nå drøfte hvordan forsvarlighetskravet som minstestandard påvirker nødvendighetsvurderingen. *Kjønstad* argumenterer for at minstestandarden for forsvarlighet kvalitetsmessig ligger ”*noe under middels*” behandling, og at grensen må være overtrådt ved culpa levissima. Nærmere bestemt innebærer dette de tilfelle der helsearbeideren ”*kunne ha innsett muligheten av at handlingen ville ha skadevirkninger, men han ikke kan klandres for dette*”.<sup>81</sup> Etter en vurdering av *Kjønstads* forståelse av forsvarlighetskravets laveste akseptable nivå ser man at tolkningen av ”*nødvendig*” vil være av stor interesse i forhold til kommunikasjonsadgangen. Vurderer man begrensningen

---

<sup>76</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 4.2.5.2 og 4.2.5.3.

<sup>77</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 4.2.1.

<sup>78</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 4.2.5.3.

<sup>79</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) s. 96.

<sup>80</sup> *Kjønstad* (2005) s. 220.

<sup>81</sup> *Kjønstad* (2005) s. 223.

som et uttrykk for minste inngreps prinsipp i forhold til personvernet, vil dette resultere i et uhensiktsmessig inngrep i kommunikasjonsadgangen mellom helsearbeidere. Dette fordi ordet ”nødvendig” da vil innebære at man ikke kan gi informasjon som overskrider det som kreves for at helsearbeideren skal kunne yte helsehjelp som kvalitetsmessig ligger ”noe under middels”. En slik tolkning innebærer at helsearbeidere i enkelte tilfelle må gå veien om uttrykkelig samtykke etter helsepersonelloven § 22 i de tilfelle pasienten skal sikres kvalitet som overgår denne antatte minstestandarden.

Jeg er av den oppfatning at behovsavgrensningen ikke kan tolkes på en slik måte. Da reglens formål er å ”sikre rasjonelle og hensiktsmessige samarbeidsforhold” innad i helsevesenet,<sup>82</sup> må kommunikasjon kunne finne sted også der dette er et vilkår for å kunne yte helsehjelp som kvalitetsmessig overgår dette minimumsnivået. Kommunikasjon må derfor kunne skje så lenge den er egnet til å sikre den faglig gode handlingen, og ikke begrenses til opplysninger som er nødvendig for å yte helsehjelp som kvalitetsmessig er ”noe under middels”.

Som eksempel vil jeg bruke det danske Patientklagenævnets avgjørelse i **sak nr. 0549313**. En mor oppsøkte lege A for undersøkelse av kortvarige absenceanfall (kortvarige episoder med bevissthetstap) samt rykk i armer og bein hos hennes sønn. Ved konsultasjonen medbrakte hun utskrivningsbrev fra tidligere innleggelser. Praktiserende lege A formulerte følgende henvisning til sykehus X:

*”obs. epilepsi... Ifølge vedlagte udskrivningskort fra [sykehus Y], har patienten været til undersøgelse for neurologiske lidelser. OBS pro. Moderen beskriver, at der er daglige, kortvarige absencelignende tilfælde ledsaget af rykagtige bevægelser af ekstremiteterne.”*

Moren klaget over at legen hadde videresendt opplysninger om tidligere undersøkelser uten samtykke. Patientklagenævnet kom til at opplysningene gikk klar av behovskravet. Det var nemndas vurdering at det var nødvendig for den videre utredning at pasientens journalopplysninger ble medsendt i forbindelse med henvisningen, slik at de leger som

---

<sup>82</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 11.4.2.6.

skulle gjennomføre den videre behandling kjente til hvilke undersøkelser som hittil var foretatt, og resultatene av disse.

Jeg er enig i nemndas resultat, og mener at det samme resultat må følge av helsepersonelloven § 45. Den oversendte informasjonen ga helsepersonellet på sykehus X tilstrekkelige holdepunkter for å spare pasient og helsepersonell for undersøkelser som i det foregående allerede var gjennomført, slik at den etterfølgende behandlingen kunne konsentrere seg om undersøkelser det ikke enda forelå svar på. Resultatet kan virke opplagt. Interessant for denne drøftelsen er at det neppe ville være uforsvarlig, i forhold til *Kjønstads* vurdering av minstestandarden, om legen ikke informerte om forutgående undersøkelser og resultatet av disse. Likevel gikk legen klar av behovsavgrensningen ved at opplysningene var egnet til å gi sykehus X et bedre behandlingsgrunnlag enn om de ikke hadde disse opplysningene.

I majoriteten av de tilfelle pasienten oppsøker helsevesenet, vil han prioritere at helsepersonellet har tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å yte optimal behandling på bekostning av at overført informasjon etter en streng fortolkning overgår hva som er ”nødvendig” for å oppfylle minstestandarden.

Jeg er etter dette kommet til at formålsbegrensningen må tolkes slik at helsearbeideren har adgang til å overlevere opplysninger i pasientens interesse så lenge disse vil øke sannsynligheten for en optimal kvalitet på helsehjelpen. En slik forståelse er en forutsetning for at behovsbegrensningen skal fremstå som et balansert vern om personopplysninger, og ikke som et inngrep i rammevilkårene for helsearbeiderens adgang til å yte adekvat behandling. Der helsearbeideren er i tvil om hvorvidt den aktuelle informasjonen er tilstrekkelig i forhold til begrensningen, bør han der dette er mulig innhente samtykke fra pasienten. Det samme må gjelde for opplysninger som oppleves sensitive for denne. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 3.6.3.

### 3.4.3 Nødvendighetsvurderingen

Nødvendighetskravet oppstiller et klart forbud mot overføring av opplysninger som ikke er begrunnet i et tjenstlig behov. Langt vanskeligere er det å avgjøre om opplysninger av betydning for helsehjelpen kan overføres dersom de ikke utgjør et vilkår for å yte forsvarlig helsehjelp.

Synonymer til ordet ”nødvendig” er blant annet ”uunnværlig” og ”påkrevd”. Dette gir en indikasjon på at taushetsplikten utelukkende kan innskrenkes der helsehjelpen med overveiende sannsynlighet ikke vil oppfylle forsvarlighetskravet uten de aktuelle opplysninger. En slik forståelse av nødvendighetskravet innebærer på papiret et relativt klart skille fra opplysninger som anses ”relevante”, da dette etter en naturlig språklig forståelse vil være tilfelle allerede der helseopplysninger overstiger grensen for hva som vil være av ”betydning” for helsehjelpen.<sup>83</sup> Behovet for opplysninger må derfor være større der man taler om ”nødvendighet”, enn i de tilfelle opplysningene bare anses å være ”relevante”.<sup>84</sup>

Det kan i praksis by på utfordringer å skille ”nødvendige” opplysninger fra ”relevante” opplysninger. Dette kan være et moment når eventuelle sanksjoner skal vurderes. Overleveres opplysninger som oppfyller relevanskravet, utgjør overtredelsen et mindre inngrep i personvernet sammenlignet med informasjon som ikke er anskaffet i behandlingsøyemed overhodet. Som på strafferettens område må man imidlertid forsøke å følge lovens regler, selv om det foreligger ”formildende omstendigheter”. Den enkelte helsearbeider må til enhver tid tilsikte valg i samsvar med nødvendighetskravet, og bør så langt mulig opptre med en viss sikkerhetsmargin. Som eksempel bør derfor helsearbeidere så langt som mulig innhente pasientens samtykke, hvis de finner det vanskelig å skille nødvendige opplysninger fra den øvrige informasjonsmasse i pasientjournalen. Der de anser opplysningene å være relevante, men ikke nødvendige, skal samtykke innhentes.

Unntak kan imidlertid tenkes. Som eksempel nevnes der pasienten ikke har samtykkekompetanse, og behandlende personell står overfor en komplisert diagnostikk som stiller krav om opplysninger det ikke er mulig å vurdere behovet for før endelig diagnose er stilt. Her er nødvendighet og relevans langt på vei er sammenfallende, siden et omfattende informasjonsgrunnlag utgjør et vilkår for å yte pasienten forsvarlig helsehjelp. Jeg er derfor av den oppfatning at opplysningene kan overføres innenfor nødvendighetskravets rammer.

---

<sup>83</sup> Drøftelsen bygger på etymologien slik denne kommer til uttrykk i ”Norske synonymer blå ordbok” (2005).

<sup>84</sup> Slik også Rasmussen (1997) s. 409 og Hartlev (2005) s. 313 og 315.

Jeg vil nå redegjøre for innholdet i regelen om ”need to know”, og hvorledes dette har kommet til uttrykk i *praksis*. De følgende avgjørelsene er egnet til å illustrere innholdet i prinsippet, men vil ha begrenset rettskildemessig betydning. Som jeg allerede har bemerket, er det i norsk praksis lite materiale basert på overføringsadgangen etter helsepersonelloven §§ 25 og 45. Den praksis som har vært knyttet opp mot disse bestemmelsene har i all hovedsak vært i relasjon til de tilfelle helsearbeidere har tilegnet seg opplysninger, hovedsaklig fra elektroniske registre. Disse sakene behandler jeg i kapittel 4. Etter en gjennomgang av *rettspraksis* er jeg av den oppfatning at det ikke finnes tvister hvor denne problemstillingen har vært behandlet. En undersøkelse av *administrativ praksis* viser at vi i Norge har en avgjørelse på dette området. Denne er avsagt av Helsetilsynet og gjort tilgjengelig i *Tilsynsinfo nr. 3/2005*.

Avgjørelsen tar utgangspunkt i et henvisningsskriv fra en kommunal legevakt ved henvisning til røntgen. Innholdet i dette var som følgende:

*”Mishandling av samlivspartner fysisk. Konsultasjon kl. xx. Lege NN.*

*Slått av mannen. Skjedde for to timer siden. Holdt armene foran seg. Slag traff ved h. håndledd. Har et femkronestort hematome medialt på h. håndledd og to fingertuppestore henholdsvis 10 og 20 cm proximalt for dette. Ømhet over hematomet og tenar. Noe stukning av 1. finger. Ingen hevelse på underarm, men et lite hudavskrap og flere mindre hematomer 5-10 cm proximalt for håndleddet.”*

Dette er et eksempel på informasjonsoverføring hvor intensjonen har vært å gi mottaker et godt grunnlag for videre undersøkelser og eventuelt behandling, men hvor denne likevel står i skarp kontrast til de regler som er oppstilt for å ivareta personvernet.

Det kan ikke være slik at røntgenpersonalet har *behov* for informasjon vedrørende skadens årsak for å kunne utføre sin oppgave forsvarlig. I denne saken inneholdt derfor henvisningen informasjon som legen i henhold til taushetsplikten ikke kunne videreformidle. Dette samsvarer med Helsetilsynets konklusjon i saken, som i forlengelsen av dette fremhever at ønsket om effektivitet ikke må komme i strid med personvernet.



