



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 154 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsepersonelloven og
pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og
tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 154 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsepersonelloven og
pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og
tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold..	5	4.3.5	Direkte tilgang til opplysninger i pasientjournalssystemer i andre virksomheter	40
2	Bakgrunnen for lovforslaget	7		Rett til å motsette seg tilgjengelig- gjøring	42
2.1	Digitalisering og spesialisering	7	4.3.6	Tilgangsstyring, logg og etter- følgende kontroll	44
2.2	Gjeldende rett	7			
2.2.1	Helsepersonelloven	7	4.3.7		
2.2.2	Pasientjournalloven	8			
2.2.3	Spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven	10	5	Unntak fra taushetsplikten – helsepersonell uten behandler- relasjon	48
2.2.4	Retten til helse som menneske- rettighet	10		Høringsforslaget	48
2.2.5	Personopplysningsloven og personvernforordningen	10	5.1	Høringsinstansenes syn	48
2.3	Høringen	11	5.3	Departementets vurderinger og forslag	50
3	Hovedregel om taushetsplikt ...	17	5.3.1	Innledning	50
3.1	Høringsforslaget	17	5.3.2	Helsefaglig arbeidsfellesskap	50
3.2	Høringsinstansenes syn	17	5.3.3	Helsehjelp til en annen pasient	51
3.3	Departementets vurderinger og forslag	20	5.3.4	Andre endringer	52
3.3.1	Ny hovedbestemmelse om helsepersonells taushetsplikt	20	6	Unntak fra taushetsplikten for kvalitetsforbedring, under- visning, ekstern veiledning, forskningsdeltakelse mv.	54
3.3.2	Innholdet i taushetsplikten	20		Høringsforslaget	54
3.3.3	Urettmessig tilegnelse av helse- opplysninger («snokeforbudet») ..	21	6.1	Høringsinstansenes syn	54
3.3.4	Private formål	21	6.2	Departementets vurderinger og forslag	55
3.3.5	Tjenstlig behov	22	6.3	Opprydning og samling av unntaksreglene	55
3.3.6	Dataansvarliges ansvar for ivaretagelse av taushetsplikten	23	6.3.1	Kvalitetsforbedring, internkontroll mv.	55
3.3.7	Innringer til medisinsk nødmeldetjeneste	23	6.3.2	Oppslag i journal for under- visningsformål	57
3.3.8	Straff	24	6.3.3	Opplysninger til ekstern veileder..	59
3.3.9	Taushetsplikt utenfor helse- tjenesten	25	6.3.4	Identifikasjon av potensielle forskningsdeltakere	61
4	Unntak fra taushetsplikten – helsepersonell med behandler- relasjon	26	6.3.5	Rett til å motsette seg tilgjengelig- gjøring	63
4.1	Høringsforslaget	26	6.3.6	Dataminimering	64
4.2	Høringsinstansenes syn	26	6.3.7	Dokumentasjon og innsyn	64
4.3	Departementets vurderinger og forslag	36	7	Andre endringer i reglene om taushetsplikt	66
4.3.1	Innledning	36		Høringsforslaget	66
4.3.2	Bruk av begrepet «tilgjengelig- gjøring»	36	7.1	Høringsinstansenes syn	66
4.3.3	Tilgjengeliggjøring av relevante og nødvendige opplysninger	37	7.2	Endring til samtykke etter personvernforordningen	66
4.3.4	Helsepersonellet selv skal vurdere om en opplysning er «relevant og nødvendig»	39	7.2.1	Deling av anonyme opplysninger	67
			7.2.2	Andre endringer	68
			7.2.3	Departementets vurderinger og forslag	69
			7.3		

7.3.1	Bortfall av taushetsplikt ved samtykke	69	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	80
7.3.2	Begrensninger i taushetsplikten – anonyme opplysninger mv.	70	11	Merknader til lovforslaget	81
7.3.3	Tilstøtende lovendringer	71	11.1	Endringer i helsepersonelloven ...	81
8	Personvern og informasjons-sikkerhet	73	11.2	Endringer i lov om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjons-ordning	88
8.1	Høringsforslaget	73	11.3	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	89
8.2	Høringsinstansenes syn	73	11.4	Endringer i pasientjournalloven ...	89
8.3	Forslagets betydning for den enkeltes personvern	73	11.5	Endringer i abortloven	90
8.4	Innebygget personvern	75		Forslag til lov om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)	92
8.4.1	Generelt	75		Vedlegg	
8.4.2	Barn og unge	75	1	Lovspeil	98
8.4.3	Personer med adressesperre	76			
8.5	Informasjonssikkerhet	76			
9	Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv til Nasjonalarkivet	78			
9.1	Høringsforslaget	78			
9.2	Høringsinstansenes syn	78			
9.3	Departementets vurderinger og forslag	78			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 154 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. juni 2025,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet legger i denne proposisjonen frem forslag til endringer i pasientjournalloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslaget gjelder endringer i flere av bestemmelsene om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger.

Formålet med endringene er at regelverket blir bedre egnet til å gjøre helseopplysninger tilgjengelige for behandling av pasientene (informasjonsdeling) og mer digitaliseringsvennlig. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet. Endringene skal også gjøre regelverket lettere å forstå og bruke.

Tilgjengeliggjøring av opplysninger til pasientbehandling er begrenset av rettslige rammer, informasjonstekniske løsninger og administrative rutiner i virksomhetene. Opplysninger i pasientjournaler er underlagt taushetsplikt, og skal ikke deles med mindre pasienten ønsker det eller det følger av lov. Når det ytes helsehjelp, er det fast-

satt i lov både en rett og en plikt for helsepersonell til å dele nødvendig og relevant informasjon.

Noe av bakgrunnen for departementets forslag er at mulighetsrommet i gjeldende rett ikke er utnyttet i tilstrekkelig grad. Utfordringene er knyttet til hvordan dette kan gjøres i en digital hverdag, og hvordan sikre at de vi deler med har «tjenstlig behov» for de aktuelle opplysningene.

Departementet foreslår derfor noen innholdsmessige endringer, og presiseringer og lovtekniske justeringer. Dette er de viktigste forslagene til lovendringer:

- Lovfesting av at helsepersonellet som trenger opplysningene, selv skal vurdere om tilgjengeliggjøringen av opplysningene oppfyller lovens krav om at de er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. I dag er det helsepersonellet som har ansvar for opplysningene som må vurdere dette. Se punkt 4.3.4 og forslaget til helsepersonelloven § 25 tredje ledd.

- Presisering av at helsepersonell i andre virksomheter kan gis direkte tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i andre virksomheters pasientjournalssystemer. Se punkt 4.3.5 og forslaget til helsepersonelloven § 25 andre ledd andre punktum.
- Forenkling og utvidelse av adgangen til å bruke opplysninger om andre pasienter i behandlingen av egne pasienter. Alt autorisert helsepersonell skal gis denne muligheten, ikke bare utpekte leger og tannleger som i dag. Se punkt 5.3 og forslaget til helsepersonelloven § 27 første ledd bokstav b.
- Utvidelse av unntaket fra taushetsplikten knyttet til kvalitetsforbedring. Utvidelsen vil gi virksomhetens ledelse tilgang til opplysninger om egne pasienter i andre virksomheter, til kvalitetsforbedring av behandlingsforløp. I dag er unntaket begrenset til opplysninger i egen virksomhet. Se punkt 6.3.1 og 6.3.2, samt forslaget til helsepersonelloven § 29 a andre ledd.
- Krav om logging skal også omfatte hvilke opplysninger som er gjort tilgjengelig, og ikke bare tidsrom, hvem som har fått tilgang og grunnlaget for tilgjengeliggjøringen slik det er i dag. Se punkt 4.3.7 og forslaget til pasientjournalloven § 22 a.

Departementet foreslår videre at det presiseres i helsepersonelloven at informasjon om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste er taushetsbelagte opplysninger. Dette er nytt, og har vært en problemstilling i situasjoner der det er akutt behov for helsehjelp og tredjepersoner er bekymret for å bli straffeforfulgt dersom de kontakter medisinsk nødmeldetjeneste. Taushetsplikten skal likevel ikke gjelde i redningsoperasjoner når det er nødvendig å tilgjengeliggjøre opplysninger for å unngå fare for liv og helse. Se punkt 3.3.7 og forslaget til helsepersonelloven § 21 tredje ledd.

Departementet foreslår også en ny bestemmelse som sikrer at helsepersonell som er ekstern veileder for helsepersonell med faglig pålegg eller begrenset autorisasjon, kan få tilgang til opplysninger som er nødvendige for gjennomføring av vedtak truffet av tilsynsmyndigheten. Se punkt 6.3.4 og forslaget til helsepersonelloven § 28 første ledd bokstav c.

Lovforslaget åpner også for å gjøre opplysninger om pasientgrunnlag eller kontaktinformasjon til pasienter for inklusjon i forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter, tilgjengelige for ledelsen i virksomheten. Se punkt 6.3.5 og forslaget til helsepersonelloven § 28 første ledd bokstav g.

Departementet foreslår å utvide gruppen helsepersonell som kan gis anledning til å slå opp i pasientjournaler for finne opplysninger om pasienter som er egnet for undervisning. Retten til å slå opp skal gjelde alt helsepersonell med undervisningsansvar som arbeider i virksomheten der pasientene har mottatt helsehjelp, ikke bare leger og tannleger som i dag. Se punkt 6.3.3 og forslaget til helsepersonelloven § 28 første ledd bokstav b.

I tillegg foreslår departementet å flytte ansvaret for oppbevaring av pasientjournalarkiv som er innlevert etter tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon. Ansvaret for pasientjournalarkivene flyttes fra Helsedirektoratet til Riksarkivaren. Se punkt 9.3 og forslaget til endringer i helsepersonelloven § 62 a.

Lovforslagene gjelder tilgjengeliggjøring av opplysninger. Med tilgjengeliggjøring menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige for mottakeren. Begrepet er teknologinøytralt. En måte å gjøre opplysningene tilgjengelige på er at vedkommende autoriseres til selv å søke etter relevante opplysninger (direkte tilgang eller oppslag). En annen måte er at vedkommende får opplysningene utlevert, enten ved utskrift på papir eller ved elektronisk oversendelse. Se punkt 4.3.2.

Departementet legger vekt på at den enkelte pasient og bruker skal kunne bestemme når og for hvem helseopplysninger skal gjøre tilgjengelig, og enkelt kunne få innsyn i hvem som har hatt tilgang til helseopplysningene (logg). Dette forutsetter at den enkelte får god informasjon om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger. Tilliten til et slikt system forutsetter også at den enkelte virksomhet har et systematisk forhold til etterfølgende kontroll av loggene. Departementet foreslår derfor at pasienters adgang til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger fremheves og tydeliggjøres i loven. Se forslaget til ny § 29 i helsepersonelloven og punkt 4.3.6 og 6.3.6.

Departementet foreslår også en del språklige og strukturelle endringer i helsepersonelloven kapittel 5 om taushetsplikt for å gjøre reglene enklere å forstå og bruke. Det er tatt inn et lovspeil som vedlegg til proposisjonen. Lovspeilet viser hvor de gjeldende bestemmelsene gjenfinnes i den nye lovteksten.

I tillegg foreslås det tekniske oppdateringer i abortloven og lov om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenestepensjonsordning, samt en teknisk tilpasning til ny opplæringslov i pasient- og brukerrettighetsloven.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Digitalisering og spesialisering

Digitalisering og spesialisering av helse- og omsorgstjenesten, hvor pasientbehandlingen i et og samme forløp ofte foregår på ulike steder, har påvirket behovet for å gjøre relevant og nødvendig informasjon om pasienten tilgjengelig. Digitalisering har muliggjort etablering av andre mer hensiktsmessige og tilpassede tekniske løsninger, samtidig som taushetsplikten og den enkeltes personvern blir ivarettatt på en god måte.