For å være i samsvar med nødvendighetskravet burde henvisningen utelatt opplysninger om mishandlingen. Jeg vil anta at legen ville gått klar av nødvendighetskravet dersom han hadde omformulert årsaksbeskrivelsen til for eksempel ”støtskader”. Den videre beskrivelse av skadene er ikke i strid med personvernet, men er informasjon som radiografen etter forsvarlighetsprinsippet pliktet å innhente.

*Hartlev* henviser i sin fremstilling til en ikke publisert avgjørelse fra Patientklagenævnet hvor opplysninger fra pasientens fastlege ble vurdert opp mot behovskravet.<sup>85</sup> Pasienten hadde etter en feildiagnostisering pådratt seg et avhengighetsforhold til de smertestillende medikamenter han var foreskrevet for denne diagnosen, og var nå under metadonbehandling for dette. Ved innleggelse på et annet sykehus for operasjon informerte fastlegen de behandlende aktører om feildiagnostiseringen og om den pågående metadonbehandling. Pasienten ga i ettertid uttrykk for at denne informasjonen utelukkende medførte at han under sykehusoppholdet ble betraktet og behandlet som en narkoman.

*Hartlev* slutter seg til nemndas konklusjon om at disse opplysningene var nødvendige i relasjon til den forestående operasjon og bedøvelse, og derfor måtte gå klar av taushetsplikten. Innenfor legevitenskapen er det uomtvistet at bruk av metadon (opioid) fører til at pasienten trenger en større dose smertestillende, og jeg er derfor enig i resultatet. Eksempelet illustrerer for øvrig hvorledes disse avgjørelse i all hovedsak bygger på medisinske vurderinger, og hvordan læren om rettslige standarder får gjennomslag i §§ 25 og 45 på grunn av forsvarlighetsnormen.

Reglene må ikke tolkes slik at de gir uttrykk for en ”*alt-eller-intet-vurdering*”. Hvilke opplysninger som oppfyller nødvendighetskravet, må avgjøres konkret for hvert enkelt tilfelle. Det kan for eksempel ikke være tilstrekkelig at kirurgen i forkant av en operasjon antyder at alle opplysninger registrert på pasienten vil oppfylle nødvendighetskravet, siden man aldri vet hvordan en operasjon forløper. Her må den som sitter på opplysningene, etter en helhetsvurdering, ta stilling til hvilke opplysninger som vil være påkrevd for en vellykket behandling.<sup>86</sup> Dette viser kompleksiteten i regleverket siden

---

<sup>85</sup> Hartlev (2005) s. 398.

<sup>86</sup> Slik også Hartlev (2005) s. 397.

helsearbeideren for å opptre forsvarlig plikter å innhente tilstrekkelige opplysninger,<sup>87</sup> mens det er den overleverende helsearbeider som avgjør i hvilken utstrekning disse opplysningene skal gjøres tilgjengelig.

Det samme må gjelde der pasienten uttrykkelig har motsatt seg overlevering av opplysninger vedrørende en bestemt del av journalen, typisk informasjon av særlig sensitiv karakter. Reservasjonen kan ikke være til hinder for at de resterende opplysninger gjøres kjent for den som trenger disse. Dersom opplysninger som oppfyller nødvendighetskravet ikke kan skilles fra den øvrige informasjon i journalen, er jeg av den oppfatning at personvernet veier tyngre enn pasientvernet slik at samtykke fra pasienten må innhentes.

Et illustrerende eksempel på at helsearbeidere skal være selektive med hvilke opplysninger som gjøres tilgjengelig overfor andre er Patientklagenævnets behandling av *sak nr. 0229603*. En psykiatrisk pasient under diagnosen schizofreni hadde blitt fulgt til hudavdelingen på et sykehus for behandling av en hudlidelse. Personalet fra den psykiatriske avdeling medbrakte kvinnens journal og overga denne i sin helhet til hudavdelingen. I denne saken kom nemnda til at personalet burde foretatt en utvelgelse av de opplysninger som var nødvendige for behandling av hudlidelsen, og at helsepersonellet fra kvinnens psykiatriske avdeling her uberettiget hadde overlevert pasientjournalen.

Et tilsvarende resultat må følge av helsepersonelloven § 45. Jeg vil understreke at jeg i denne saken oppfatter overtredelsen for å være spesielt inngripende, fordi opplysninger av en slik karakter normalt oppleves som svært sensitive for dem det gjelder. Personvernet tilsier i slike tilfelle at man bør stille strenge krav til helsepersonells etterlevelse av de oppstilte regler.

#### 3.4.4 Hvem avgjør om adgang til utlevering foreligger?

Helsepersonelloven § 25 gir ikke direkte føringer for hvem som skal avgjøre om vilkårene for informasjonsutveksling foreligger, men det følger av § 2 at lovens regler gjelder "... *helsepersonell... som yter helsehjelp i riket.*" Beslutningen må derfor treffes av den enkelte helsearbeider som ønsker å overføre opplysninger. Dette er et vilkår for at bestemmelsen skal virke ressursbesparende i tråd med regelens primære formål.

---

<sup>87</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 4.2.6.2.

For opplysninger som overføres i medhold av § 45 er utgangspunktet noe annerledes. Det følger av ordlyden at spørsmålet om utlevering må vurderes av ”... helsepersonell som nevnt i § 39...” Dette omfatter den enkelte helsearbeider som har nedtegnet journalopplysningene og journalansvarlig. Helse- og omsorgsdepartementet har utvidet utleveringsadgangen til også å gjelde ”... annet personell med faglig kompetanse”.<sup>88</sup>

Man kan reise spørsmål om hvem av disse som i det enkelte tilfelle må treffe endelig beslutning. For helsepersonell som driver egen virksomhet må avgjørelse treffes av den enkelte helsearbeider. Vedkommende er allerede kjent med de opplysninger som fremgår av journalen, og vil ha et godt grunnlag for å avgjøre hvilke opplysninger som vil være nødvendige for den etterfølgende undersøkelse eller behandling. I institusjoner med journalansvarlig må det derimot være slik at det er denne som skal ta stilling til utleveringsspørsmålet når innholdet er nedtegnet av flere helsearbeidere.<sup>89</sup> Til fordel for personvernet bidrar en slik regel til å begrense antall personer som får innsyn i journalen. Dette er en forutsetning for at reglene om utlevering skal være i henhold til reglene om innsyn (se kapittel 4).

### 3.4.5 Nødvendighetskravets aktualitet og betydning

Jeg antar at det vil være ulike oppfatninger i folkeopinionen hva gjelder behovet for behovsavgrensningen. Dette vil blant annet avhenge av enkeltpersoners verdsettelse av de to motstridende interesser reguleringen tilsikter å harmonisere, henholdsvis pasient- og personvernet. Det er nok få som tenker nevneverdig over konsekvensene av at helsearbeidere kommuniserer med hverandre om opplysninger tilknyttet personen selv. Det er imidlertid slik at helsepersonell også er privatpersoner. De er naboer, slektninger, arbeidskolleger, tidligere kjærester osv. Motivene for tilegnelse eller overføring av personopplysninger kan være mange. Felles for dem er imidlertid at de kan utgjøre et alvorlig inngrep i personvernet. I lys av denne betraktningmåten er det klart at

---

<sup>88</sup> FOR 2000-12-21 nr. 1385 (med merknader). Merknader til § 10.

<sup>89</sup> Slik også Befring og Ohnstad (2001) s. 218.

helsearbeideres tilgang til ellers taushetsbelagte opplysninger må begrenses, på lik linje med den generelle taushetsplikts formål.

Det er imidlertid også slik, at desto flere helsearbeidere som er kjent med personopplysninger, jo større er mulighetene for lekkasje til personer som ikke er helsearbeidere, og som rammes av lovens utgangspunkt om absolutt taushetsplikt.<sup>90</sup>

For å illustrere begge disse faremomentene ved kommunikasjon helsearbeidere i mellom, vil jeg nevne et praktisk eksempel fra et sykehus i Trøndelag. En april morgen i 2007 ble en kvinne på 37 år og hennes niese på 7 år funnet drept i et bolighus i Overhalla i Nord-Trøndelag. Samme dag var det faktum at kvinnen var gravid med tvillinger et aktuelt samtaletema blant de ansatte på kvinnens lokale sykehus.<sup>91</sup> At mennesker føler behov for å snakke om ting som tynger dem er naturlig, men skal ikke under noen omstendighet gå på bekostning av en pasients krav om personvern. Enkelte vil sikkert ta til orde for at opplysningene ikke var av sensitiv art, og at kommunikasjonen således ikke hadde et like fremtredende behov for vern mot spredning. En slik oppfatning mangler rotfeste i de grunnleggende prinsipper bak taushetsplikten. Jeg viser her til kapittel 2.4. Kvinnens graviditet skulle utelukkende være kjent for dem som oppfylte nødvendighetskravet i helsepersonelloven.

At det var lekkasje fra en av helsearbeiderne ved sykehuset som førte til pressens tidlige kunngjøring om kvinnens graviditet, har jeg ingen holdepunkter for å påstå, og det er heller ikke nødvendig for å få fram poenget i dette eksempelet. Det faktum at mange helsearbeidere på det aktuelle sykehuset var klar over kvinnens graviditet, åpnet for flere kilder til viderefremidling av informasjon, og dertil større fare for lekkasje av opplysningene til presse og andre uvedkommende.

### 3.5 Hvem kan man kommunisere med?

Tema for dette avsnittet er hvem som faller inn under betegnelsen ”*samarbeidende personell*” i § 25, og ”*andre som yter helsehjelp*” etter § 45. Innholdet i bestemmelsene omfatter i utgangspunktet den samme personkretsen, men skiller seg fra hverandre ved at

---

<sup>90</sup> Se hlspl. § 25, 3. ledd

<sup>91</sup> Intervju med Marie Sjøfteland Sandvei. Stud.med. Oslo, 21.01.08.

§ 25 regulerer forholdet til mottakere i alminnelige samarbeidssituasjoner, mens § 45 også gir hjemmel for kommunikasjon overfor personer som senere skal yte pasienten helsehjelp.

Som hovedregel vil dette være andre helsearbeidere. Dette har sammenheng med at det som regel er disse som vil ha et behov for helseopplysninger.<sup>92</sup> *Forarbeidene* presiserer at formålet med ordlyden har vært å tydeliggjøre at bestemmelsen også omfatter andre enn medhjelpere i rettslig forstand (se § 5), og opplysninger kan derfor gis "... for eksempel til helsepersonell i andre avdelinger i sykehus eller til helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter."<sup>93</sup> Bestemmelsene skiller derfor ikke mellom helsepersonell innenfor og utenfor virksomheten. Som eksempel kan lege A ved sykehus X, overføre opplysninger til lege B ved sykehus Y. Dette står, som jeg vil redegjøre for i kapittel 4, i kontrast til tilegnelsesreglene.

*Kjønstad* er av den oppfatning at også rengjøringsarbeidere, kokker, kontorpersonale, vaktmestere mv. i enkelte tilfelle omfattes av reglene ved at de opptrer som samarbeidende personell. Jeg er enig i en slik tolkning. Dette kan etter mitt syn forsvares av lovgivers uttalelse om at "... det ikke kan være avgjørende for opplysningsadgangen om det dreier seg om helsepersonell eller annet personell såfremt vilkårene for å gi opplysninger foreligger."<sup>94</sup>

Grensen må trekkes mot kommunikasjon med andre som befinner seg utenfor helseetaten, slik som lærere, sosialarbeidere og barnevernspedagoger,<sup>95</sup> siden hjemmel for å formidle opplysninger til slike grupper i stor grad er regulert i egne bestemmelser (se kapittel 6).

I klagesak **HPN-06-180** hadde en lege oversendt en pasients navn og journalopplysninger i en klagesak til Rådet for legeetikk. Statens Helsepersonellnemnd kom til at Rådet for legeetikk ikke kunne anses for å være "*samarbeidende personell*" etter § 25, og det kunne derfor ikke gjøres unntak fra taushetsplikten for disse opplysningene.

---

<sup>92</sup> Som jeg allerede har gjort rede for, er det et grunnleggende vilkår at mottaker oppfyller nødvendighetskravet (se kapittel 3.4.)

<sup>93</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kap. 26.

<sup>94</sup> Inst. O nr. 58 (1998-1999) kapittel 2. Merknader til § 25.

<sup>95</sup> Kjønstad (2005) s. 286.

Nemnda la vekt på at Rådet for legeetikk ikke har noen konkret rolle i pasientbehandlingen. Jeg er enig i nemndas avgjørelse, siden lovens unntak fra taushetsplikten omhandler opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig "helsehjelp".

### 3.6 Pasientens reservasjonsrett

#### 3.6.1 Innledning

Legeloven § 34 hjemlet en adgang for pasienten til å anmode legen om ikke å overbringe opplysninger til andre. Taushetsplikten skulle opprettholdes hvis pasienten motsatte seg kommunikasjonen, "og det etter forholdene [kunne] og [burde] respekteres".

Kommunikasjonsretten var etter dette "overlatt legens skjønn".<sup>96</sup> En reell reservasjonsrett fikk derfor pasientene først ved ikrafttredelsen av helsepersonelloven.

Både §§ 25 og 45 inneholder de innledende ordene "*Med mindre pasienten motsetter seg det, ...*" Det samme kommer til uttrykk for adgangen til overføring av journal i pasientrettighetsloven § 5-3. Pasienten er med dette gitt en generell rett til å forhindre helsepersonell i å videreformidle relevant informasjon til andre helsearbeidere, selv om dette i utgangspunktet kan ha betydning for helsehjelpen. I slike situasjoner må helsepersonellet yte sitt beste i forhold til det informasjonsgrunnlaget de har til rådighet,<sup>97</sup> eller avbryte helsehjelpen dersom den ikke kan gjennomføres uten å oppfylle de minstekrav til kvalitet som forsvarlighetsprinsippet oppstiller.

#### 3.6.2 Utgangspunkt i et presumert samtykke

Kommunikasjonsretten som følger av §§ 25 og 45 bygger i utgangspunktet på et presumert samtykke. Dette innebærer at helsearbeideren som hovedregel ikke behøver å innhente samtykke fra pasienten. Helsepersonell kan derfor etter forespørsel overlevere nødvendige opplysninger for helsehjelpen uten å konfrontere pasienten på forhånd. Forarbeidene fremhever dette i klartekst: Reservasjonsretten "... innebærer ikke at det skal innhentes samtykke før informasjon gis."<sup>98</sup> En slik praksis virker ressursbesparende, og er tuftet på

---

<sup>96</sup> Rasmussen (1997) s. 413.

<sup>97</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) pkt. 11.7.3.3.

<sup>98</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) pkt. 11.7.3.3.

effektivitetshensyn.<sup>99</sup> Et presumert samtykke er dessuten et vilkår for at de nevnte regler skal ha et virkeområde i forlengelsen av samtykkeregelen i § 22.

Kommunikasjonsadgangen er både i pasientens og helsevesenets interesse ved at den smidiggjør og avformaliserer behandlingsprosessen. Men hvordan kan en slik løsning forsvares i relasjon til personvernet og læren om pasientautonomi?<sup>100</sup> Det virker å være enighet om at disse hensynene ivaretas ved å anse pasientens konsultasjon med helsevesenet som en aksept av en ”pakkeløsning” som inkluderer helsehjelp, samt helsepersonells adgang til å videreformidle nødvendig informasjon.<sup>101</sup> Når pasienten samtykker til helsehjelp, aksepterer han derfor samtidig nødvendig kommunikasjon, og han må derfor benytte seg av reservasjonsadgangen dersom han ønsker absolutt taushetsplikt (se kapittel 3.6.4.)

Jeg er enig i en slik oppfatning, men mener den først kan forsvares i lys av autonomiprinsippet ved å vurdere pasientens samtykke til helsehjelp som et *stilltiende samtykke* til nødvendig kommunikasjon mellom deltakende helsepersonell. Dette forutsetter at pasienten er innforstått med helsearbeidernes kommunikasjonsrett.

Som eksempel kan nevnes at pasienten oppsøker sin praktiserende lege for mistanke om mononukleose (kyssekyken). En vanlig prosedyre er her at en bioingeniør innledningsvis tar blodprøve av pasienten. I slike tilfelle virker det rimelig at svaret må kunne videreformidles til legen uten pasientens samtykke. Sagt på en annen måte må man forvente at pasienten ved å samtykke til undersøkelse også har samtykket til denne kommunikasjonen.

Jeg er av den oppfatning at taushetspliktens mål om å skape tillitt mellom pasient og helsearbeider som hovedregel ikke blir skadelidende ved at helsevesenet opererer med en samtykkepresumpsjonsmodell, siden pasienten som oftest er innforstått med

---

<sup>99</sup> Hartlev (2005) s. 402 taler om en ”*afbureaukratisering*” i forbindelse med pasientbehandling.

<sup>100</sup> Hartlev (2005) s. 402 fornemmer i dansk rett en paternalistisk holdning til pasienten slik reglene kommer til uttrykk i administrativ praksis.

<sup>101</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 139 og Hartlev (2005) s. 393. Rasmussen (1997) s. 406 kritiserer samtykkepresumpsjonsmodellen og mener at denne lett kan bli en ren fiksjon.

helsearbeidernes kommunikasjonsadgang. Dette forutsetter imidlertid at helsearbeideren opptrer i samsvar med lovens øvrige regler.

I kapittel 3.6.4 vil jeg se nærmere på pasientens reservasjonsrett, og hvordan denne veier opp for det inngrep presumsjonsmodellen gjør i personvernet. Det kan imidlertid tenkes tilfelle hvor reservasjonsadgangen ikke utgjør noe reelt vern ved at pasienten ikke er i stand til å motsette seg kommunikasjonen. Dette er typisk tilfelle hvor pasienten på grunn av psykiske eller fysiske årsaker ikke er i stand til å forstå eller vurdere følgene av kommunikasjonen. I forarbeidene fremhever lovgiver at det også i slike situasjoner ”*vil være grunnlag for å forutsette at pasienten ville gi slikt samtykke.*”<sup>102</sup> Jeg er enig i en slik oppfatning, men mener at dette i enkelte tilfelle bør suppleres av helsepersonelloven § 7 som oppstiller en plikt for helsearbeideren til å yte øyeblikkelig helsehjelp der dette er påtrengende nødvendig, uavhengig av om pasienten er i stand til å samtykke eller har motsatt seg helsehjelpen. Kravet om forsvarlig helsehjelp forutsetter som jeg allerede har påpekt et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag, og hensynet til sammenheng i regelverket tilsier derfor at kommunikasjon må fremstå som en rettighet for de som etter § 7 er forpliktet til å yte øyeblikkelig helsehjelp.

En interessant følge av samtykkepresumsjonsmodellen er at den vil påvirke omfanget av kommunikasjonsretten. I de tilfelle helsearbeideren skal ta stilling til om nødvendighetskravet er oppfylt, må han vurdere om dette er noe pasienten ville samtykket til dersom han fikk valget. Slik jeg ser det, utgjør derfor samtykkepresumsjonen et element i den helhetsvurdering som må foretas i forkant av informasjonstransporteringen.<sup>103</sup>

### 3.6.3 Et krav om eksplisitt samtykke i enkelte tilfelle?

Et generelt krav om samtykke ville gjort reglene i §§ 25 og 45 overflødige i forhold til helsepersonelloven § 22. Dette fordi bestemmelsenes formål om en effektiv informasjonsutveksling mellom helsearbeidere nettopp er basert på et unntak fra samtykkekravet. Bestemmelsene fastslår derfor at pasienten aktivt må motsette seg

---

<sup>102</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Merknader til § 45.

<sup>103</sup> Slik også Hartlev (2005) s. 399.



overføring av helseopplysninger i de tilfelle han ønsker dette. Ordlyden selv gir ingen holdepunkter for unntak fra denne hovedregelen.

Det følger imidlertid av pasientrettighetsloven § 5-3, 2. punktum at opplysninger ikke kan utleveres ”dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsatt seg dette ved forespørsel.” Bestemmelsen regulerer adgangen til overføring av journal, men det rettslige grunnlaget for samtykkepresumpsjonen tilsier også isolert sett en slik forståelse.<sup>104</sup> Ved anvendelse av helsepersonelloven §§ 25 og 45 må man derfor innfortolke denne innskrenkningen.

I de tilfelle det er tvilsomt om pasienten ville samtykket til informasjonsutveksling, bør man være tilbakeholden med overføringer uten å spørre pasienten på forhånd. Dette må spesielt gjelde i de tilfelle det er snakk om *særlig sensitiv informasjon*.<sup>105</sup> Opplysninger av denne typen vil ofte oppleves som ømtålige og sjenerende, og sannsynligheten er derfor til stede for at pasienten ikke ønsker overføring av disse.

Denne type opplysninger utgjør en liten del av den totale informasjonsmasse. Jeg er derfor av den oppfatning at den positive effekt denne innfortolkningen medfører i forhold til *personvernet*, overgår de negative konsekvenser ved at helsehjelpen i enkelte tilfelle blir mindre *effektiv*.