Helsepersonellovens bestemmelser om informasjonsdeling ble utformet i en tid da tilgjengeliggjøring av opplysninger som hovedregel foregikk ved oppslag i papirjournaler, og uten nasjonale e-helseløsninger som e-resept og kjernejournal. Siden helsepersonelloven ble vedtatt i 1999, er reglene om unntak fra taushetsplikten blitt presisert og endret en rekke ganger. Helheten i disse endringene har ført til at reglene om unntak fra taushetsplikten kan oppleves som vanskelig tilgjengelig og fragmentert. Dette kan igjen føre til feilaktig og ulik praksis.

For å understøtte helhetlige pasientforløp, hvor pasientbehandlingen i et og samme forløp ofte foregår på ulike steder, har behovet for å tilgjengeliggjøre helseinformasjon økt betraktelig. Digitaliseringen har også skapt muligheter for ytterligere effektivisering av driften.

Regelverket skal i utgangspunktet kunne tolkes teknologinøytralt. Bestemmelsene bør derfor søke å beskrive funksjonene som skal utføres, herunder stille krav til hvordan disse funksjonene skal være, i stedet for å nevne spesifikk teknologi. Det betyr at virksomhetene står fritt til å velge hvilken teknologi som skal brukes i oppgaveløsningen, med mindre noe annet er spesifisert i lovtekst, forskrifter eller forarbeider.

2.2 Gjeldende rett

2.2.1 Helsepersonelloven

Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 21 en yrkesmessig taushetsplikt. Taushetsplikten innebærer at 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.

Taushetsplikten omfatter både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at opplysninger bringes videre til andre. Deler av helsepersonellets taushetsplikt korresponderer med virksomhetens plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomhetene kan oppfylle lovbestemte krav til taushetsplikt, se også pasientjournalloven § 7 andre ledd.

Det er også forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. Dette følger av helsepersonelloven § 21 a og pasientjournalloven § 16.

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysningene gjøres kjent dersom personen som opplysningene gjelder samtykker til det, jf. helsepersonelloven § 22. Helsepersonells rett til å gi opplysninger videre til andre ved samtykke avspeiler pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 andre ledd.

Samtykket skal være avgitt av en person med samtykkekompetanse, jf. § 22 andre og tredje ledd.

Hovedregelen er at personer over 16 år har rett til å samtykke til helsehjelp. Samtykkekompetanse knyttet til helsehjelp gjelder tilsvarende for deling av informasjon.

For barn under 16 år er det som hovedregel foreldre eller andre med foreldreansvar som har rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet. Barn mellom 12 og 16 år har likevel en selvstendig samtykkekompetanse dersom pasienten ikke ønsker at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal involveres, og helsepersonellet mener slike grunner bør respekteres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav c, jf. § 3-4 andre ledd.

Dersom pasienten er over 16 år og ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke, har nærmeste pårørende en rett til å samtykke i at

opplysninger videreformidles på vegne av pasienten. Dette vil gjelde pasienter som åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 andre ledd.

Hovedreglene for tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger mellom helsepersonell som skal yte helsehjelp til pasienten, følger av helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Helsepersonelloven § 25 regulerer helsepersonells adgang til å gi helseopplysninger til personell de samarbeider med i forbindelse med ytelse av helsehjelp. Etter denne paragrafen kan helseopplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Paragrafen gjelder uavhengig av om dette skjer innenfor eller mellom virksomheter. Paragrafen gjelder tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsepersonell og samarbeidende personell som ikke er helsepersonell, i den enkelte helsehjelpssituasjon.

Helsepersonelloven § 45 regulerer plikten til å gi helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient. Formålet med § 45 er å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas. Paragrafen er en pliktbestemmelse som pålegger helsepersonell å gi helseopplysninger om en pasient til annet helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten. Plikten til å gi helseopplysninger til annet helsepersonell gjelder både innenfor egen virksomhet og mellom virksomheter. Paragrafen åpner både for at journalopplysninger kan utleveres til annet helsepersonell og for at annet helsepersonell kan gis elektronisk tilgang til journal og journalopplysninger. Utleveringen kan utføres av den dataansvarlige for opplysningene eller det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene, jf. § 45 andre ledd.

Tilgjengeliggjøringen av journalopplysningene etter § 25 og § 45 skal være nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Pasienten har rett til å motsette seg (reservere seg mot) at opplysninger gis, selv om opplysningene er nødvendige for å yte helsehjelp, jf. også pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 første punktum. Opplysningene skal heller ikke deles dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 andre punktum. Det er imidlertid ikke nødvendig med et eksplisitt samtykke fra pasienten.

Flere generelle begrensninger i taushetsplikten er fastsatt i § 23, blant annet når det er fastsatt i lov at taushetsplikten ikke skal gjelde.

Loven §§ 25 til 29 e fastsetter en rekke unntak fra taushetsplikten for opplysninger til samarbeidende personell, helsefaglige arbeidsfellesskap, helsehjelp til en annen pasient, virksomhetens ledelse og administrative systemer, sakkyndig, arbeidsgiver, læringsarbeid og kvalitetssikring og kliniske etikkomiteer. Departementet kan etter nærmere vilkår gi dispensasjon fra taushetsplikten, blant annet når opplysningene skal brukes til forskning, statistikk eller kvalitetsforbedring, jf. § 29.

2.2.2 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven gjelder behandling av helseopplysninger som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner. Behandlingsrettede helseregistre (pasientjournaler mv.) skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og finne frem i, jf. lovens § 7. Både tekniske og organisatoriske tiltak og løsninger skal være egnet til å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov.

Pasientjournalloven § 7 angir konkrete funksjonskrav til behandlingsrettede helseregistre ved å henvise til bestemte plikter og rettigheter som følger av pasientjournalloven og andre lover. Dette gjelder blant annet regler om taushetsplikt, forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger, retten til å motsette seg behandling av helseopplysninger, retten til informasjon og innsyn, helsepersonells dokumentasjonsplikt, tilgjengeliggjøring av helseopplysninger, samt informasjonssikkerhet og internkontroll.

Behandlingsrettet helseregister er definert i pasientjournalloven § 2 bokstav d:

pasientjournal- og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk, slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen, og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner.

Pasientjournalloven § 9 åpner for at to eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre. Det kan samarbeides om helhetlige systemer som utgjør hele pasientjournalen i virksomheten. Det kan også samarbeides om registre på bestemte områder, for eksempel sårjournaler eller bilderegistre. Register som inngår i samarbeidet, skal komme i stedet for de

registrene som virksomhetene bruker internt i virksomheten. Virksomhetene kan likevel ha interne faglige systemer som ligger under eller leverer til journalen. Dette kan være for eksempel røntgensystemer, anestesijournaler eller laboratoriesystemer.

Den dataansvarlige skal sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til pasienten eller brukeren. Dette følger av pasientjournalloven § 19.

Pasientjournalloven § 19 regulerer informasjonsdeling mellom helsepersonell når de yter helsehjelp. Det følger av denne paragrafen, sammen med helsepersonellovens regler om taushetsplikt, at opplysningene bare kan gjøres tilgjengelige når de er relevante og nødvendige for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Det er kun de som har et tjenstlig behov som skal få opplysningene, og de skal ikke få flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig for å yte helsehjelpen.

Etter § 19 bestemmer den dataansvarlige på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Dette gjelder både tilgjengeliggjøring av helseopplysninger internt i egen virksomhet og tilgjengeliggjøring av opplysningene for personell fra andre virksomheter, både for personell i Norge og for personell i andre EU/EØS-land.

Den enkeltes rett til fortrolighet og privatliv skal ivaretas samtidig som helsepersonell har enkel og sikker adgang til relevante og nødvendige pasientopplysninger, når det er nødvendig for aktuell behandling av pasienten.

Av pasientjournalloven § 17 første ledd bokstav a følger at pasienten eller brukeren kan motsette seg at helseopplysninger i et behandlingsrettet helseregister etablert med hjemmel i §§ 8 til 10 gjøres tilgjengelige for helsepersonell etter § 19, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

Dette innebærer at opplysningene heller ikke kan gjøres tilgjengelig dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel.

For at pasienter skal kunne ivareta retten til å motsette seg at opplysninger gis videre, må det legges til rette for informasjon til pasienter om denne adgangen.

Pasientene har rett til informasjon og innsyn i egne helseopplysninger og om hvem som har hatt tilgang til opplysningene, jf. pasientjournalloven § 18. Pasientjournalloven viser til pasient- og bru-

kerrettighetsloven og personvernforordningen. Pasient- og brukerrettighetsloven gir grunnlag for helt eller delvis å avvise kravet om innsyn ut fra helsefaglige vurderinger. De registrerte har også rett til informasjon og innsyn i hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til vedkommendes navn eller fødselsnummer. Innsynsretten gjelder alle tilfeller der noen har lest, søkt eller på annen måte tilegnet seg, brukt eller besittet helseopplysninger fra behandlingsrettede helseregistre, enten dette er rettmessig eller ikke. Det er presisert i pasientjournalforskriften § 14 at den registrerte har rett til innsyn i loggdokumentasjon.

Den registrerte har også rett til generell informasjon om hvem som behandler helseopplysninger, hvilke opplysninger det gjelder og hvordan de behandles, jf. personvernforordningen artikkel 13. Retten til informasjon om automatiserte beslutninger er særskilt nevnt blant annet i artikkel 13 nr. 2 bokstav f. Videre har den registrerte også en rett til individuelt innsyn i opplysninger som er registrert om dem selv. Dette er regulert generelt i forordningen artikkel 15, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

All pasientbehandling forutsetter behandling av helseopplysninger om pasienten. God pasient-sikkerhet krever at opplysninger deles mellom helsepersonell. Helsepersonellens informasjonstilgang skal imidlertid begrenses til personellens tjenstlige behov og kun til de opplysningene som er relevant og nødvendig for pasientbehandlingen.

For å ivareta dette kravet er det nødvendig med gode rutiner for autorisering, autentisering og tilgangsstyring. Det følger av pasientjournalloven § 22 om informasjonssikkerhet at den dataansvarlige og databehandleren blant annet skal sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll. Se også personvernforordningen artikkel 32. Et overordnet krav etter pasientjournalloven § 22, er at den dataansvarlige skal sørge for etterfølgende kontroll. I større systemer vil det være vanskelig gjennomførbart uten bruk av automatiserte varslinger (varslingssystem) o.l. Varslingssystem innebærer at det automatisk meldes om spesielle hendelser både til ansvarlig virksomhet eller dataansvarlig og til pasienten.

Kravet om tilgangsstyring er presisert i pasientjournalforskriften § 13, hvor det følger at behandling av journalopplysninger skal baseres på bestemte tildelte tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger i journalen (autorisasjon). Autorisasjonen skal a) beskrive rettighetene og

pliktene som autorisasjonen omfatter, b) angi hvilke virksomheter autorisasjonen omfatter, c) dokumenteres i virksomhetens oversikt over helsepersonells autorisasjoner, d) være tidsbegrenset og e) vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansvarsområder eller ansettelsesforhold.

Videre er det i forskriften § 13 presisert at journalopplysninger bare kan gjøres tilgjengelige for personell som gjennom autentisering kan bekrefte sin identitet på en sikker måte. Den dataansvarlige skal ha oversikt over hvem som har tilgang til hvilke typer opplysninger og kunne kontrollere i ettertid hvem som har benyttet seg av tilgangen.

Av pasientjournalforskriften § 14 om krav til loggføring følger at tilgjengeliggjøring av journalopplysning skal dokumenteres automatisk hos virksomheten. Videre skal dokumentasjonen minst inneholde informasjon om a) identitet og organisatorisk tilhørighet til den som har hentet fram helseopplysninger, b) grunnlaget for tilgjengeliggjøringen og c) tidsperioden for tilgjengeliggjøringen. Det er presisert at den registrerte har rett til innsyn i dokumentasjonen.