#### 3.6.4 Adgangen til å motsette seg informasjonsutveksling

Som nevnt i innledningen gis pasienten myndighet til å hindre informasjonsutveksling mellom helsearbeidere. Som eksempel kan nevnes at pasienten er misfornøyd med tidligere helsehjelp, og nå ønsker å oppta behandlingen med ”blanke ark” hos en annen lege. I forhold til pasientvernet er det klart at begrensninger i kommunikasjonsadgangen kan innebære et dårligere undersøkelses- og behandlingsgrunnlag. Det ville imidlertid vært lite rimelig om pasienten måtte motsette seg helsehjelp i de tilfelle han ønsket absolutt konfidensialitet.

Reservasjonsadgangen har neppe stor praktisk betydning, siden pasienter sjelden vil hindre informasjonsoverføring som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Det kan

---

<sup>104</sup> Befring (2002) s. 217.

<sup>105</sup> Slik også Warberg (1995) s. 241 og Befring og Ohnstad (2001) s. 140 og 216.

derfor reises innvendinger mot behovet for en slik regel. Retten fremstår imidlertid som et nødvendig vilkår for at kommunikasjonsreglene skal være i samsvar med det pasientautonomske grunnsyn fremfor en mer paternalistisk tankegang. På samme måte som pasienten kan velge mellom ulike undersøkelses- og behandlingsformer (innenfor forsvarlighetskravets rammer), og om behandling i det hele tatt skal iverksettes, må også vedkommende ha råderett over de helseopplysninger som er registrert om ham. En slik forståelse er i tråd med respekten for pasientens integritet.

Jeg er av den oppfatning at pasienten i medhold av helsepersonells generelle informasjonsplikt, slik denne kommer til uttrykk i pasientrettighetsloven kapittel 3, vil ha krav på adekvat informasjon om konsekvensene av en slik nektelse. I forarbeidene presiserer lovgiver at det må gis informasjon som er tilstrekkelig til å gi et *”forsvarlig beslutningsgrunnlag”*.<sup>106</sup> Herunder må det advares mot at reservasjonen kan utgjøre en risiko for helsehjelpen, og at det er pasienten selv som må bære konsekvensene reservasjonen eventuelt måtte medføre. Dette utgjør en viktig rammebetingelse for at pasienten skal kunne treffe beslutninger som er til sitt eget beste.

Pasienten skal så langt som mulig *”... være kjent med at det utleveres opplysninger om han i samarbeidsøyemed, ...”*<sup>107</sup> En slik presisering i forarbeidene har neppe reell betydning i forhold til reservasjonsadgangen. Jeg vil anta at det er svært få pasienter som er klar over omfanget av helsepersonells adgang til informasjonsutveksling, og hvilken mulighet de har til å reservere seg mot dette. Pasientens reservasjonsrett forutsetter at vedkommende er fullt informert hva gjelder disse omstendigheter. Det hadde derfor vært ønskelig om lovgiver hadde innført en informasjonsplikt for å styrke pasientens adgang til å ivareta sine rettigheter.<sup>108</sup> En slik rettighet ville ikke gått på bekostning av pasientvernet, men utelukkende styrket personvernet.

---

<sup>106</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 132.

<sup>107</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kapittel 26.

<sup>108</sup> En slik rettighet er oppstilt i dansk rett. Se Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 av 16/09/1998 s. 11.

Som hovedregel forutsettes en aktiv handling fra pasientens side.<sup>109</sup> Retten gjelder uavhengig av om pasientens motsettelse kan lede til uforsvarlighet, og helsearbeideren er bundet av denne så lenge det ikke kan gjøres unntak med hjemmel i rettstridsreservasjonen, se kapittel 3.6.6.

### 3.6.5 Unntak fra reservasjonsretten ved forsendelse av epikrise?

Det følger av journalforskriften § 9 at det "[v]ed utskrivning fra helseinstitusjon skal..." sendes epikrise til de helsearbeidere som trenger opplysningene. Etter en alminnelig språklig forståelse innebærer dette en innskrenkning av pasientens reservasjonsrett. Jeg vil i det følgende vurdere om dette har vært lovgivers intensjon.

*Befring* er av den oppfatning at det her foreligger motstrid mellom lov og forskrift. Loven må derfor gå foran som en følge av trinnhøydeprinsippet, slik at forskriftsbestemmelsen må tolkes som "*bør dersom ikke pasienten motsetter seg det.*"<sup>110</sup>

Jeg er enig i resultatet, men stiller meg noe kritisk til begrunnelsen. Siden helsepersonelloven § 45, 2. ledd fremstår som en derogasjonsbestemmelse, altså at det i medhold av loven kan gis forskrift som strider mot lovens regler, er jeg av den oppfatning at det her ikke foreligger noen reell motstrid. Vurderingstemaet er derfor slik jeg ser det hva lovgiver har ment med forskriftsbestemmelsen. Jeg er som nevnt over av den oppfatning at journalforskriften ikke suspenderer reservasjonsretten. For det første er en slik oppfatning i overensstemmelse med lovens formål om å styrke pasientens vern om den personlige integritet og konfidensialitet i forhold til helseopplysninger. For det andre mener jeg at en slik tolkning kan forsvares av lovens formål om pasientautonomi, slik dette blant annet kommer til uttrykk i forarbeidene,<sup>111</sup> men også som generelt prinsipp i norsk helserett.

---

<sup>109</sup> Befring (2002) s. 217. En slik aktiv handling er for eksempel at pasienten ber om at pasientjournalen sperres. Dersom dette ikke kan realiseres i et elektronisk journalsystem, følger det av merknadene til journalforskriften § 17 at journalen må føres i papirform.

<sup>110</sup> Befring (2002) s. 268.

<sup>111</sup> Se NOU 1993:33 kapittel 16.2.1.

En drøftelse som over er av interesse for å klarlegge hensynet bak reglene, men er i dag av mindre prinsipiell betydning for fremstillingen av gjeldende rett etter at HOD i ”Merknader til forskrift om pasientjournal”<sup>112</sup> uttrykkelig presiserer at pasienten som utgangspunkt kan motsette seg at epikrise sendes, med de unntak som vil bli behandlet i kapittel 3.6.6.

### 3.6.6 Rettsstridsreservasjonen

Problemstillingen for dette avsnittet er om det i enkelte tilfelle kan gjøres innskrenkninger i pasientens reservasjonsrett på grunnlag av rettsstridsreservasjonen. I slike tilfelle kan i så fall helsearbeidere overføre opplysninger til tross for at pasienten har motsatt seg dette.

Det følger av § 23 nr. 4 at unntak kan gjøres ”... *når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.*” Som eksempel nevner lovgiver tvangsinnleggelse av psykiatriske pasienter hvor disse motsetter seg utlevering av helseopplysninger av stor betydning for behandlende personell.<sup>113</sup>

Helsepersonelloven § 25 henviser ikke til denne bestemmelsen. Jeg kan imidlertid ikke se at dette skal ha noen betydning. Helsepersonelloven § 23 gir et selvstendig grunnlag for begrensninger i taushetsplikten, og det er ingenting som taler for at dette ikke skal gjelde også mellom helsearbeidere. Det følger dessuten av forarbeidene at rettsstridsreservasjonen må gjelde for situasjoner som i utgangspunktet reguleres av § 25.<sup>114</sup>

Helsepersonelloven § 45 er plassert i et annet kapittel, og bestemmelsen fremstår således ikke som et unntak fra § 21, i samme grad som § 25. Dette kan reise tvil om forståelsen av denne i relasjon til rettsstridsreservasjonen. Det følger imidlertid av pasientrettighetsloven § 5-3 at adgangen til å motsette seg overføring av journal kan innskrenkes der ”*tungtveiende grunner taler for det.*” Dette vil typisk være tilfelle hvor opplysningene anses nødvendige for å ”*hindre fare for liv eller alvorlig helseskade.*”<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> FOR 2000-12-21 nr. 1385. Merknader til § 9. Tilføyd 05.06.02.

<sup>113</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kap. 26. Merknader til § 45.

<sup>114</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kap. 26. Merknader til § 25.

<sup>115</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) kap. 12. Merknader til § 5-3.

Syse poengterer at det i så måte kan foreligge motstrid mellom pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.<sup>116</sup> Jeg ser det heller slik at regelen i pasientrettighetsloven fremstår som en presisering av helsepersonelloven, og at ”motstriden” kan borttolkes ved å lese § 45 i samsvar med pasientrettighetsloven § 5-3. Dette må være riktig, siden § 5-3 er en rettighetsbestemmelse som regulerer pasientens reservasjonsadgang med tilhørende unntak. Resultatet av en slik forståelse samsvarer med lovgivers intensjoner, siden forarbeidene presiserer at en tilsvarende innskrenkning må gjelde for helsepersonelloven § 45.<sup>117</sup> Jeg er etter dette kommet til at rettstridsreservasjonen må innfortolkes i både §§ 25 og 45.

Spørsmålet blir videre *når* det er legitimt grunnlag for å benytte rettsstridsreservasjonen. *Kjønstad* mener at grensen må settes slik at de hensyn som taler for rettsstridsreservasjonen må være ”*langt mer tungtveiende*” enn de hensyn som taler for å opprettholde taushet.<sup>118</sup> En slik tolkning er i samsvar med forarbeidene, som legger til grunn at opplysningene må være av ”*særlig stor betydning for helsehjelpen.*”<sup>119</sup> Bestemmelsen vil blant annet fange opp ulike nødrettssituasjoner. Som eksempel kan nevnes at en helsearbeider i medhold av rettsstridsreservasjonen må kunne gi opplysninger til samarbeidende personell dersom en pasients psykiske tilstand utgjør en vesentlig risiko for omgivelsene.

Det er klart at man må vise tilbakeholdenhet med å gjøre inngrep i pasientens reservasjonsadgang. En uthuling av denne retten vil kunne føre til at den ikke lenger fremstår som en reell rettighet.<sup>120</sup> I så fall vil de hensyn som ligger bak reservasjonsadgangen, henholdsvis personvern og selvbestemmelsesrett (pasientautonomi), miste mye av sin faktiske betydning. Jeg er videre av den oppfatning at det er viktig at pasienten skal kunne forutse hvem som vil få tilgang til opplysninger registrert om han, noe som vanskeliggjøres dersom grensen for taushetsplikten er uklar. Jeg er derfor enig i at man

---

<sup>116</sup> Syse (2004) s. 298.

<sup>117</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kap. 26. Merknader til § 45.

<sup>118</sup> Kjønstad (2005) s. 300.

<sup>119</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) kap. 26. Merknader til § 45.

<sup>120</sup> På lik linje som rettstilstanden etter legeloven § 34.

må legge til grunn en streng forståelse av adgangen til å bruke rettsstridsreservasjonen.<sup>121</sup> Det må i det enkelte tilfelle være den ansvarlige helsearbeider som etter en helhetsvurdering avgjør om vilkårene foreligger.

Helsetilsynet har behandlet en sak om rettsstridsreservasjonen i forhold til kommunikasjon mellom helsearbeidere.<sup>122</sup> Saken gjaldt en psykolog ansatt ved en psykiatrisk poliklinikk, som i jobbsammenheng mottok en telefonsamtale fra en tidligere pasient. Pasienten klaget over støy fra en hundegård hos naboen. Etter hvert forsto psykologen at det var snakk om eiendommen til en kollega. Telefonavtalen ble avsluttet med: *”Er eneste løsning å skyte bikkjene for å statuere et eksempel, så får jeg vel gjøre det”*. Innholdet i samtalen ble videreformidlet til eieren av hundegården samme dag, hvoretter denne anmeldte pasienten for trusler.

Helsetilsynet fant her at det forelå *”tungtveiende private interesser”* som legitimerte psykologens videreformidling av ellers taushetsbelagte opplysninger. Psykologen hadde derfor ikke brutt sin lovpålagte taushetsplikt, og saken ble avsluttet uten administrativ reaksjon. Videre uttalte Helsetilsynet at det ikke eksisterer en klar grense for når man kan bryte taushetsplikten. Dette må avgjøres etter en *”skjønnsmessig vurdering ut fra den konkrete situasjonen.”* Overført til denne saken kunne det ikke være urimelig at psykologen reagerte når en pasient truet med å bruke skytevåpen for å løse en konflikt.

### 3.7 Konsekvenser av brudd på reglene

Helsepersonelloven kapittel 11 regulerer adgangen til å gi reaksjoner ved brudd på lovens regler, herunder den lovbestemte taushetsplikten oppstilt i § 21. Lovens §§ 25 og 45 fremstår, som det allerede er redegjort for, som unntak fra taushetsplikten. I de tilfelle den enkelte helsearbeider overskrider de grenser disse bestemmelsene oppstiller (for eksempel nødvendighetskravet), vil han derfor som hovedregel bli sanksjonert for brudd på den generelle taushetsplikten.

---

<sup>121</sup> Slik også Ohnstad (2003) s. 124.

<sup>122</sup> Publisert i Tilsynsinfo 3:2005 s. 3.

Da de ulike pliktbrudd har forskjellig skadepotensial og alvorlighetsgrad, er det i loven oppstilt alternative sanksjoner. Det er særlig tre reaksjonsformer som er aktuelle ved brudd på taushetsplikten.

For det første kan helsearbeideren gis en *advarsel* i medhold av § 56. Dette er den minst inngripende reaksjonsformen, og har til formål å bidra til at liknende overtredelser ikke skjer i fremtiden. Det kreves her en forsettlig eller uaktsom overtredelse, i form av handling eller unnlatelse av å handle, og pliktbruddet må være ”egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.”

Hensynet bak sistnevnte kriterium, i relasjon til taushetsplikten, illustreres godt i et vedtak publisert i **HPN-2006-180**: ”Nemnda viser til at brudd på taushetsplikten kan skade det tillitsforhold som må være mellom pasient og helsepersonell, slik at pasienter vegrer seg for å oppsøke lege. Brudd på taushetsplikten er derfor blant annet egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten. Videre kan vissheten om at andre får kjennskap til en diagnose eller andre personsensitive opplysninger om egen helse være egnet til å påføre pasienter betydelig belastning.”

Termen ”egnet til” innebærer at det må foretas en objektiv vurdering av pliktbruddet, uten at det stilles krav om at overskridelsen har vært skadeforvoldende. Som eksempel vil det foreligge grunnlag for advarsel dersom henvisende lege ved en feiltakelse, i strid med behovsavgrensningen, sender pasientjournalen in extenso til spesialisthelsetjenesten. Dette vil være ”egnet til å... påføre pasienten[n] en betydelig belastning”, jfr. § 56. Skulle det derimot være slik at legen ved et uhell vedlegger opplysninger om en tidligere forstuning av en finger, vil det neppe være grunnlag for å gi advarsel, ettersom dette sjelden vil oppfylle vilkåret om belastningsfare.

For det andre kan helsearbeiderens *lisens, autorisasjon eller spesialistgodkjenning inndras* etter § 57. Følgen av en slik inndragelse er at helsearbeideren mister adgangen til å utøve sitt yrke, uavhengig av arbeidssted, og sanksjonen fremstår derfor som en alvorlig reaksjonsform. Formålet med inndragelsen vil være å redusere faren for at fremtidige pasienter utsettes for tilsvarende overtredelser.<sup>123</sup> På grunn av sanksjonens inngripende

---

<sup>123</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 247.

karakter, vil dette først være aktuelt i de tilfelle helsepersonell anses "... uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av... uforsvarlig virksomhet [eller] grove pliktbrudd" etter lovens bestemmelser. "[U]forsvarlig virksomhet" foreligger dersom flere hendelser samlet viser et mønster i at helsearbeideren ikke er egnet til å drive sin virksomhet.<sup>124</sup> Et eksempel på dette kan være der helsearbeideren i strid med taushetsplikten gir helseopplysninger til uvedkommende i et ikke ubetydelig omfang.<sup>125</sup> Hva gjelder alternativet om "grove pliktbrudd" etter lovens bestemmelser må dette vurderes i forhold til overtredelsens art og hyppighet.<sup>126</sup> Dette innebærer i praksis et krav om at overskridelsen blir gjort på en spesielt grov måte, og at inndragelse som hovedregel først er aktuelt etter en forutgående advarsel.<sup>127</sup> Da urettmessig overføring av helseopplysninger innebærer et vesentlig inngrep i den enkeltes integritet, vil jeg anta at grensen for inndragelse generelt vil være noe lavere ved brudd på taushetsplikten enn for andre pliktregler. Som eksempel på forhold som rammes av § 57 nevner jeg der fastlegen konsekvent legger liten vekt på behovskravet ved utarbeidelse av henvisninger, eller der radiologen på grunn av pasientens kjendisstatus sender røntgenbildene til sine kolleger.

For det tredje vil det være aktuelt å ilegge *straff* etter § 67, dersom helsepersonellet "forsettlig eller grovt uaktsomt" overtrer en av lovens oppstilte regler. Forarbeidene understreker at "... man i grensetilfelle må være forsiktig med å straffedømme en lege for overtredelse av taushetsplikten."<sup>128</sup> Det skal derfor mye til før straff kan ilegges. I den ovenfor nevnte dom inntatt i Rt. 1989 s. 1363 (Sosialarbeider-dommen) kom Høyesterett til at det forelå grov uaktsomhet. Selv om avgjørelsen ble basert på bestemmelsene i sosialomsorgsloven av 5. juni 1964 og straffeloven § 121, taler gode grunner for at Høyesterett i forhold til skyldspørsmålet ville kommet til samme resultatet etter helsepersonelloven § 67. Høyesterett uttalte at det "på bakgrunn av tiltaltes motiv for å sikre seg kopi av dokumentet og å ha denne oppbevart i sin leilighet - sammenholdt med

---

<sup>124</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 267.

<sup>125</sup> NOU 1993:33 kapittel 26.

<sup>126</sup> Befring og Ohnstad (2001) s. 268.

<sup>127</sup> Slik også Kjønsstad (2005) s. 225.

<sup>128</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) s. 138.



*den klart skjødesløse oppbevaringsmåte” var utvist ”slik grov uaktsomhet som er et vilkår for straffbar overtredelse av straffebudet.”*

Helsepersonellovens straffebestemmelse må ses i lys av straffeloven §§ 121 (dersom den aktuelle helsearbeider er ansatt i offentlig sektor) og 144 (dersom vedkommende er lege, psykolog, apoteker, jordmor eller sykepleier.) Strafferammen for brudd etter disse bestemmelsene er bøter eller fengsel inntil 6 måneder. Det følger av straffeloven § 29 nr. 2 at man i tillegg til å ilegges straff også kan fratras autorisasjon eller lisens.

Jeg har vanskelig for å se at kommunikasjon mellom samarbeidende helsepersonell vil kunne føre til straff. Det kan imidlertid ikke utelukkes at kommunikasjon mellom helsepersonell kan anses som grovt uaktsomt dersom opplysningene overføres i situasjoner der dette ikke er basert på et tjenstlig formål, og en slik praksis foregår i betydelig omfang over lengre tid.

Det er Helsetilsynet i fylket som i første omgang tar stilling til hvorvidt det foreligger forhold som bør sanksjoneres med en *administrativ reaksjon*. Blir det her konkludert med at vilkårene for sanksjon foreligger, oversendes saken til Statens Helsetilsyn som tar den endelige beslutning, jfr. § 55, 4. ledd. Statens Helsetilsyn har ingen plikt til å reagere selv om vilkårene er oppfylt. Dette følger av ordet ”*kan*” i lovteksten. Endelig avgjørelse må treffes på grunnlag av skjønn, herunder overtredelsens grovhet og formålsbetraktninger. Klageorgan for vedtaket er Statens Helsepersonellnemnd, jfr. § 68, 2. ledd. Vedtaket kan i siste omgang bringes inn for retten, som i medhold av § 71 kan prøve alle sider av saken. Dette innebærer at domstolen også kan prøve det forvaltningsmessige skjønnnet. *Straffebestemmelsene* håndheves av domstolene og påtalemyndigheten.

## 4 Tilegnelse av journalopplysninger

### 4.1 Innledning

Den enkelte helsearbeider plikter å registrere opplysninger i pasientjournalen, jfr. helsepersonelloven § 39. Velger man behandling, velger man derfor også registrering.<sup>129</sup> Siden innsamling og registrering av pasientopplysninger i helseregistrene i første rekke er et instrument konstruert for å sikre et tilstrekkelig undersøkelses- og behandlingsgrunnlag, ville det være lite rimelig om loven opererte med et absolutt forbud mot innsyn i slike opplysninger. Helsepersonell bør derfor gis adgang til å tilegne seg et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å kunne yte forsvarlig og effektiv helsehjelp. Som eksempel nevner forarbeidene opplysninger om at pasienten tidligere har reagert allergisk på et medikament, og derfor ikke bør få dette medikamentet på nytt.<sup>130</sup>

Forrige kapittel drøftet adgangen til å overføre helseopplysninger til annet helsepersonell. Som det gikk frem av drøftelsen, er adgangen begrenset til forhold på mottakers side, og stiller krav om dennes behov for opplysningene. En slik behovsavgrensning må også gjelde for tilegnelse av opplysninger i et journalregister. Et grunnvilkår er derfor at det foreligger en beslutning om å yte helsehjelp til den informasjonen vedrører.

Journalopplysninger er som sagt lagret både i fysiske dokumenter og i elektroniske registre. Denne redegjørelsen vil imidlertid vektlegge de praktiske forhold knyttet til elektronisk pasientjournal (EPJ), da dette instrumentet åpner for en enklere og raskere tilegnelse av opplysninger. I de tilfelle hvor det ikke er utviklet gode tilgangskontrollsystemer, vil den elektroniske journalen utgjøre en større trussel mot personvernet, enn om opplysningene var registrert i et stedbundet papirregister. En slik

---

<sup>129</sup> Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) kapittel 6.2.