2.2.3 Spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven

Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarelige, jf. § 3-2. Kravet får først og fremst betydning for opplysningenes integritet, tilgjengelighet og personvern for øvrig. Helseopplysninger i journalsystemene er underlagt et særskilt vern. Det er virksomhetens ansvar at de systemene den til enhver tid har, fungerer i tråd med lovkrav, som for eksempel bestemmelsene om taushetsplikt.

Virksomhetene plikter også å ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Tilsvarende krav stilles til kommuner og virksomheter som har avtale med kommuner om å yte helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

2.2.4 Retten til helse som menneskerettighet

Etter FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 har enhver rett til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Denne rettigheten fremgår også blant annet av FN-konvensjonen om

avskaffelse av alle former for diskriminering mot kvinner artikkel 12 og av Barnekonvensjonen artikkel 24. Artiklene gjelder som norsk lov og har forrang i tilfelle konflikt med annen lovgivning, jf. menneskerettsloven § 2 og § 3.

Retten til helse etter ØSK artikkel 12 innebærer en rett til tilstrekkelig tilbud av helsetjenester. Tilbudet skal være tilgjengelig for alle uten diskriminering, være av god kvalitet, basert på vitenskapelige og medisinske krav, respektere medisinsk etikk og være tilpasset kultur, bakgrunn, kjønn og livssyklus. Staten skal treffe tiltak for å oppnå full virkeliggjøring av retten til helse, blant annet treffe tiltak for å forebygge og behandle sykdommer og skape vilkår som sikrer alle legebehandling og pleie under sykdom.

2.2.5 Personopplysningsloven og personvernforordningen

EUs personvernforordning gjelder som norsk lov, jf. personopplysningsloven § 1.

Personvernforordningen fastsetter regler om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger, samt regler om fri utveksling av personopplysninger. Det er presisert i artikkel 1 at forordningen sikrer vern av fysiske personers grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger.

Personvernforordningen bygger på noen grunnleggende prinsipper som må ivaretas ved behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger.

Personvernprinsippene følger av artikkel 5 og består av:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet
- formålsbegrensning
- dataminimering
- riktighet
- lagringsbegrensninger
- integritet og konfidensialitet
- ansvar

Prinsippene gir uttrykk for både grunnleggende hensyn som personvernforordningen skal ivareta, og konkrete krav til hvordan personopplysninger skal behandles. Prinsippene er selvstendige regler som stiller krav til all behandling av personopplysninger. I tillegg skal de brukes i tolkningen av andre bestemmelser i forordningen og personvernbestemmelser i andre lover, herunder lover som regulerer behandling av personopplysninger i helse- og omsorgssektoren.

Enhver behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i helse- og omsorgstjenesten krever en eller flere dataansvarlige. Dataansvaret påhviler i utgangspunktet den virksomheten «som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes». Dette følger av personvernforordningen artikkel 4 nr. 7. Se også pasientjournalloven § 2 bokstav e som fastsetter at begrepet dataansvarlig skal forstås synonymt med begrepet behandlingsansvarlig i den norske oversettelsen av personvernforordningen.

Videre krever behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 nr. 1. Behandlingen må også oppfylle vilkårene i et av unntakene fra forbudet mot behandling av helseopplysninger i artikkel 9. De aktuelle grunnlagene for behandlingsrettede helseregistre er artikkel 6 nr. 1 bokstav e (nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse), eventuelt bokstav d (nødvendig for å verne den registrertes vitale interesser), og unntaket i artikkel 9 nr. 2 bokstav h (nødvendig i forbindelse med yting av helsetjenester).

Det er et vilkår i artikkel 6 nr. 3 og artikkel 9 nr. 2 bokstav h at behandlingen også skal fastsettes i nasjonal rett eller unionsretten. Dette kalles et supplerende rettslig grunnlag. Helsepersonell har plikt til å journalføre opplysningene om pasienten, jf. helsepersonelloven § 39. Journalføringsplikten er dermed et supplerende rettslig grunnlag. Rett til å behandle helseopplysningene i den ordinære pasientjournalen og i kjernejournalen følger også av pasientjournalloven § 6 andre ledd og § 13 med forskrifter.

Det at pasienten oppsøker helsehjelp, innebærer forutsetningsvis at pasienten også aksepterer at opplysninger om ham eller henne registreres i journalen. Kravene til samtykke til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven er imidlertid ikke i samsvar med samtykkekravene i forordningen artikkel 4 nr. 11. Samtykke til helsehjelp er derfor ikke behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen.

2.3 Høringen

Forslag til endringer i pasientjournalloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, ble sendt på høring 25. september 2024, med høringsfrist 6. januar 2025.

Høringen ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Arbeid- og velferdsdirektoratet
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Bioteknologirådet
 Datatilsynet
 De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
 De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
 De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)
 Den rettsmedisinske kommisjon
 Digitaliseringsdirektoratet
 Direktoratet for medisinske produkter
 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
 Diskrimineringsnemnda
 Folkehelseinstituttet
 Forbrukertilsynet
 Forbrukerrådet
 Helsedirektoratet
 Helsepersonellnemnda
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
 Høgskoler med helsefaglig utdanning
 Institutt for helse og samfunn (HELSAM)
 Kontrollkomisjonene
 Kriminalomsorgsdirektoratet
 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
 NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen)
 Norges forskningsråd
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
 Norsk utenrikspolitisk institutt (NUPI)
 Pasient- og brukerombudene
 Personvernemnda
 Regelrådet
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
 Regjeringsadvokaten
 Råd for et aldersvennlig Norge
 Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
 Senter for omsorgsforskning
 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
 Statens helsetilsyn
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Statistisk sentralbyrå (SSB)
 Statsforvalterne
 Sysselmesteren på Svalbard
 Universitetene

Norges institusjon for menneskerettigheter
(NIM)

Riksrevisjonen
Sametinget
Sivilombudet

De fylkeskommunale eldrerådene
Fylkeskommunene
Fylkesrådene for funksjonshemmede
Kommunene
Sosial- og eldreombudet i Oslo

De regionale helseforetakene
Helseforetakene
Kommunalbanken
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne
diagnoser
Nasjonal kompetansetjeneste for
utviklingshemning og psykisk helse
Nasjonalt kompetansemiljø om
utviklingshemning (NAKU)
Nasjonalt kompetansesenter for prehospita
akuttmedisin (NAKOS)
Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og
minoritetshelse (NAKMI)
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk
helsearbeid (NAPHA)
Nasjonalt senter for e-helseforskning
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen
psykisk helse
Norsk helsenet SF
SINTEF Helse
SINTEF Unimed, Helsetjenesteforskning i
Trondheim

Actis
ACOS AS
ADHD Norge
Association of Norwegian Students Abroad
(ANSA)
Akademikerne
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for
åpenhet om rus og behandling
Aleris Helse AS
Alliance Healthcare Norge Apotekdrift AS
Alliance Healthcare Norge AS
Allmennlegeforeningen
Amnesty International Norge
Anonyme alkoholikere (AA)
Anonyme narkomane (NA)
Apotek 1 Gruppen AS
Apotekforeningen
Apotekgruppen

Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske
forbund
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Aurora – støtteforening for mennesker med
psykiske helseproblemer
Autismeforeningen i Norge
Barn av rusmisbrukere (BAR)
Barnekreftforeningen
BarnsBeste
Bedriftsforbundet
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
Bipolarforeningen
Blå Kors Norge
Borgestadklinikken
Buddhistforbundet
Colosseumklinikken AS tannlege
Compugroup Medical Norway AS (CGM)
Dedicare
Delta
Den norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den Norske Jordmorforening
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Det Hjelper
Diabetesforbundet
DIPS ASA
DNT – edru livsstil
Erfaringssentrum
Europharma AS
Fagforbundet
Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Familieklubbene i Norge
Fana medisinske senter
Farma Holding
Fellesorganisasjonen (FO)
Finans Norge
FMR Felleskap – Menneskeverd – Rusfrihet
Foreningen for blødere i Norge
Foreningen for hjertesyke barn
Foreningen for human narkotikapolitikk
Foreningen for Muskelsyke
Foreningen for kroniske smertepasienter
Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Foreningen tryggere ruspolitikk
Foreningen vi som har et barn for lite
Forskerforbundet
Forskningssiftelsen FAFO
Frambu
Frelsesarmeen
Frivillighet Norge
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Fürst medisinske laboratorium AS
Gatejuristen
Helseutvalget

HIV-Norge
 Hjernerådet
 Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
 Hørselshemmedes Landsforbund
 IKT Norge
 Infodoc
 Informasjonssenteret Hieronimus
 Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)
 Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi
 Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
 Institutt for mentalisering
 Institutt for psykoterapi
 Institutt for samfunnsforskning
 IOGT Norge
 IRIS
 Ja, det nytter
 Junior- og barneorganisasjonen JUBA
 JURK
 Juss-Buss
 Jussformidlingen
 Jusshjelpa
 Juvente
 Kirkens bymisjon
 Kliniske ernæringsfysiologiske forening
 Kommunal landspensjonskasse
 Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)
 Kreftforeningen
 KS – Kommunesektorens organisasjon
 Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
 Ivareta – Pårørende berørt av rus
 Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel
 Landsforeningen Alopecia Areata
 Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE)
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
 Landsforeningen for Huntingtons sykdom
 Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
 Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
 Landsforeningen for slagrammede
 Landsforeningen mot fordøysessykdommer
 Landsforeningen we shall overcome
 Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
 Landsgruppen av helsesøstre, NSF
 Landslaget for rusfri oppvekst
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Legemiddelgrossistforeningen
 Legemiddelindustrien (LMI)
 Legemiddelparallellexportørforeningen

Legestudentenes rusopplysning
 Likestillingssenteret
 LISA-gruppene
 MA – Rusfri Trafikk
 Marborg
 Matmerk
 Mental Helse Norge
 Mental Helse Ungdom
 MIRA-senteret
 Munn- og halskreftforeningen
 MS – forbundet
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 NORCE Norwegian Research Center AS
 Norges Astma- og Allergiforbund
 Norges Blindeforbund
 Norges Døveforbund
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges Fibromyalgi Forbund
 Norges Handikapforbund
 Norges kristelige legeforening
 Norges Kristne Råd
 Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/
 Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
 Norges Juristforbund
 Norges kommunerevisorforbund
 Norges kvinne- og familieforbund
 Norges Parkinsonforbund
 Norges Tannteknikerforbund
 Norlandia
 Normal Norge
 Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
 Norsk Biotekforum
 Norsk Cøliakiforening
 Norsk Epilepsiforbund
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Farmasøytisk Selskap
 Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
 Norsk Forbund for psykoterapi
 Norsk Forbund for Svaksynte
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
 Norsk Forening for cystisk fibrose
 Norsk Forening for Ernæringsvitenskap
 Norsk Forening for Helse- og Treningsfysiologer (NFHT)
 Norsk forening for infeksjonsmedisin
 Norsk forening for kognitiv terapi
 Norsk Forening for nevrofibromatose
 Norsk forening for palliativ medisin
 Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
 Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
 Norsk forening for slagrammede
 Norsk Forening for Tuberøs Sklerose