<sup>130</sup> Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) s. 191

vurdering vil også gi et fremtidsrettet perspektiv på de utfordringer som venter lovgiver, da elektronisk registrering over tid vil overta for de papirbaserte registre.<sup>131</sup>

Lovens preventive virkning er begrenset, siden helsearbeideren ikke kan straffes for illegal tilegnelse av opplysninger (se kapittel 4.4). Pasientens personvern avhenger derfor i all hovedsak av etterlevelsen av de regler som tillegger virksomheten en plikt til å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet (se kapittel 4.3).

Formålet med disse reglene er å oppnå en ønsket balanse mellom helsepersonells adgang til opplysninger når de trenger dem og pasientens krav på personvern, slik at helsehjelpen kan gis på en forsvarlig og effektiv måte, jfr. helseregisterloven<sup>132</sup> § 1.

## 4.2 Rettslig grunnlag

Regler om informasjonssikkerhet finnes både i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, personopplysningsloven og helseregisterloven. I tillegg til regler om helsearbeidernes taushetsplikt, gir disse bestemmelsene føringer for hvorledes journalsystemene bør innrettes og organiseres av hensyn til pasient- og personvernet. Lovene regulerer med andre ord hvilke opplysninger som kan gis til hvem, og hvordan de ulike virksomheter må innrette seg for å oppfylle disse begrensningene. Det kan virke som om reglene i liten grad er tilpasset utviklingen innen IKT, og dette kan i enkelte tilfelle by på tolkningsproblemer.

De overordnede bestemmelser for dette kapittel er helseregisterloven §§ 13 og 16, siden disse er lovens hovedregler i forhold til helsearbeidernes adgang til tilegnelse av elektronisk lagrede opplysninger, samt virksomhetens plikt til å iverksette de fornødne tiltak for å ivareta en hensiktsmessig tilgangsstyring. Personopplysningsloven<sup>133</sup> med tilhørende forskrifter<sup>134</sup> vil kun supplere helseregisterloven der denne ikke gir tilstrekkelige føringer, jfr. helseregisterloven § 36 og personopplysningsloven § 5. Helseregisterloven

---

<sup>131</sup> NOU 2005:3 kapittel 3.2.6: "Elektronisk pasientjournal i hele helsetjenesten er en forutsetning for helhetlige pasientforløp. Andelen sykehus som har elektronisk pasientjournal har økt fra 54 prosent i 2001 til 84 prosent i 2003."

<sup>132</sup> Lov av 18. mai 2001 nr. 24.

<sup>133</sup> Lov av 14. april 2000 nr. 31.

<sup>134</sup> Se særlig FOR 2000-12-15 nr. 1265.

fremstår som en spesiallov i forhold til personopplysningsloven, og det er derfor førstnevnte regler den følgende behandling vil basere seg på. Det overordnede mål for begge lovene er å ivareta personvernet.

Journalforskriften er gitt i medhold av blant annet helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Her gis det utfyllende regler om tilgangsstyring av helseopplysninger dokumentert i pasientjournal. I kapittel 4.3 vil jeg se nærmere på forskriftens §§ 4 og 10.

Som jeg vil redegjøre for i det følgende er det de samme regler, herunder *nødvendighetskravet* i §§ 25 og 45, som ligger til grunn for de ulike begrensninger i helsepersonells tilegnelsesadgang. Gjennomgangen av reglene i kapittel 3 ligger derfor til grunn for de reguleringer som behandles i dette kapittel.

I den senere tid har det fra flere hold blitt etterspurt et klart forbud mot journalsnoking. Av denne grunn er derfor lovgiver i gang med å utarbeide regler som kan tette et slikt hull i lovverket. Jeg vil i kapittel 4.4, med utgangspunkt i lovgivers forarbeider, gi en redegjørelse for status på departementets forslag.

### 4.3 Virksomhetens ansvar

Når helsepersonell registrerer informasjon i elektroniske registre, mister de den fulle råderett og kontroll over opplysningene. Dette innebærer at pasientens personvern ikke lenger (utelukkende) avhenger av den enkelte helsearbeiders overholdelse av taushetsplikten, men av den tilgangsstyring som oppstilles i pasientjournalssystemene. Jeg vil her gi en oversikt over hvordan personvernet ivaretas i dagens lovgivning.

Innledningsvis ser jeg det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i *journalforskriften* § 4. Bestemmelsen pålegger de virksomheter som yter helsehjelp å opprette et pasientjournalssystem, uavhengig av om journalene føres elektronisk eller i papirform. Dette er en forutsetning for forsvarlig behandling av de opplysninger som blir nedtegnet med hjemmel i helsepersonelloven § 39, fordi en systematisk lagring er nødvendig for effektiv tilegnelse av relevante opplysninger, og et vilkår for å opprette rutiner som ivaretar personvernet. Videre stilles det krav om hvilke hensyn som må tas ved opprettelsen av et slikt register. Ordlyden er som følger:

*”Virksomhet hvor det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem. Systemet må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov, blant annet regler om:*

- a) innsyn i journal, jf. helsepersonelloven § 41 og pasientrettighetsloven § 5-1.*
- b) tilgang til og utlevering av journal, jf. helsepersonelloven § 25 og § 45 samt pasientrettighetsloven § 5-3.*
- c) meldeplikter og opplysningsplikter, jf. helsepersonelloven kapittel 6 og 7,*
- d) redigering av journal, jf. helsepersonelloven § 39 andre ledd,*
- e) retting og sletting, jf. helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44 og*
- f) sikring mot innsyn fra uvedkommende, jf. helsepersonelloven kapittel 5, herunder forsvarlig oppbevaring, jf. helsepersonelloven § 21.*

Av vesentlig interesse for dette tema er bestemmelsens litra b og f. Disse klargjør at journalsystemet må utnyttes på en måte som ivaretar taushetsplikten slik denne kommer til uttrykk i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven, med tilhørende innskrenkninger overfor helsepersonell. En tilsvarende regulering følger av § 10, som på samme måte henviser til de ovenfor nevnte lover.

Dette innebærer at samarbeidende helsepersonell bare skal ha direkte tilgang til de opplysninger de er avhengig av for å kunne yte forsvarlig helsehjelp, jfr. helsepersonelloven § 25. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig at helsearbeideren praktiserer på samme avdeling hvor pasienten ytes helsehjelp. På samme måte følger det av helsepersonelloven § 45 og pasientrettighetsloven § 5-3 at helsearbeiderne bare skal ha tilgang til informasjon fra tidligere sykdomsforløp i den utstrekning det er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

For virksomheter i spesialisthelsetjenesten er forskriften en presisering av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2s krav om å *”sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.”* Forsvarlighetskravet vil her fungere som en henvisning til slike presiserende lov- og forskriftsbestemmelser som regulerer personvernet. Det samme må gjelde for kommunehelsetjenesteloven § 1-3a i

forhold til kommunenes ansvar for å legge til rette for at helsetjenesten kan oppfylle lovens regler. Der den behandlingsvarlige er en juridisk person, hviler ansvaret i realiteten på virksomhetens ledelse.

*Helseregisterloven* inneholder regler om hvordan disse begrensningene skal ivaretas, og stiller krav om tiltak som skal etableres for å unngå at uvedkommende får tilgang til opplysningene. Det følger allerede av lovens formålsparagraf at lovens overordnede hensyn er å ivareta pasientens personvern.<sup>135</sup> Dette innebærer at personvernet som hovedregel skal gis forrang i forhold til pasientvernet.<sup>136</sup> I den grad lovens øvrige bestemmelser reiser tolkningstvil, bør man derfor velge det alternativ som styrker personvernet.

Helseregisterloven § 16 er hovedbestemmelsen, hva gjelder den enkelte virksomhets ansvar for sikring av helseregistrene. Regelens formål er å sikre at registrene tilpasses slik at informasjonssikkerheten er tilfredsstillende, herunder oppfyller kravet om konfidensialitet og integritet. I praksis innebærer dette at journalsystemene må sikres slik at de ivaretar den samme taushetsplikt som påligger den enkelte helsearbeider. Dette må gjøres ved at databehandlingsansvarlig<sup>137</sup> aktivt iverksetter organisatoriske (for eksempel pålegg om taushetsplikt) og tekniske (typisk etablering av tilgangsbegrensninger i systemet) tiltak for å hindre urettmessige oppslag i EPJ (se § 13).<sup>138</sup> De tekniske tiltakene må begrense helsepersonells adgang til opplysningene forut for informasjonstilegnelsen, og det er derfor ikke tilstrekkelig om virksomheten utelukkende baserer seg på etterfølgende kontroll.<sup>139</sup> Bestemmelsens fjerde ledd oppstiller en adgang til å gi utfyllende forskrift.<sup>140</sup>

---

<sup>135</sup> Helseregisterloven § 1: "... uten å krenke personvernet."

<sup>136</sup> Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) kapittel 6.2: "*Ved motstrid mellom personvernet til den enkelte pasient og andre interesser, skal det svært tungtveiende argumenter til for at personvernet til enkeltindividet skal vike.*"

<sup>137</sup> Helseregisterloven § 2 nr. 8: "... den som bestemmer formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes." Ved et helseforetak vil administrerende direktør være databehandlingsansvarlig.

<sup>138</sup> Engelschiøn (2002) s. 100.

<sup>139</sup> Sosial- og helsedirektoratet (2005). "Tilgang til pasientinformasjon i helseforetak og på tvers av helseforetak." s. 7.

<sup>140</sup> Se for eksempel Norsk Pasientregisterforskrift. FOR 2007-12-07 nr. 1389.

Skal virksomheten oppfylle sin lovpålagte plikt om konfidensialitet, må § 16 suppleres av den tilgangsbegrensning som oppstilles i § 13. Bestemmelsen regulerer hvem som kan få tilgang til elektronisk lagrede helseopplysninger, og på hvilken måte opplysningene kan gis. Ordlyden er som følgende:

*”Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og er i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.”*

Etter første punktum må helsepersonell som ønsker direkte tilgang tilhøre samme virksomhet som har pasientopplysningene registrert. Det kan derfor ikke åpnes for tilgang på tvers av helseforetak. Dette følger av kravet om at den som søker tilgang til journalen, må være underlagt instruksjonsmyndigheten til den databehandlingsansvarlige for registeret, noe som i praksis innebærer at det mellom disse må foreligge et ansettelsesforhold.<sup>141</sup> Som eksempel kan lege A ved sykehus X, ikke gis direkte tilgang til opplysninger dokumentert av lege B ved sykehus Y. I de tilfelle et helseforetak er inndelt i flere separate institusjoner/avdelinger, tolkes regelen slik at tilgang heller ikke kan gis på tvers av disse.<sup>142</sup>

Avgrensning til personer som oppfyller lovens vilkår for direkte tilgang skal gjøres ved at databehandlingsansvarlig utsteder autorisasjon.<sup>143</sup> Dersom en helsearbeider har en legitim interesse i opplysningene, men ikke oppfyller disse kravene, må han be om en ordinær overføring av opplysningene, og er da bundet av de regler som ble gjennomgått i kapittel 3.<sup>144</sup>

---

<sup>141</sup> Engelschiøn (2002) s. 92.