Norsk Forum for terapeutiske samfunn
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Førstehjelpsråd
 Norsk Gestaltterapeut forening
 Norsk gynekologisk forening
 Norsk Helsesekretærforbund
 Norsk Immunsviktforening
 Norsk Intravenøs Forening
 Norsk karakteranalytisk institutt
 Norsk Kiropraktorforening
 Norsk legemiddelhåndbok
 Norsk Logopedlag
 Norsk Manuellterapeutforening
 Norsk Medisinaldepot AS
 Norsk OCD forening, ANANKE
 Norsk Ortopedisk Forening
 Norsk Osteopatforbund
 Norsk Osteoporoseforening
 Norsk paramedicforening
 Norsk Presseforbund
 Norsk Psoriasis Forbund
 Norsk Psykiatrisk Forening
 Norsk Psychoanalytisk Forening
 Norsk Psykologforening
 Norsk Radiografforbund
 Norsk Revmatikerforbund
 Norsk selskap for ernæring
 Norsk senter for stamcelleforskning
 Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
 Norsk sykepleierforbund
 Norsk Tannhelsesekretærers Forbund
 Norsk Tannpleierforening
 Norsk Tjenestemannslag (NTL)
 Norsk Tourette Forening
 Norske Fotterapeuters Forbund
 Norske Homeopaters Landsforbund
 Norske Kvinners Sanitetsforening
 Norske Ortoptister forening
 Norske Sykehusfarmasøyters Forening
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Organisasjonen Voksne for Barn
 Oslo amatørbyggerlag
 Omsorgsjuss
 Parat Helse
 Pensjonistforbundet
 Personskadeforbundet
 Prima Omsorg
 Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
 Private sykehus
 Program for helseøkonomi i Bergen
 proLAR
 Psykiatriliansen BIL
 Pårørendealliansen
 Pårørendesenteret
 Rettspolitisk forening

ROM – Råd og muligheter
 ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
 Ryggforeningen i Norge
 Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
 Røde Kors
 Rådet for psykisk helse
 Sagatun brukerstyrt senter
 Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes
 organisasjoner (SAFO)
 Selvhjelpsstiftelsen
 Senior Norge
 Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
 (SKDE)
 Senter for psykoterapi og psykososial
 rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
 Senter for seniorpolitikk
 Skeiv ungdom
 Spillavhengighet Norge
 Spiseforstyrrelsesforeningen
 Stabburshella bruker- og pårørendeforum og
 værested
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
 Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
 Stiftelsen Det er mitt valg
 Stiftelsen Fransiskushjelpen
 Stiftelsen Golden Colombia
 Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
 Stiftelsen iOmsorg
 Stiftelsen Kraft
 Stiftelsen Menneskerettighetshuset
 Stiftelsen Norsk Luftambulanse
 Stiftelsen Organdonasjon
 Stiftelsen Phoenix Haga
 Stiftelsen Pinsevennenes evangeliesentre
 Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
 Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle
 Stoffskifteforbundet
 Tannleger i privat sektor (TiPS)
 Tekna
 Teknologirådet
 Trust Arktikugol
 Turner Syndrom foreningen i Norge
 Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
 Ungdom mot narkotika (UMN)
 Ung i Trafikk
 Unio
 Universitets- og høyskolerådet
 Utdanningsforbundet
 Utviklingssentrene for sykehjem og
 hemmetjenester
 Velferdsforskningsinstituttet NOVA
 Vestlandske Blindeforbund
 Virke

Visma
 Volvat Medisinske Senter AS
 Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge
 Yngre legers forening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Departementet har mottatt i alt 102 høringsuttalelser. 11 av disse hadde ingen merknader.
 Følgende instanser hadde merknader:

Forsvarsdepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Arkivverket Norsk Helsearkiv
 Datatilsynet
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
 Digitaliseringsdirektoratet
 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
 Helsedirektoratet
 Hovedredningssentralen
 Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, fakultet for medisin og helsevitenskap
 Norsk helsearkiv
 Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
 Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
 Statens helsetilsyn
 Universitetet i Bergen, Medisinsk fakultet
 Universitetet i Oslo
 Universitetet i Oslo, Avdeling for allmennmedisin og Allmennmedisinsk forskningsenhet
 Universitetet i Oslo, Juridisk fakultet

Bergen kommune
 Bærum kommune
 Flatanger kommune
 Innlandet fylkeskommune
 Malvik kommune
 Molde kommune
 Overhalla kommune
 Stjørdal kommune
 Trondheim kommune
 Ullensaker kommune

Akershus universitetssykehus HF
 BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
 Brukerutvalget til Helse Sør-Øst RHF
 Helse Bergen HF

Helse Bergen HF, avdeling for medisinsk genetikk, på vegne av de fem medisinsk-genetiske avdelingene i Norge
 Helse Midt-Norge RHF
 Helse Nord RHF
 Helse Stavanger HF
 Helse Sør-Øst RHF
 Helse Vest RHF
 Helseplattformen AS
 Luftambulansetjenesten HF
 Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin
 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
 Nasjonalt senter for aldring og helse
 Norsk helsenett SF
 Oslo universitetssykehus HF
 Patologiavdelingene ved Sykehuset i Vestfold og Oslo
 Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF
 Sykehuset Innlandet HF
 Sykehuset Telemark HF
 Sykehuset Vestfold HF
 Sykehuset Østfold HF
 Sykehusapotekforetakene
 Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Vestre Viken HF

Advokatforeningen
 Apotekforeningen
 Bipolarforeningen
 Brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus
 Den norske legeforening
 Den norske legeforening – Rådet for legeetikk
 Den norske tannlegeforening
 Fagforbundet
 Forandringsfabrikken Kunnskapssenter
 Ivareta
 Kernel AS
 KS – Kommunesektorens organisasjon
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
 Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
 Legemiddelindustrien (LMI)
 Mental Helse
 Mental Helse Ungdom
 Minoritetenes interesseorganisasjon
 Nasjonalforeningen for folkehelse
 Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
 Norges Døveforbund
 Norges ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO)
 Norges Optikerforbund
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk Forening for Helse- og Treningsfysiologer
 Norsk Fysioterapeutforbund

Norsk kiropraktorforening
Norsk Manuellterapeutforening
Norsk Presseforbund
Norsk psykologforening
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Tannpleierforening
Pårørendealliansen
Rådet for psykisk helse
Senior Norge
Spiseforstyrrelsesforeningen
Roche Norge
Tre privatpersoner
To anonyme privatpersoner

Følgende instanser svarte at de ikke hadde merknader:

Justis- og beredskapsdepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Nærings- og fiskeridepartementet

Arkivverket
Diskrimineringsnemnda
Statistisk sentralbyrå

Oslo kommune

Pilar – kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern

Norsk Osteopatforbund
Tannhelsesekretærenes Forbund
Tyrilistiftelsen

3 Hovedregel om taushetsplikt

3.1 Høringsforslaget

Departementet foreslo i høringen innholdsmessige endringer og endringer som harmoniserer begrepsbruk og forenkler regelverket. Forslaget inneholdt presiseringer i paragrafen om helsepersonells taushetsplikt i helsepersonelloven § 21, hvor gjeldende § 21 og § 21 a ble foreslått slått sammen. I tillegg ble det foreslått å presisere i loven at utnyttelse av opplysninger til egne formål også er et brudd på taushetsplikten. Dette innebar ingen innholdsmessige endringer i hovedregelen om taushetsplikt. Samtidig foreslo departementet at personopplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste skal være taushetsbelagte opplysninger. Det ble også foreslått endringer i pasientjournalloven § 15 for å tydeliggjøre virksomhetens ansvar for pasientjournalssystemet.

3.2 Høringsinstansenes syn

Arbeids- og velferdsdirektoratet synes forslaget om å oppheve bestemmelsene om at reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for den som mottar opplysningene, er både ryddig og i tråd med gjeldende praksis.

Datatilsynet uttaler at taushetsplikten er den sentrale bærebjelken i tilliten til ivaretagelse av personvernet i helsetjenesten. Det er viktig at denne tilliten ikke utvannes gjennom utvidelser av reglene. Tilsynet støtter ikke forslaget om å oppheve bestemmelsene om at reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven, gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene da de registrerte har en klar forventning om at vernet om helseopplysninger følger opplysningene, uavhengig av hvor opplysningene befinner seg.

Helsedirektoratet støtter beskrivelsen av utfordringsbildet, og i all hovedsak de foreslåtte endringene. De foreslåtte endringene vil bidra til å styrke pasientsikkerheten, er godt balansert med ivaretagelsen av personvernet, har fokus på sektorens ansvar for å ivareta pasientens rettigheter og vil være positive for den videre digitale transformasjonen i helse- og omsorgstjenesten. Direktora-

tet støtter forslaget til ny hovedregel om taushetsplikt. Direktoratet støtter også forslaget om at opplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral) omfattes av helsepersonells taushetsplikt. Direktoratet har erfaring med at personer lar være å kontakte AMK- og legevaktsentraler for å varsle om situasjoner der det er akutt behov for helsehjelp, av fare for selvinkriminering eller inkriminering av andre. Direktoratet mener gjeldende regler ikke i stor nok grad understøtter lovens hensyn, men innebærer en reell fare for at liv kan gå tapt på grunn av manglende varsling ved akutt sykdom eller skade.

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å inkludere forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i samme bestemmelse.

Arkivverket Norsk Helsearkiv gir overordnet sin tilslutning til forslagene.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om at opplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste skal være taushetsbelagt. Hensynet til å redde liv og begrense helseskade må anses som et mer tungtveiende hensyn enn straffeforfølgning i denne type situasjoner. Den foreslåtte endringen vil dermed senke terskelen for å kontakte medisinsk nødmeldetjeneste i akutte situasjoner.

Helse Vest RHF ser behov for endringer i taushetspliktbestemmelsene og støtter i stor grad forslagene.

Oslo universitetssykehus HF støtter forslaget om taushetsplikt for personopplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste. Politiet har i flere saker gitt sykehuset pålegg om å utlevere innringers identitet og har lenge vært bekymret for at noen ikke tar kontakt med AMK av frykt for straffeforfølgelse.

Akershus universitetssykehus HF er enig i at det er behov for et mer digitaliseringsvennlig regelverk og behov for deling av helseopplysninger mellom virksomheter for å effektivisere helsevesenet og møte pasientens forventninger. Hensynet til digital deling for å oppnå effektivitet, tilgjengelighet og forsvarlig helsehjelp bør balanseres mot pasienters behov for fortrolighet og privatliv. At en del av befolkningen ikke bruker digitale

plattformer er en realitet som også bør hensyntas. Helseforetaket mener videre at redigering av lovbestemmelser bør begrenses til endringer som kan lette forståelsen og gjøre det enklere for helsepersonell å forholde seg til reglene.

Formuleringen i forslaget til ny paragraf med hovedregelen om taushetsplikt, om at informasjonen ikke skal «utnyttes for egne formål» kan skape misforståelser rundt hva taushetsplikten innebærer. Videre mener Akershus universitetssykehus HF at det også kan være vanskelig å håndheve en slik endring. Det kan være utfordrende å avgjøre om informasjon fra arbeidet benyttes til private formål og det bør tydeliggjøres hva som menes. Akershus universitetssykehus HF er positive til at taushetsplikten også skal gjelde personopplysninger om personer som tar kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste.

Akershus universitetssykehus HF viser videre til forslaget om at det presiseres i pasientjournalloven § 15, at dataansvarlig for virksomheten som yter helsehjelp har et overordnet ansvar for å ivareta taushetsplikt i pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre. Helseforetaket mener at dette ansvaret ikke er forenlig med dataansvaret som ligger til virksomheten der informasjonen blir lagret. Den enkelte dataansvarlige vil være prisgitt at de virksomhetene som benytter opplysningene har gode systemer for etterfølgende kontroll med foretatte oppslag. Det bør derfor presiseres at dataansvaret går over på virksomheten der oppslaget blir gjort.

Helse Bergen HF synes generelt å støtte forslaget, men har noen innvendinger. Helseforetaket støtter presiseringen i helsepersonelloven § 21 om at opplysninger underlagt taushetsplikt ikke skal utnyttes til personellens egne formål. Helseforetaket mener det er et viktig prinsipp at det pasientjournalssystemet som sykehuset stiller til rådighet for personellet, bare skal brukes når personellet utfører oppgaver som sykehuset har.

Helse Stavanger HF støtter videreføring og utvidelse av hovedregelen om taushetsplikt. Helseforetaket støtter forslaget til presisering i pasientjournalloven § 15 om at dataansvarlig for virksomheten som yter helsehjelp har et overordnet ansvar for å ivareta taushetsplikt i pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre.

Sykehuset Innlandet HF, som får støtte av Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF, tror ikke at de foreslåtte lovendringene vil føre til en bedre forståelse og etterlevelse. Sykehuset tror heller ikke at lovendringer generelt sett er veien å gå for å oppnå disse formålene. Om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste, opplyser AMK i Innlan-

det at politiet har liten forståelse for at innringers identitet ikke uten videre kan utleveres. Med en klar lovbestemmelse som skjermer innringer, vil dette kunne forenkle arbeidet for AMK.

Sykehuset Telemark HF støtter i all hovedsak de foreslåtte lovendringene.

Vestre Viken HF synes å være negativ til hovedelementene i forslaget.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF støtter at opplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste skal være taushetsbelagte.

Sykehusapotekforetakene i Norge, Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er i hovedsak positive til lovendringene som er foreslått.

Nasjonalt senter for aldring og helse støtter hovedsakelig innholdet i endringsforslagene, men vil også bemerke at enkelte av forslagene, ikke nødvendigvis gjør det enklere for helsepersonellet som skal anvende reglene i praksis. Det kan være utfordrende for helsepersonell å få oversikt over og kjenne til taushetspliktreglene og de mange unntakene. Det er derfor behov for et enklere og mer oversiktlig regelverk.

BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende mener at høringen mangler en vurdering av barns rettigheter og barnets beste. Barnets rett til å bli hørt er slik BarnsBeste vurderer det ikke ivaretatt.

Helseplattformen AS støtter på generelt grunnlag initiativet og forslaget om å revidere taushetspliktsreglene, og systematikken i lovverket. Helseplattformen AS støtter forslaget om å slå sammen helsepersonelloven § 21 og § 21 a da dette er to sider av samme sak. Begrepet «utnyttelse til egne formål» er vidt, og kan imidlertid etterlate tvil om hva som kan betegnes som «utnyttes» samt hva «egne formål» avgrenses til.

Hovedredningssentralen ser en utfordring knyttet til at opplysninger om innringer skal være taushetsbelagte. Dette kan skape samvirkeutfordringer i redningsaksjoner, hvor tilgang til relevant informasjon om innringer/melder er avgjørende for å sikre felles situasjonsforståelse og effektiv håndtering av situasjonen. Redningstjenesten er avhengig av samvirke mellom flere aktører, som Hovedredningssentralen, nødetater, frivillige organisasjoner og andre offentlige samt private virksomheter. Dersom taushetsplikten tolkes strengt, kan det hindre nødvendig informasjonsflyt og svekke redningstjenestens evne til å handle raskt og presist for å yte nødvendig hjelp. For å sikre at taushetsplikten ikke blir et hinder, foreslår Hovedredningssentralen at det inkluderes

klare unntak for deling av informasjon i redningsaksjoner. Dette bør omfatte deling av informasjon mellom helsepersonell og aktører i redningstjenesten når det er nødvendig for å sikre en god og effektiv gjennomføring av en redningsaksjon for å ivareta liv og helse. Det bør også redegjøres for forholdet mellom taushetsplikten og samvirkeprinsippet. Dagens teknologiske løsninger, som Advanced Mobile Location (AML), er viktige for effektivt samarbeid. Taushetsplikten bør ikke hindre deling av AML-data mellom AMK-sentraler, nødetater og andre relevante aktører. Videre bør også taushetsplikten tilpasses slik at den ikke er til hinder for deling av video og annen relevant informasjon fra skadested til redningstjenesten og nødetater, noe som kan være avgjørende for riktig situasjonsforståelse og for at det iverksettes riktig respons.

Bergen kommune peker innledningsvis på at lover lages for hele befolkningen og at dette er kommet til uttrykk i høringsnotatet ved at det vises til at loven også skal gjelde for barn og unge. Det savnes et tilsvarende fokus mot eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, og innvandrere. Kommunen uttaler videre at den opplever språket som vanskelig. Reglene om taushetsplikt skal leses og forstås av mange mennesker med ulike bakgrunn. Det er derfor viktig at de skrives på en enkel og lettforståelig måte. Kommunen mener det er positivt at personopplysninger om personen som tar kontakt med medisinsk nødmeldtjeneste skal være taushetsbelagte opplysninger.

Stjørdal kommune, Malvik kommune, Overhalla kommune og Flatanger kommune ser behovet for og nytten av forslagene. Dagens regelverk er komplekst og vanskelig å forstå og anvende i praksis.

Ullensaker kommune støtter forslag til regelendringer, som vil legge til rette for effektiv deling av helseopplysninger og digitalisering. Forslagene til endringer gjør regelverket enklere å forstå og bruke, og bidra til kvalitativt bedre helsetjenester samtidig som personvernet og pasientsikkerheten styrkes.

Trondheim kommune støtter forslaget. Kommunen støtter utformingen av ny § 21. Ordlyden «egne formål» bør presiseres nærmere, da ordlyden også er ment å dekke «andres formål». Kommunen støtter også at virksomhetsansvaret presiseres i pasientjournalloven § 15.

KS støtter i hovedsak de foreslåtte endringene. *KS* oppfordrer til at lovforslagene vurderes over tid, i samråd med aktørene både i primær og spesialisthelsetjenesten, for å vurdere om justerin-

gene har gitt ønsket effekt og om det legger til rette for og forbereder overgang til forordningen om det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space – EHDS).

Senter for medisinsk etikk og Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør støtter i all hovedsak de foreslåtte lovendringene og formålet med dem.

Medisinsk fakultet ved Universitetet i Bergen og Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) fakultet for medisin og helsevitenskap støtter de foreslåtte endringene. *Universitetet i Oslo*, juridisk fakultet påpeker at forslaget blant annet innebærer en opprydding i regelverket som vil gjøre dette bedre tilgjengelig. Forslaget om sammenslåingen av bestemmelsen om taushetsplikt og snokeforbudet i helsepersonellov §§ 21 og 21 a, fremstår som et godt grep og hensiktsmessig. Den «moderne» taushetsplikten må ta hensyn til virkninger av digitaliseringen og dokumentasjonsplikten.

Bipolarforeningen støtter beskrivelsen av utfordringene og de fleste foreslåtte endringene, men har enkelte bekymringer knyttet til området psykisk helse. Bipolarforeningen vil gi ros for forslaget om at innringers opplysninger til medisinsk nødmeldtjeneste alltid skal sees som taushetsbelagte opplysninger. Alle tiltak som kan senke terskelen for å be om hjelp, kan redde liv. Dette kan være selvmordsforebyggende.

Forandringsfabrikken Kunnskapssenter påpeker at det ikke fremgår hva barn og unge med erfaring fra helsetjenester har ment om de ulike forslagene. Det beskrives heller ikke hvordan synspunktene til representative utvalg barn og unge har blitt vektet i de konkrete forslagene. Forandringsfabrikken bygger sine kommentarer på oppsummerte erfaringer og råd direkte fra mange barn. Forandringsfabrikken støtter at «forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger» synliggjøres og flyttes til hovedregel om taushetsplikt.

Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende støtter intensjonen om å forbedre helse- og omsorgstjenestene gjennom oppdateringer i lovverket, men vil samtidig påpeke viktigheten av å ivareta rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Pårørendes erfaring og kompetanse er uvurderlig i utviklingen av gode tjenester. Forbundet mener derfor at endringene i lovverket må reflektere dette og bidra til å styrke deres posisjon. Endringene bør legge til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne kan uttrykke sine preferanser og ta valg om egen helse og omsorg, med nødvendig støtte. Når pasienten har begrenset samtykke-

kompetanse, er pårørendes rolle avgjørende for å sikre at pasientens ønsker og behov blir hørt og respektert.

Nasjonalforeningen for folkehelsen støtter forslagene til endringene i taushetspliktreglene.

Pårørendealliansen mener målet om å gjøre regelverket mer helhetlig og tilgjengelig er positivt for pårørende, som ofte navigerer komplekse helse- og omsorgssystemer. Enklere og mer enhetlige regler kan bidra til bedre kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og pårørende.

Senior Norge støtter formålene med forslagene. Senior Norge savner en kort omtale av at eldre, særlig den eldste delen i kategorien eldre, kan ha hatt en lang sykehistorie og kan være svekket, blant annet av tiltagende demens og at pasienten ikke fullt ut er i stand til å forstå informasjon som blir gitt. Senior Norge har ved slike forhold fått erfare at pårørende uten tilstrekkelig innsikt i pasientens konkrete situasjon, har trukket feilaktige konklusjoner og gjort krav om urimelige tiltak.

Den norske legeforening uttaler at forslagene peker i riktig retning, samtidig påpekes at flere av forslagene ikke treffer og er egnet til å skape ny uklarhet. Når det gjelder forslag til ny § 21 i helsepersonelloven, mener Legeforeningen at ny ordlyd og sammenslåing av §§ 21 og 21 a uten at det materielle innholdet er ment endret, skaper mer uklarhet enn gjeldende regulering og derfor må forkastes. Forslaget til endringene i pasientjournalloven § 15 støttes imidlertid.

Fagforbundet uttaler at det er viktig at lovverket er forståelig, også for personer uten spesiell juridisk kompetanse.

NITO – Norges ingeniør- og teknologorganisasjon er positive til forslaget til endringer i reglene om taushetsplikt. Dette er et viktig arbeid for å kunne forenkle og tydeliggjøre regelverket.

Norges Optikerforbund er positiv til at regelverket for håndtering av helseopplysninger gjøres enklere og tilpasset tiden, men er usikre på om alle forslagene vil gjøre regelverket enklere å forstå og bruke. Gjeldende lov om taushetsplikt er godt innarbeidet. Forslaget om å slå sammen §§ 21 og 21a kan skape forvirring, spesielt når forslaget inneholder teksten «utnyttes til egne formål» som kan tolkes på mange måter. Enten bør teksten bli klarere og intensjonene tydeligere, eller så bør teksten stå slik den gjør i dag.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at endringene som foreslås er et viktig skritt for å legge til rette for en mer digitalisert helsesektor,

og at et tydelig regelverk er en forutsetning for å realisere de positive effektene som forventes.

Norsk Presseforbund uttaler at forslaget i liten grad tar opp allmennhetens og medias behov for innsyn i helseopplysninger av offentlig interesse. Presseforbundet mener dette er en mangel ved høringsnotatet og at dette må vurderes nærmere i det videre lovarbeidet. Det er viktig med presise og klare taushetspliktsregler som beskytter privatlivet, samtidig må vi ha regler som ivaretar ytringsfriheten og retten til informasjon. Når det gjelder forslaget om å lovfeste en taushetsplikt for personopplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste, mener presseforbundet forslaget innebærer et uforholdsmessig inngrep i retten til informasjon. Selv om innringere har et legitimt behov for beskyttelse, kan det også i mange tilfeller være tungtveidene hensyn for innsyn, særlig for pressen. I disse tilfellene kan en taushetsplikt være et uforholdsmessig inngrep i ytringsfriheten.

Roche støtter ambisjonen om forenkling av regelverk og generelt endringer som er med på å gjøre regelverk lettere å forstå og bruke.

3.3 Departementets vurderinger og forslag

3.3.1 Ny hovedbestemmelse om helsepersonells taushetsplikt

Departementet opprettholder forslaget om en ny hovedbestemmelse om helsepersonells taushetsplikt i helsepersonelloven § 21. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett. Den nye bestemmelsen er en sammenslåing av gjeldende § 21 og § 21 a med redaksjonelle og lovtekniske endringer. Den nye bestemmelsen presiserer at bruk av helseopplysninger til private formål også vil være et brudd på taushetsplikten.

Departementet opprettholder også forslaget om at opplysninger om innringer til medisinsk nødmeldetjeneste skal være omfattet av taushetsplikten. For å sikre forsvarlige redningsaksjoner foreslår departementet et unntak fra denne hovedregelen.

3.3.2 Innholdet i taushetsplikten

Helsepersonells taushetsplikt er regulert i helsepersonelloven § 21. Alle som arbeider i den offentlige helsetjenesten er også omfattet av taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13.