<sup>142</sup> NOU 2005:3 s. 94.

<sup>143</sup> Sosial- og helsedirektoratet (2006). ”Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren” pkt. 5.2.2.

<sup>144</sup> Et unntak gjelder imidlertid i akutte situasjoner. Som eksempel kan nevnes at ambulansetjenesten bringer en bevisstløs pasient til legevakten. Her kan helsepersonell gis såkalt ”blålystilgang”, noe som innebærer at

Min oppfatning av behovet for § 13 er delt. Den begrensning som følger av bestemmelsen ivaretar personvernet i forhold til de sikkerhetsmessige utfordringer *innsyn* på tvers av foretakene innebærer. Dette gjelder særlig virksomhetenes mulighet til å ivareta sin lovpålagte plikt om tilfredsstillende informasjonssikkerhet, ved at tilgang på tvers av virksomheter vil gjøre det vanskelig å overholde en betryggende form for forhåndsvurdering av behovskravet. Tilgang på tvers kan dessuten innebære en form for ansvarsfragmentering på grunn av uklare ansvarsforhold. På den annen side innebærer *overføring* av informasjon at opplysningene blir duplisert, i motsetning til om vedkommende har direkte tilgang til nødvendige opplysninger i en begrenset tidsperiode. Dermed øker risikoen for at uvedkommende skal få tilgang til opplysningene. I enkelte tilfelle vil dessuten § 13 komplisere helsepersonells adgang til å tilegne seg et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. Det hadde derfor vært ønskelig om lovgiver iverksatte tiltak for å motvirke de negative konsekvenser som følger av virksomhetsgrensene.<sup>145</sup>

Bestemmelsens andre punktum oppstiller den samme behovsavgrensning som helsepersonelloven. Prinsippet følger også av lovens § 11. Autorisasjonen må derfor begrenses slik at tilgangen er i overensstemmelse med nødvendighetskravet og bestemmelsene om taushetsplikt. Nærmere bestemt innebærer dette at tilgang ”... skal gis etter en konkret beslutning basert på at det er iverksatt eller skal iverksettes tiltak for medisinsk behandling av pasienten.”<sup>146</sup> Tilgangen kan derfor ikke baseres på helsepersonells profesjon, men må vurderes i forhold til hvilke arbeidsoppgaver vedkommende til enhver tid utfører. Autorisasjonen gir innehaver ”nøkkelen” til å tilegne seg helseopplysninger når det oppstår et tjenstlig behov. Foreligger det en overskridelse av reglene i § 13, har den databehandlingsansvarlige også brutt sine forpliktelser etter § 16.

---

informasjon kan innhentes i strid med de oppsatte tilgangsgrenser (egenaktualisering). Slike hendelser stiller imidlertid strenge krav til loggføring (”blålyslogg”) og etterfølgende kontroll.

<sup>145</sup> Et alternativ kan for eksempel være å legge forholdene til rette for ”samtykkebasert kjernejournal”.

Tanken bak en slik løsning er å gi helsepersonell tilgang til kritisk pasientinformasjon på tvers av virksomhetsgrensene, i den grad pasienten har samtykket til dette på forhånd. En slik ordning kan gjennomføres uten å være i konflikt med pasientens krav på personvern og selvbestemmelsesrett.

<sup>146</sup> Sosial- og helsedirektoratet (2006). ”Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren” pkt. 5.2.3.



Forarbeidene presiserer at plikten til å hindre innsyn for uvedkommende, går lenger enn å sørge for fysiske og tekniske tilgangssperrer. Databehandlingsansvarlig er også pålagt å sørge for nødvendig "... informasjon og oppbygging av kompetanse og holdninger, eventuelt også tiltak av organisatorisk art."<sup>147</sup> Et eksempel kan være at virksomhetens ledelse informerer de ansatte om taushetspliktens innhold og omfang, herunder forbudet mot urettmessig tilegnelse av opplysninger, og konsekvenser ved brudd på disse reglene.

Disse bestemmelsene må suppleres av *personopplysningsforskriften*.<sup>148</sup> Denne vil gjelde tilsvarende for behandling av helseopplysninger inntil det blir gitt forskrift i medhold av helseregisterloven.<sup>149</sup> I kapittel 2 gis det utfyllende og detaljerte regler om hvordan hensynet til informasjonssikkerhet skal ivaretas av virksomhetens ledelse. Jeg vil særlig framheve § 2-14, som fastslår at den enkelte virksomhet plikter å etablere tiltak for å hindre sikkerhetsbrudd, herunder å opprette systemer som loggfører forsøk på uautorisert bruk. Dette innebærer intet fysisk vern, men er slik jeg oppfatter det, en av få reguleringer i dagens lovverk som kan virke preventivt mot journalsnoking.

Ved Helsetilsynets kontroll ved Akershus universitetssykehus 6.-7. juni 2006 ble det funnet vesentlige avvik fra disse reglene. Blant annet hadde leger ordinær tilgang til journaler tilhørende pasienter på samtlige somatiske avdelinger, både inneliggende og tidligere behandlede pasienter. Dette representerer et klart brudd i forhold til nødvendighetskravet i § 13, 2. pkt. Videre ble det ikke benyttet logganalyseverktøy for å avdekke uønskede eller anormale hendelser, i strid med personopplysningsforskriften § 2-14. Helsetilsynet konkluderte i rapporten med at helseopplysningene som er lagret hos sykehuset ikke var tilstrekkelig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitimt behov for informasjonen, og det forelå derfor et brudd på kravet om tilfredsstillende informasjonssikkerhet, jfr. § 16.

---

<sup>147</sup> Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) s. 192.

<sup>148</sup> FOR 2000-12-15 nr. 1265.

<sup>149</sup> Ohnstad (2003) s. 193.

#### 4.4 Helsearbeiderens adgang til opplysninger som er gjort tilgjengelig

Det er i tråd med den alminnelige oppfatning at helsearbeidere, i de tilfelle helseforetakene ikke oppfyller sin plikt til å begrense direkte adgang til helsearbeidere som oppfyller behovskravet, ikke skal tilegne seg opplysninger de ikke har et tjenstlig behov for.<sup>150</sup> Jeg vil i dette kapitlet se nærmere på hvordan dette kommer til uttrykk i lovgivningen.

Det foreligger i skrivende stund ingen forbud mot at helsepersonell gjør seg kjent med taushetsbelagte opplysninger dokumentert i EPJ. Brudd på reglene om taushetsplikt foreligger etter dagens regler først dersom disse opplysningene bringes videre til uvedkommende. Dette er klart etter at Statens Helsetilsyn og Statsadvokaten i to forskjellige saker har kommet til at det ikke kan innfortolkes et slikt forbud i § 21.<sup>151</sup> Pasientenes forventning til konfidensialitet hviler derfor i stor grad på helsearbeiderens etterlevelse av yrkesetikken.

En slik situasjon er lite tilfredsstillende i lys av personvernet, og lovgiver har nå igangsatt prosessen med å regulere journalsnoking.<sup>152</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fremmet i høringsnotat publisert 08.06.07 et forslag om tilføyelse av et nytt ledd i helsepersonelloven § 21, som har til hensikt å forby ”snoking” i pasientjournaler.<sup>153</sup> Forbudet rettet seg mot å ”... lese, motta, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger uten at har et nærmere bestemt formål forankret i tjenstelige behov...” I høringsrunden virker det å ha vært bred oppslutning om forslaget.<sup>154</sup> Enkelte instanser stilte imidlertid spørsmål til forbudet om å ”motta opplysninger”, og mente at dette kunne være noe strengt. I Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) er dette alternativ fjernet. Dette tydeliggjør at mottakere i god tro ikke rammes av forbudet (dersom opplysningene uten ugrunnet opphold tilbakesendes eller destrueres), mens

---

<sup>150</sup> Se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet (2006). ”Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren” kapittel 5.1.

<sup>151</sup> Helsetilsynets høringsuttalelse vedrørende endringer i helsepersonelloven § 21.

<sup>152</sup> Ifølge en undersøkelse utført av MMI Univero 03.06.05 mener 86 % av de ansatte i helsevesenet at det er utbredt å se i journaler utover det man har et tjenstlig behov for.

<sup>153</sup> Sendt på høring 13.06.07.

<sup>154</sup> Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) kapittel 11.3.

mottakere med uredelige intensjoner kan ilegges reaksjoner ved at disse nødvendigvis har vært i *besittelse* av de aktuelle opplysninger. Endelig lovforslag fra departementet ble etter høringsrunden som følger: *"Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift."* Dersom forslaget vedtas vil forbudet komme til uttrykk i en egen bestemmelse, § 21a. For å tydeliggjøre at forbudet gjelder alle typer helseopplysninger som behandles etter helseregisterloven, foreslår HOD at en tilsvarende regulering inntas i en ny § 13a i helseregisterloven.<sup>155</sup>

Forutsatt at forslaget får gjennomslag i Stortinget, vil tilegnelse av helseopplysninger bare kunne skje i de tilfelle helsearbeideren har et tjenestelig behov for disse. Som hovedregel vil dette samsvare med nødvendighetskravet, og jeg viser derfor til det jeg har behandlet i kapittel 3.4, med tilhørende unntak ved samtykke redegjort for i kapittel 2.7. I motsetning til i overføringstilfellene, er det her helsearbeideren selv som må sortere de nødvendige opplysninger fra den øvrige informasjonsmasse, og det kan derfor være praktisk vanskelig å operere med samme strenge behovsavgrensning som ved overføring. Av denne grunn mister bestemmelsen noe av sin betydning i forhold til personvernet. Forbudet representerer imidlertid et meget viktig tiltak mot de klassiske journalsnokingstilfellene.

I forhold til personvernet vil forbudet først å fremst ha en positiv virkning dersom sanksjonstrusselen har en preventiv effekt. I forarbeidene uttaler departementet at *"... det er grunn til å anta at en utvetydig trussel om straff vil heve terskelen for snoking."*<sup>156</sup> Det samme må gjelde for trusselen om administrative reaksjoner, da disse også kan være av inngripende karakter, se for eksempel helsepersonelloven § 57.