Nåværende § 21 i helsepersonelloven om taushetsplikt er godt innarbeidet og kjent i helse- og

omsorgstjenesten. Det skal derfor gode grunner til før ordlyden endres.

For på en mer pedagogisk måte forklare hva taushetsplikt innebærer, er det etter departementets syn mest logisk å starte med definisjonen av hva som er underlagt taushetsplikt. Dette foreslås at fremkommer av bestemmelsene første ledd. Deretter følger en beskrivelse av hva det innebærer at noe er underlagt taushetsplikt. Dette følger av forslaget andre ledd. Paragrafens første og andre ledd er følgelig en tekstlig restrukturering av paragrafen og endrer ikke innholdet i taushetsplikten slik den fremkommer av nåværende § 21.

For at en opplysning skal være underlagt taushetsplikt, er det en forutsetning at den kan knyttes til en person. Bestemmelsen fastsetter at «opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold» er underlagt taushetsplikt. Det er ikke eksplisitt nevnt om opplysningene må være knyttet til en identifiserbar person for å være underlagt taushetsplikt etter § 21. Det må likevel forutsettes at for at en opplysning skal være underlagt taushetsplikt, må opplysningen kunne knyttes direkte eller indirekte til en konkret person. Dette er i overensstemmelse med definisjonene av helseopplysninger og andre personopplysninger. Derfor vil heller ikke taushetsplikt være til hinder for tilgjengeliggjøring av anonyme opplysninger da de ikke kan knyttes til en person. Se også punkt 7.3.2 om anonyme opplysninger.

3.3.3 Urettmessig tilegnelse av helseopplysninger («snokeforbudet»)

Departementet opprettholder forslaget om å ta inn gjeldende § 21 a om det så kalte «snokeforbudet» inn i ny samlet § 21 om taushetsplikt.

Flere instanser, som *Statens helsetilsyn*, *Universitetet i Oslo (Juridisk fakultet)*, *Trondheim kommune*, og *Norsk helsenett SF*, støtter forslaget om å inkludere forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i samme bestemmelse som taushetsplikten. Disse anser forslaget som en viktig klargjøring. *Den norske legeforening* mener at det å slå sammen § 21 og § 21 a kan skape uklarhet.

Flere høringsinstanser har påpekt viktigheten av at å hindre urettmessig tilegnelse av helseopplysninger. For å understreke dette, mener departementet at det er viktig å inkludere forbudet i hovedparagrafen om taushetsplikt for helsepersonell.

Departementet presiserer at det følger av pasientjournalloven § 15 første ledd at «enhver» som

behandler helseopplysninger etter pasientjournalloven har taushetsplikt etter helsepersonellovens bestemmelser. Etter forslaget til ny § 21 i helsepersonelloven vil dette også omfatte forbud mot «snoking» for annet personell, herunder IKT-personell.

For å unngå dobbeltregulering, foreslo departementet å oppheve den korresponderende bestemmelsen i pasientjournalloven § 16. Forbudet mot «snoking» er imidlertid et så sentralt element i taushetsplikten, at det også bør fremgå direkte i pasientjournalloven, med tilhørende straffebestemmelse i § 30 a. Departementet opprettholder derfor ikke forslaget om å oppheve § 16.

3.3.4 Private formål

Departementet opprettholder forslaget om at også utnyttelse av opplysningene til «egne formål» vil være et brudd i taushetsplikten. Dette innebærer at en person ikke kan bruke taushetsbelagte opplysninger for å ivareta egne personlige eller økonomiske interesser. Dette har ikke tidligere vært en del av lovteksten, men forutsettes å være en presisering av ordlyden og ingen innholdsmessig endring.

Denne presiseringen foreslås tatt inn som ny § 21 andre ledd bokstav c. Ordet «egne formål» endres imidlertid til «private formål». Terminologien er valgt for å korrespondere med begrepsbruken i forslag til ny forvaltningslov § 30, se Prop. 79 L (2024–2025). Begrepet «private formål» skal forstås likt som i forvaltningsloven og på samme måte som forslaget i høringsnotatet.

Flere høringsinstanser har uttalt seg om forslaget. De fleste støtter presiseringen. *Helse Bergen HF* viser til at det er viktig at pasientjournal-systemet kun brukes når personellet utfører oppgaver for sykehuset. Andre høringsinstanser peker på at det er noe uklart hva som egentlig ligger i den foreslåtte presiseringen og stiller spørsmål ved om dette er en skjerping av taushetsplikten. Flere høringsinstanser etterlyser tydeligere definisjoner og retningslinjer for hva som menes og hvordan dette skal håndheves. *Akershus universitetssykehus HF* og *Norsk Sykepleierforbund* påpeker at uklarheter kan føre til misforståelser og feilaktig ivaretagelse av taushetsplikten.

Departementet understreker viktigheten av et klart og tydelig regelverk for å unngå misforståelser og feilaktig bruk av sensitive opplysninger, og mener at den foreslåtte presiseringen vil bidra til dette.

Uttrykket «private formål» skal forstås vidt og inkluderer også situasjoner der opplysningene utnyttes for å ivareta andres interesser, som en ektefelle, egne barn, slekt, venner, kolleger og naboer, eller en annen arbeidsgiver. Presiseringen tydeliggjør at enkeltpersoner ikke skal få urettmessige fordeler, som å gå foran andre ventende pasienter i «køen» fordi de «kjenner noen». Det dekker imidlertid ikke situasjoner hvor helsepersonellet er i en ordinær behandlerrelasjon til vedkommende. Det er selvfølgelig heller ikke til hinder for at pasientopplysninger brukes til andre legitime, lovfestede formål.

Departementet vil presisere at uttrykket «utnyttes til private formål» også innebærer at journalsystemet – uten særlig hjemmel – kun skal brukes for virksomhetens pasienter, det vil si pasienter som mottar eller skal motta helsehjelp i virksomheten. I tillegg til å forhindre at enkelte får urettmessige fordeler på grunn av familierelasjoner eller bekjentskap, er det også ressursmessige hensyn som støtter denne forståelsen. For eksempel kan bestilling av undersøkelser for nærstående, uten henvisning, føre til at personer med personlige relasjoner urettmessig behandles raskere enn andre som trenger helsehjelp. Dette kan forlenge ventetiden på tjenester som spesielle radiologiske undersøkelser, hvor det kan være en viss ventetid. Dersom sykehusets ressurser brukes på denne måten og det skjer uten betaling, påvirker det budsjettet og dermed annen pasientbehandling.

3.3.5 Tjenstlig behov

Det er forutsatt i alle bestemmelsene om unntak fra taushetsplikten at personellet har et tjenstlig behov for opplysningene til det formålet det skal brukes og at opplysningene er relevante og nødvendige for formålet. For eksempel angir gjeldende § 45 i helsepersonelloven at helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten skal gis nødvendige og relevante opplysninger, i den grad det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienten.

Kravet om at opplysningene må være nødvendige for å oppnå formålet med bruken omtales ofte som et krav om tjenstlig behov. Dette innebærer både å vurdere om opplysningene er nødvendige og relevante i den konkrete situasjonen, og om personellet som ønsker opplysningene har et tjenstlig behov for dem. Begrepet «tjenstlig behov» er ikke definert i helselovgivningen, men brukt blant annet i pasientjournalloven § 13.

For å ha tjenstlig behov må helsepersonellet være i en situasjon hvor det er et konkret behov for opplysningene om pasienten for å utføre de arbeidsoppgavene vedkommende er satt til å gjøre. Der det ytes helsehjelp vil dette for eksempel omfatte situasjoner hvor pasienten faktisk mottar helsehjelp, samt de situasjoner hvor helsepersonellet planlegger eller forbereder slik helsehjelp. Videre omfattes etterarbeid knyttet til den helsehjelpen som er gitt. Dette må ofte baseres på vurderinger gjort før helsepersonellet vet hvilke konkrete opplysninger det kan være behov for. Departementet foreslår at det er helsepersonellet som opplysningene skal tilgjengeliggjøres for, som har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Se punkt 4.3.4.

Tilgang til virksomhetens pasientjournalsystem må ta utgangspunkt i antatt tjenstlig behov. Det er virksomheten der personellet arbeider som bestemmer hvem som skal ha tilgang, jf. pasientjournalforskriften § 13 om tilgangsstyring autorisering og autentisering mv. Den enkeltes autorisasjon (rolle) for tilgang til pasientjournalene skal gjenspeile det at personellet skal utføre nærmere bestemte oppgaver. Den enkelte skal autentiseres for å få tilgang og hvert oppslag i journalen skal dokumenteres.

Det enkelte helsepersonell har ansvar for å opptre i samsvar med lovpålagte krav, først og fremst å yte forsvarlige helsetjenester jf. helsepersonelloven § 4. Helsepersonells individansvar omfatter blant annet også lovpålagt taushetsplikt, journalføringsplikt, plikt til å gi innsyn i journal til de som har krav på det, og plikt til å dele opplysninger med annet helsepersonell «når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Se punkt 2.2.1.

Arbeidsgiver har på sin side plikt til å organisere virksomheten på en slik måte at helsepersonellet kan ivareta sine lovpålagte plikter jf. helsepersonelloven § 16. De lovpålagte pliktene begrenser arbeidsgivers styringsrett og har betydning for både utøvelse av virksomhetsansvaret og dataansvaret.

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 er en rettslig standard. Innholdet i normen avhenger blant annet av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, erfaring og kompetanse. Krav til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. § 4 andre ledd. Det medisinske behandlingstilbudet er avansert og spesialisert, med stor grad av funksjonsdeling av oppgaver. Dette kan forut-

sette utveksling av informasjon om pasienten som får helsehjelp.

Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Plikten til å samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette, understrekes også. Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om pasienten før helsehjelp gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig.

3.3.6 Dataansvarliges ansvar for ivaretagelse av taushetsplikten

I høringsforslaget ønsket departementet å tydeliggjøre ansvars plasseringen med hensyn til overholdelse av lovens krav knyttet til taushetsplikt. Departementet foreslo å tilføye en setning i pasientjournalloven § 15 om at dataansvarlig for behandling av opplysningene har et overordnet ansvar for å ivareta taushetsplikt i pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre.

Forslaget fikk blandede tilbakemeldinger i høringen. Departementet ser at det vil være overlapp mellom forslaget til tillegg i pasientjournalloven § 15, og gjeldende § 7 om krav til behandlingsrettede helseregistre. Det står i § 7 at behandlingsrettede helseregistre skal være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Blant annet nevnes reglene om taushetsplikten og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger særskilt. Departementet ser at det kan bli uklart om bestemmelsene er en utdyping av en allerede eksisterende virksomhetsplikt, eller en dobbeltregulering. På den bakgrunn frafaller departementet forslaget.

Departementet opprettholder forslaget om å oppheve spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 om helseinstitusjonens/kommunens ansvar for forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Dette ansvaret anses tilstrekkelig regulert gjennom pasientjournalloven. Dette omtales i punkt 7.3.3.

3.3.7 Innringer til medisinsk nødmeldetjeneste

Departementet opprettholder forslaget om at opplysninger som kan røpe identiteten til innringer til medisinsk nødmeldetjeneste også skal være omfattet av taushetsplikten. Dette gjelder i de tilfellene hvor innringer ikke også er den som trenger helsehjelp. Dette fremkommer av forslag til

§ 21 tredje ledd. For å sikre forsvarlige redningsaksjoner foreslår departementet et unntak fra denne hovedregelen.

Medisinsk nødmeldetjeneste er en fellesbetegnelse på akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og legevaktsentral. Etter gjeldende rett er navn og/eller telefonnummer til alle innringer til medisinsk nødmeldetjeneste ikke alltid underlagt taushetsplikt. Om det foreligger taushetsplikt beror på en konkret vurdering av hvorvidt det foreligger et pasient-helsepersonell-forhold mellom innringer og helsepersonell ved sentralen.

Det er viktig å unngå at publikum lar være å ta kontakt med den medisinske nødmeldetjenesten i frykt for eventuelle konsekvenser det vil kunne få dersom identiteten til innringer ikke er taushetsbelagt. Det er i enkelte miljøer sådd tvil om hvorvidt kontakt med AMK-sentral kan bidra til fare for at innringer eller andre som befinner seg på hendelsesstedet vil kunne bli straffeforfulgt.

Høringsinstansene har gitt ulike tilbakemeldinger på forslaget om å innføre taushetsplikt for innringer til medisinsk nødmeldetjeneste. Mange instanser, som *Oslo universitetssykehus HF*, *Helsedirektoratet* og *Bergen kommune* støtter forslaget. Disse mener at dette kan bidra til å senke terskelen for å kontakte nødtjenestene, noe som kan være avgjørende i akutte situasjoner. *Helsedirektoratet* mener det innebærer en reell fare for at liv kan gå tapt på grunn av manglende varsling av helsetjenesten ved akutt sykdom eller skade. Flere instanser understreker viktigheten av å beskytte innringers identitet for å sikre personvernet. Dette kan bidra til å opprettholde tilliten til nødtjenestene og sikre at folk ikke nøler med å ringe i kritiske situasjoner.

Departementet mener det er viktig at alle trygt skal kunne kontakte medisinsk nødmeldetjeneste for å varsle om situasjoner der det er akutt behov for helsehjelp, uten fare for å bli straffeforfulgt. Departementet mener gjeldende rett har enkelte uheldige utslag og at dette innebærer en reell fare for vesentlig helseskade eller at liv kan gå tapt på grunn av potensiell manglende varsling til helsetjenesten. Hensynet til å redde liv og begrense helseskade må anses som et mer tungtveiende hensyn enn straffeforfølgning i denne type situasjoner.

Departementet viser til at helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Om behovet for tillit til helsepersonell og helsetjenesten vises det til helsepersonellovens forarbei-

der, Ot.prp. nr. 13 (1998–99) punkt 11.1 hvor det blant annet heter:

Taushetsplikten begrunnes også med at pasienten skal få behandling. Dersom legen eller annet helsepersonell ikke hadde taushetsplikt, kunne pasienten unnlate å oppsøke hjelp av frykt for informasjonsflyt. Særlig aktuelt vil dette kunne være dersom pasienten har vært involvert i straffbare handlinger eller søker å unndra seg kontroll fra andre offentlige myndigheter. Et formål er nettopp at mennesker med behov for helsehjelp til seg selv, barn eller ev andre pårørende, skal oppsøke helsevesenet uavhengig av atferd eller livssituasjonen for øvrig. [...] Tilsvarende vil pasienter som har oppsøkt lege kunne holde tilbake opplysninger av frykt for at legen bringer disse videre. Dette kunne medføre at legen fikk et utilstrekkelig beslutningsgrunnlag, som igjen ville kunne få uheldige følger for helsehjelpens innhold. Hensiktsmessig samhandling mellom behandler og pasient forutsetter et tillitsforhold mellom partene. Taushetsplikten skal legge forholdene til rette for at pasienten føler trygghet med hensyn til å gi informasjon som kan være nødvendig for at helsepersonell skal kunne yte et best mulig hjelpetilbud. En frykt for informasjonsspredning vil kunne være et problem for helsevesenet.

Departementet mener at de samme prinsipper og hensyn som begrunner taushetsplikten om pasient-behandlerrelasjoner og helseforhold, slik disse er beskrevet i forarbeidene, er relevante for alle innringere til AMK- og legevaktsentraler. Dette gjelder også der henvendelsen kommer fra en tredjeperson som ikke selv har behov for helsehjelp.

Departementet foreslår derfor at det presiseres i helsepersonelloven ny § 21 tredje ledd at personopplysninger om personen som tar kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste er taushetsbelagte opplysninger.

Hovedredningssentralen uttrykker i høringen bekymring for at streng taushetsplikt kan hindre nødvendig informasjonsflyt i redningsaksjoner, hvor tilgang til relevant informasjon om innringer kan være avgjørende for effektiv håndtering av situasjonen. De mener at det bør være unntak fra taushetsplikten i slike tilfeller.

Departementet foreslår i lys av dette et unntak fra taushetsplikten der dette er nødvendig for å unngå fare for liv og helse. Dette kan omfatte deling av informasjon mellom helsepersonell og

aktører i redningstjenesten når det er nødvendig for å sikre en god og effektiv gjennomføring av en redningsaksjon for å ivareta liv og helse. Unntaket vil også omfatte deling av informasjon med politiet, når dette på ulike måter er nødvendig for å unngå fare for liv og helse. Selv om det er helse-tjenesten ved nødmeldetjenesten som avgjør om unntaket gjelder, så må helsetjenesten naturlig nok legge stor vekt på situasjonsforståelsen til redningstjeneste og politi.

Teknologiske løsninger, som Advanced Mobile Location (AML), er viktige for effektivt samarbeid. Taushetsplikten bør ikke hindre deling av AML-data o.l. mellom AMK-sentraler, nødetater og andre relevante aktører. Videre bør også video og annen relevant informasjon fra skadested deles med redningstjenesten og nødetater. Dette kan være avgjørende for riktig situasjonsforståelse og som videre sikrer at det iverksettes riktig respons.

Forslaget til unntak er situasjonsbestemt og gjelder i den konkrete situasjonen. Når det ikke lenger er «fare for liv og helse» vil innringer være omfattet av taushetspliktbestemmelsen.

Departementet vil imidlertid presisere at pasienten selv har rett til innsyn i egen journal, og vil dermed også ha rett til innsyn i opplysningene om innringer som ble nedtegnet i pasientjournalen ved kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste. Det følger av akuttmedisinforskriften § 20 at AMK- og legevaktsentralers lydopptak er å anse som en del av pasientens journal. Forslaget til ny § 21 i helsepersonelloven innebærer en begrensning i adgangen til å benytte personopplysninger om personen som tar kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste som bevis i en sak for domstolen.

3.3.8 Straff

Departementet foreslår endringer i helsepersonelloven om straff for brudd på taushetsplikten.

Departementet foreslo i høringen å flytte straffebestemmelsen om straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger, fra pasientjournalloven § 30 a til helsepersonelloven. Det er få høringsinstanser som har uttalt seg negativt til forslaget. Departementet har derfor kommet til at en tilsvarende straffebestemmelse bør tas inn i et nytt ledd i helsepersonelloven § 67.

Departementet foreslår i tillegg å ta inn i helsepersonelloven det generelle straffebudet for brudd på taushetspliktreglene i helsepersonelloven §§ 21 flg. Den nye bestemmelsen som foreslås er likelydende med pasientjournalloven § 30 som sier at overtredelse av taushetsplikten straffes

etter straffeloven § 209, men likevel slik at medvirkning straffes. Etter helsepersonelloven § 67 er strafferammen inntil tre måneder ved brudd på loven. Strafferammen etter pasientjournalloven § 30 og straffeloven § 209 er derimot et år (og tre år for grove overtredelser jf. § 210). Ved brudd på taushetspliktreglene er det denne utvidede strafferammen i pasientjournalloven og straffeloven som skal legges til grunn. Det er særlig viktig at dette fremgår også av helsepersonelloven siden det er denne loven som regulerer helsepersonellens plikter.

Departement mener at straffebudene bør stå i begge lover for å understreke viktigheten av at taushetsplikten overholdes. Forslaget om å oppheve pasientjournalloven § 30 a opprettholdes derfor ikke.

3.3.9 Taushetsplikt utenfor helsetjenesten

Departementet foreslo i høringen å oppheve gjeldende § 15 andre punktum i pasientjournalloven og § 25 fjerde ledd, § 26 fjerde ledd, § 29 femte ledd og § 29 d andre ledd andre punktum i helsepersonelloven, hvor det presiseres at reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Samlet sett er det motstand mot forslaget om å oppheve reglene om at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt også gjelder for mottakere av opplysningene utenfor helsetjenesten.

Det er bekymring for at en slik endring kan føre til at sensitive opplysninger blir misbrukt,

eller ikke blir behandlet med nødvendig varsomhet av mottakerne. *Den norske legeforening* uttrykker bekymring for at endringen kan svekke pasientens rett til konfidensialitet og vern mot spredning av opplysninger. *Datatilsynet* anser dette som en uheldig endring. Etter det tilsynet erfarer, har de registrerte en klar forventning om at vernet om helseopplysninger følger opplysningene, uavhengig av hvor opplysningene befinner seg. Tilsynet mener også at det er en kjent mekanisme i forvaltningen og hos forsikringsselskaper mv. at den strengere taushetsplikten følger opplysningene.

Departementet bemerker at i de aller fleste tilfeller vil helseopplysninger være undergitt taushetsplikt etter annet regelverk som for eksempel forvaltningsloven når helseopplysninger tilgjengeliggjøres utenfor helsetjenesten. Dette betyr at opplysningene i hovedsak vil ha samme vern, selv om bestemmelsen oppheves. Departementet kan likevel ikke utelukke at det er tilfeller der hvor opplysningene vil kunne få et dårligere vern dersom de tilgjengeliggjøres.

Departementet er kommet til at et eventuelt forslag om å oppheve bestemmelsene i pasientjournalloven og helsepersonelloven om taushetsplikten for mottakere av opplysninger utenfor helsetjenesten, ikke bør fremmes uten videre utredninger. Departementet foreslår at gjeldende taushetsplikt for mottakere utenfor helsetjenesten videreføres i pasientjournalloven § 15 andre punktum i tillegg til ny § 21 fjerde ledd i helsepersonelloven.

4 Unntak fra taushetsplikten – helsepersonell med behandlerrelasjon

4.1 Høringsforslaget

Departementet foreslo i høringen en ny § 23 i helsepersonelloven om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelpsformål. Forslaget var i stor grad en sammenslåing av helsepersonelloven § 25 første ledd og § 45 første og andre ledd. I tillegg ble det foreslått å regulere direkte tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter. Videre ble det foreslått at det er helsepersonellet som skal behandle pasienten, som må vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Det ble også foreslått en ny forskriftshjemmel for utfyllende regulering av tilgjengeliggjøringen.

Departementet foreslo at reguleringen av pasienters rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger til helsehjelp, skulle flyttes fra pasient- og brukerrettighetsloven til helsepersonelloven. Departementet foreslo derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 skulle oppheves, og at rettigheten skulle reguleres nærmere og uttømmende i helsepersonelloven.

Departementet foreslo å tydeliggjøre og skjerpe kravene til virksomhetenes loggføring av tilgjengeliggjøring av opplysninger, i en ny § 22 a i pasientjournalloven. Hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort skal også fremkomme av loggen, og ikke bare tidsrom, hvem som har fått tilgang og grunnlaget for tilgjengeliggjøringen som etter gjeldende regler. Departementet foreslo samtidig å oppheve kravet i helsepersonelloven § 45 om at det skal fremgå av journalen at (annet) helsepersonell er gitt helseopplysninger.

4.2 Høringsinstansenes syn

Datatilsynet presiserer at plikten til å ivareta personvernet, herunder konfidensialitet, ligger til den dataansvarlige og at kontrollen ikke kan overlates til pasientene. Rett til logginnsyn er en viktig personvernrettighet, men kan ikke legitimere økt

deling av journalopplysninger. Tilliten til et system der journalopplysninger deles på tvers av helsevirksomheter, forutsetter at den enkelte virksomhet har et systematisk forhold til etterkontroll av loggene.

Digitaliseringsdirektoratet støtter departementets forslag om endringer i taushetsplikt som kan bidra til bedre tilgang til helseinformasjon og mer sammenhengende pasientforløp. Digitalisering har skapt nye muligheter for deling av data, men stiller også krav til informasjonssikkerhet og personvern. Direktoratet støtter videre regulering av rammer i forskrift eller rundskriv, som gir fleksibilitet og tilpasning til fremtidige endringer.