Avslutningsvis vil jeg påpeke at det indirekte ligger et supplerende vern i helsepersonelloven § 40, 1. ledd. Etter denne bestemmelsen er det kun *"relevante og nødvendige opplysninger"* som skal nedtegnes i journalen. Med dette menes *"opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses- eller behandlingssituasjon er behov for å ha*

---

<sup>155</sup> Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) kapittel 11.4.

<sup>156</sup> Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) kapittel 11.4.

*tilgjengelig for å kunne gjennomføre undersøkelsen eller behandlingen*".<sup>157</sup> Dette innebærer et saklighetskrav i forhold til hvilke opplysninger som kan registreres, og begrenser således omfanget av de opplysninger som kan tilegnes i de tilfelle virksomheten ikke oppfyller sitt ansvar for tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

## 4.5 Konsekvenser av brudd på reglene

### 4.5.1 Den enkelte virksomhet

I de tilfelle et helseforetak bryter sin lovpålagte plikt til å sørge for tilstrekkelig informasjonssikkerhet, er det med hjemmel i helseregisterloven kapittel 6 gitt adgang til å ilegge sanksjoner. Alternative reaksjoner er pålegg om endring eller opphør av den ulovlige behandlingen (§ 32), med tilhørende adgang til å ilegge tvangsmulkt dersom utbedringsfristen oversettes (§ 33), straff (§ 34) og erstatning (§ 35). Tilsynsmyndigheten er fordelt mellom Datatilsynet og Statens helsetilsyn,<sup>158</sup> jfr. helseregisterloven § 31. For spesialisthelsetjenesten er det gitt tilsvarende hjemmel til å gi pålegg, og eventuelt tvangsmulkt, i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 7. Jeg vil i det følgende konsentrere meg om helseregisterlovens straffebestemmelse. Det følger av helseforetaksloven<sup>159</sup> § 6 at det enkelte foretak har partsevne, og således kan saksøkes for domstolene.

Dersom foretaket "*... forsettlig eller grovt uaktsomt... behandler helseopplysninger i strid med § 16*", kan det med hjemmel i § 34 nr. 1 ilegges bøter eller fengsel i inntil ett år, eventuelt inntil tre år dersom det foreligger "*særdeles skjerpene omstendigheter*." I relasjon til skyldkravet innebærer dette som minimum at virksomhetens ledelse "*grovt har tilsidesatt den aktpågivenhet som [de] må antas å ha en plikt til å utvise*."<sup>160</sup> Dette innebærer noe mer enn vanlig uaktsomhet (se neste avsnitt). Innen alminnelig strafferett har man i praksis karakterisert grov uaktsomhet som de tilfelle hvor det foreligger "*en kvalifisert klanderverdig opptreden som foranlediger sterke bebreidelser for mangel på*

---

<sup>157</sup> Norsk lovkommentar. Kommentar til helsepersonelloven § 40.

<sup>158</sup> Se lov av 30. mars 1984 nr. 15.

<sup>159</sup> Lov av 15. juni 2001 nr. 93.

<sup>160</sup> Engelschiøn (2002) s. 172.

*aktsomhet.*<sup>161</sup> Jeg antar at en slik definisjon vil ha overføringsverdi i relasjon til helseforetakenes skyldvurdering.

Datatilsynet valgte i november 2004 å politianmelde Helgelandssykehuset for grove brudd på helseregisterloven.<sup>162</sup> Anmeldelsen skjedde på bakgrunn av en henvendelse til Datatilsynet om en avdelingsleders urettmessige innsyn i EPJ, blant annet journalen til 13 av sine medarbeidere. Datatilsynet uttalte at det som hovedregel vil foreligge grov uaktsomhet i de tilfelle foretakets ivaretagelse av informasjonssikkerheten representerer *”et markert avvik fra det forsvarlige.”*<sup>163</sup> Da Helgelandssykehusets praksis *”på svært mange områder”* avvek fra gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet (herunder blant annet mangelfulle rutiner ved tildeling av autorisasjon og fravær av rutiner for å avdekke urettmessig innsyn fra ansatte), konkluderte Datatilsynet med at det var grunnlag for foretaksstraff med hjemmel i helseregisterloven § 34, 1. ledd nr. 1, jfr. § 16. Påtalemyndigheten i Helgeland fulgte Datatilsynets anmodning, og påla sykehuset en foretaksstraff (i form av akseptert forelegg) på 50.000 kroner.

#### 4.5.2 Den enkelte helsearbeider

I kapittel 4.4 redegjorde jeg for at det i dag ikke finnes regler som oppstiller et forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger dokumentert i EPJ. I dette avsnittet vil jeg se nærmere på om det likevel kan ilegges sanksjoner i de tilfelle helsearbeidere urettmessig tilegner slike opplysninger.

Det følger av legalitetsprinsippet i Grunnloven<sup>164</sup> § 96 at ileggelse av straff må ha hjemmel i lov. I praksis innebærer dette at tolkningsresultatet må forankres i en lovtekst, eller i forskrift gitt i medhold av loven.<sup>165</sup> I fravær av lovregler som forbyr urettmessig tilegnelse av helseopplysninger, kan det derfor ikke ilegges straff for brudd på dette alminnelige aksepterte utgangspunktet.

---

<sup>161</sup> Se for eksempel Rt. 1970 s. 1235 og Rt. 1985 s. 328.

<sup>162</sup> Saksnummer 2004/1636-19

<sup>163</sup> Saksnummer 2004/1636-19 s. 9

<sup>164</sup> Lov av 17. mai 1814

<sup>165</sup> Eskeland (2006) s. 104.

Legalitetsprinsippet er derimot ikke til hinder for at helsearbeideren kan ilegges administrative reaksjoner. Helsepersonelloven § 57 gir adgang til å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren anses uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av *”atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.”* Denne adgangen er begrunnet i befolkningens tillitt til autorisert helsepersonell.<sup>166</sup>

Helsetilsynet uttalte i en ikke publisert sak fra Ullevål universitetssykehus at en helsesekretær som hadde sniklest i journalen til en kvinnelig bekjent ved 16 anledninger, hadde vist en oppførsel som er *”svært kritikkverdig”*, og derfor *”uforenlig med yrkesutøvelsen”*.<sup>167</sup> Kvinnen var imidlertid ikke helsearbeider, og kunne derfor ikke få korreks etter helsepersonellovens bestemmelser. Statens Helsetilsyns vurdering viser imidlertid at autorisert helsepersonell som urettmessig tilegner seg opplysninger dokumentert i EPJ, vil kunne ilegges administrative reaksjoner, også etter dagens regelverk.

---

<sup>166</sup> NOU 1993:33 kapittel 26.1.3.

<sup>167</sup> Saksnummer 2006/1066

## 5 Litteraturliste

### Bøker

1. Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente. *Helsepersonelloven med kommentarer*. 2. utgave. Bergen, 2001.
2. Ohnstad, Bente. *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren*. 3. utgave. Oslo, 2003.
3. Befring, Anne Kjersti. Grytten, Nils J. Ohnstad, Bente. *Jus for leger*. 1. utgave. Kristiansand, 2002.
4. Kjønstad, Asbjørn. *Helserett*. 1. utgave. Oslo, 2005.
5. Rasmussen, Ørnulf. *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet*. 1. utgave. Ålesund, 1997.
6. Hartlev, Mette. *Fortrolighet i sundhedsretten*. 1. utgave. København, 2005.
7. Engelschiøn, Sverre. Ulrichsen, Christine. Nilsen, Bjørn. *Helseregisterloven, Kommentarutgave*. 1. utgave. Oslo, 2002.
8. Warberg, Lasse. *Norsk helserett*. 1. utgave. Oslo, 1995.
9. Syse, Aslak. *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 2. utgave. Oslo, 2004.
10. Oma, Arild. *Teieplikt og samarbeid innanfor velferdstenestene*. Oslo, 1998.
11. Eckhoff, Torstein. *Rettskildelære*. 5. utgave. Oslo, 2001.
12. Eskeland, Ståle. *Strafferett*. 2. utgave. Oslo, 2006.
13. Gundersen, Dag. *Norske synonyme blå ordbok*. 4. utgave. Oslo, 2005.
14. *Norsk lovkommentar*. Gyldendal. Januar 2007. (Elektronisk utgave).

## **Lovgivning**

1. 1814. Kongeriget Norges Grundlov av 17. mai 1814.
2. 1902. Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) av 22. mai nr. 10.
3. 1967. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967.
4. 1980. Lov om leger (legeloven) av 13. juni 1980 nr. 42.
5. 1982. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66.
6. 1984. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) av 30. mars 1984 nr. 15.
7. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61.
8. 1999. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63.
9. 1999. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64.
10. 2000. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 14. april 2000 nr. 31.
11. 2001. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) av 18. mai 2001 nr. 24.
12. 2001. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) av 15. juni 2001 nr. 93.

## **Forskrifter**

1. 2000. Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften) av 15. desember 2000 nr. 1265.
2. 2000. Forskrift om pasientjournal (journalforskriften) av 21. desember 2000 nr. 1385.



## **Forarbeider**

1. NOU 1993:33. Høringsnotat, Lov om helsepersonell m.v.
2. NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
3. Inst. O nr. 58 (1998-1999) Helsepersonelloven.
4. Ot.prp. nr. 1 (1979-1980) Legeloven.
5. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Pasientrettighetsloven.
6. Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Helsepersonelloven.
7. Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) Helseregisterloven.
8. Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) Om endringer i helsepersonelloven.

## **Rettspraksis**

1. Rt. 1970 s. 1235.
2. Rt. 1985 s. 328.
3. Rt. 1989 s. 1363.
4. Rt. 1995 s. 191.

## **Andre kilder**

1. Apenes, Georg. *Et skrøpelig system* (artikkel). Dagens Medisin, 2007.
2. Sosial- og helsedirektoratet. *Tilgang til pasientinformasjon i helseforetak og på tvers av helseforetak*. Oslo, 2005.
3. Sosial- og helsedirektoratet. *Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren*. Oslo, 2006.
4. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.* København, 1998.
5. Statens Helsetilsyn. *Tilsynsinfo 2005:3*. Oslo, 2005.
6. Statens Helsetilsyn. *Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien*. Oslo, 2005.

7. Statens Helsetilsyn. *Rapport fra tilsyn med konfidensialiteten og tilgjengeligheten til elektronisk pasientjournal ved Akershus universitetssykehus HF*. Oslo, 2006.
8. Statens Helsetilsyn. *Saksnummer 2006/1066*. Brev. 27.02.08.
9. Statens helsepersonellnemnd. *Saksnummer 2006/180*.
10. Datatilsynet. *Saksnummer 2004/1636-19*. E-post 28.02.08.
11. Patientklagenævnet. *Saksnummer 0549313*.
12. Patientklagenævnet. *Saksnummer 0229603*.