Helsedirektoratet støtter forslagene i ny § 23, som samlet sett vil bidra til bedre og raskere tilgang til relevante og nødvendige opplysninger i forbindelse med helsehjelp. Forslaget tydeliggjør handlingsrommet og øker sjansene for gode pasientforløp, hvor behandling ofte skjer på ulike steder, og i ulike deler av tjenesten. Forslaget vil øke pasientsikkerheten og redusere problemer i overgang mellom ulike tjenester i og utenfor samme virksomhet, og på tvers av omsorgsnivå og mellom sykehus. Videre støtter direktoratet forslaget om at det er helsepersonellet som gis tilgang til opplysninger, som har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Direktoratet mener imidlertid at en slik ansvarsoverføring bør komme tydelig frem også av lovteksten da plassering av dataansvaret for den konkrete tilgjengeliggjøring er viktig for virksomhetene.

Helsedirektoratet støtter ikke forslaget om å oppheve pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3, som angir pasienter og brukeres rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger. Av pedagogiske årsaker bør bestemmelsen videreføres også i pasient- og brukerrettighetsloven.

Helsedirektoratet støtter forslaget om at krav om logging også skal omfatte hvilke opplysninger som er gjort tilgjengelig, ikke bare tidsrom, hvem som har fått tilgang og grunnlaget for tilgjengeliggjøringen slik det er i dag. Direktoratet foreslår i

tillegg at krav om logg utvides til også å omfatte informasjon om rolle.

Helse Midt-Norge RHF støtter i all hovedsak forslagene og mener at endringene er viktige for i større grad å kunne dele helseopplysninger på tvers av virksomheter og et viktig skritt på veien fra institusjonsfokus til pasientfokus ved deling av helseopplysninger. Det er viktig at lovendringene understøtter bedre digital samhandling om pasientbehandling, administrasjon og kvalitetsforbedring av helsehjelp, og bidrar til å etablere mer funksjonelle rammer for informasjonsdeling. Helse Midt-Norge RHF støtter forslaget intensjon, men er usikre på om det vil føre til raske implementering og mindre rom for tolkning. De foreslåtte lovendringene vil føre til behov for oppdatering av dagens IKT-løsninger.

Helse Nord RHF støtter forslagene og mener at en tydeliggjøring og forenkling av regelverket er positivt. Dette er nødvendige endringer for at helsepersonell skal kunne ha tilgang til oppdatert pasientinformasjon i det helsehjelpen skal ytes. Endringene vil kunne bidra til å øke kvaliteten på de samlede helsetjenestene, samt gi innbyggerne bedre styring med hvilken informasjon som deles med hvem. Det vil være spesielt viktig at det er enklere tilgang på informasjon i de tilfellene der pasienter mottar spesialisert helsehjelp i en annen geografisk region enn der de bor.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF mener det er viktig å ha fokus på at pasienter får tilstrekkelig informasjon og bistand til å skjerme egne opplysninger dersom dette er ønskelig. Dette gjelder skjerming basert på geografiske avgrensninger og hvilken informasjonstype. Brukerutvalget uttaler også at pasientloggen bør videreutvikles og bli mer brukervennlig for pasientene.

Helse Sør-Øst RHF støtter at forslagene tar utgangspunkt i pasientforløpene og behovet for at informasjon følger pasient gjennom tjenesten. Helse Sør-Øst RHF støtter tilrettelegging for økt deling, også på tvers av virksomhetsgrenser, både når det gjelder bruk til helsehjelp og til andre formål, som kvalitetsforbedring.

Helse Sør-Øst RHF mener at prinsippet om at helsepersonellet må gjøre vurderingen av aktuelt tjenstlig behov, og at mottakervirksomheten må sørge for autorisasjon og autentisering av den ansatte er viktige utgangspunkt for reguleringen av ansvar for informasjonsflyten. Ansvar for å ha et konkret behov ligger på helsepersonellet som skal yte helsehjelp. Dataansvarlig arbeidsgiver til dette helsepersonellet må ha egnede tiltak for å hindre snoking.

Høringsnotatet legger opp til at noen opplysninger ikke skal kunne være tilgjengelige ved deling på tvers basert på en forhåndsvurdering gjort av avgivervirksomheten (alternativt forskriftsbestemt). Å hindre tilgang til noen opplysninger basert på en forhåndsvurdering gjort av avgivervirksomheten vil bryte med ovennevnte ansvars plassering, og innebære at avgiver vurderer mottakers mulige tjenstlige behov. Det gir fare for skjeve risikovurderinger og svake incentiver for å dele opplysninger. Det vil også neppe være mulig for avgivervirksomheten/nedtegnende helsepersonell i praksis å kunne forutse hvilke opplysninger som senere kan være nyttige og relevante for helsepersonell i egen eller andre virksomheter.

Helse Sør-Øst RHF påpeker at god sporbarhet er viktig for å kunne avdekke og sanksjonere snoking. Dokumentasjonen må være tjenlig både for å identifisere mulig snoking, for å saksbehandle slike tilfeller av mulig snoking og for å sanksjonere tilfeller av faktisk snoking. Det er viktig at loggen, også ved oppslag på tvers, viser hvilke opplysninger som helsepersonellet (eller andre, eksempelvis et KI-system) faktisk har sett på, og ikke kun hvilke opplysninger det kunne vært sett på.

Helse Sør-Øst RHF mener videre at pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 bør bestå, fordi loven har en viktig pedagogisk funksjon for å synliggjøre viktige pasient- og brukerrettigheter. Derfor bør den gi opplysninger om retten til å motsette seg at taushetsbelagte opplysninger spres eller deles til nærmere angitte formål.

Brukerutvalget til Helse Sør-Øst RHF er positive til forslaget, men ønsker å presisere at reservasjonsrett er viktig. Informasjon om hvordan pasienter kan reservere seg vil være svært viktig og det må være enkelt for pasienter å reservere seg. Brukerutvalget er skeptiske til at helsepersonell selv skal vurdere om de bør ha tilgang til journal og mener dette kan svekke pasientsikkerheten.

Helse Vest RHF støtter forslaget om å presisere ansvarsfordelingen mellom avgivende virksomhet og mottakende virksomhet. Helse Vest RHF viser spesielt til at ansvaret for hvorvidt det konkrete oppslaget er rettmessig, vurdering av tjenstlig behov, tilligger virksomheten som foretar oppslaget. Det er for Helse Vest RHF noe uklart hva som søkes regulert med forslag til bestemmelsen om direkte tilgang til andre virksomheters pasientjournalssystemer. Når det gjelder forslaget om å flytte pasient- og brukerrettighetslov § 5-3 til helsepersonelloven, stiller Helse Vest RHF spørsmål

med hvor hensiktsmessig det er å flytte en rettighetsbestemmelse til helsepersonelloven som regulerer pliktene til helsepersonellet og virksomhetene. Helse Vest RHF stiller i utgangspunktet spørsmål til hva forslag til ny § 20 i pasientjournalloven tilfører ut over gjeldende rett og viser til kravene som følger av pasientjournalloven § 22 og § 23, samt pasientjournalforskriften § 13 og § 14.

Akershus universitetssykehus HF presiserer at tilgang basert på tjenstlig behov vil variere fra virksomhet til virksomhet. I ett sykehus kan for eksempel enkelte avdelinger samarbeide og dermed ha behov for tilgang på tvers av pasientgruppene i avdelingene, mens på andre sykehus vil dette behovet i mindre grad være til stede. Dersom ikke all dokumentasjon knyttet til helsehjelp skal være tilgjengelig, bør dette spesifiseres. At det skilles mellom helsepersonell og samarbeidende personell kan føre til at man blir usikker på om det er ulik informasjon som skal være tilgjengelig for de to gruppene. Dersom dette ikke er tilfelle bør bestemmelsene slås sammen for å unngå usikkerhet. Helseforetaket støtter forslaget om tydeliggjøring av hvem som har «tjenstlig behov» og hva som kreves for å oppfylle dette vilkåret.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) er overordnet positiv til endringsforslagene og støtter i hovedsak departementets forslag, men flere av forslagene fremstår likevel uklare og oppfattes krevende for både helsepersonell og helsevirksomheter å forvalte. Samtidig er OUS usikker på om endringsforslagene er egnet til å oppnå de nevnte målsetningene. Helseforetaket mener det er behov for en mer helhetlig gjennomgang av regelverket, «hvor lovgiver tenker helt nytt».

OUS støtter at det er helsepersonell med tjenstlig behov som er ansvarlig for oppslaget er rettmessig. Helseforetaket vil imidlertid påpeke at det kan være vanskelig for helsepersonell å forstå og vite hvor relevante og nødvendige opplysninger finnes i pasientjournalen. Det kan også oppstå problemstillinger knyttet til den forhåndsvurderingen som foretas av virksomheten som har nedtegnet opplysningene, og videre der pasienten har sperret journalen eller motsatt seg deling av opplysninger.

For at pasienter skal ha en reell rett til å nekte deling av helseopplysninger, må de vite om reglene og hvordan helsetjenesten samarbeider. Mange unntak fra taushetsplikten i helsepersonelloven tillater deling av opplysninger uten å spørre pasienten, med mindre man er usikker på hva pasienten ønsker. OUS støtter tydeliggjøringen av at den enkelte innbygger får informasjon som setter vedkommende i stand til å ivareta sine rettig-

heter, blant annet retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger.

OUS støtter forslaget om at kravet til logging også skal omfatte hvilke opplysninger som er gjort tilgjengelige.

Helse Bergen HF støtter forslaget i helsepersonelloven § 23 med tydeliggjøringen av det er behandlende helsepersonell som må vurdere hvilke opplysninger som er som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Helseforetaket savner en grundigere drøfting om kravet til systematisk loggkontroll er hensiktsmessig, realistisk og om det vil stå i forhold til ressursbruken, og i hvilken grad en så finmasket tilgangsbegrensning er formålstjenlig.

Helse Stavanger HF støtter forslag til ny § 23 om lovfesting av at helsepersonell kan få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer. Helseforetaket støtter også forslaget om at det er helsepersonellet som skal behandle pasienten, som må vurdere hvilke opplysninger som er relevant og nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Sykehuset Innlandet HF støtter at helsepersonelloven § 25 og § 45 slås sammen, men ber også om at § 23 beholdes som den er i dag da bestemmelsene er godt innarbeidet og har blitt et begrep ute i klinikkene. En endring vil lett skape forvirring. Sykehuset mener det å styrke deling av informasjon og utnytte de muligheter lovverket gir, som en forutsetning for å kunne yte forsvarlig helsehjelp, samtidig som pasientens adgang til å motsette seg slik deling skal «fremheves og tydeliggjøres», blir selvmotsigende. Sykehuset slutter seg ikke til en slik tydeliggjøring. Pasientens selvbestemmelse over opplysninger i en journal og bruken av dette må ikke trekkes for langt. Skjermes for mye, vil det gå på bekostning av en forsvarlighet. I praksis oppleves det vanskelig for helsepersonell å vite hvordan de skal forholde seg der deler av eller hele journalen er sperret for dem når pasienten skal behandles.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter forslagets overordnede mål, men påpeker at gjeldende regler gir godt grunnlag for deling av informasjon når dette er nødvendig for å gi helsehjelp til en pasient. UNN mener at påstanden om at helsepersonell ikke har enkel nok tilgang til informasjon fra pasientjournaler i andre helseforetak, og at dette gi negativ effekt i pasientbehandlingen, er en problemstilling som er betydelig overdrevet. UNN støtter derfor ikke en endring av lovverket som gir åpning for at helsepersonell kan få direkte tilgang til helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer.

UNN påpeker videre at det i høringsnotatet mange steder er understreket behov for etterfølgende kontroll. Det er uklart hvordan den etterfølgende kontrollen skal foregå, herunder hvem som har ansvaret overfor pasienten ved mistanke om journalsnoking.

Avdeling for medisinsk genetikk, Helse Bergen HF har gitt felles høringssvar fra de medisinsk-genetiske avdelingene ved Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Telemark, St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Avdelingene støtter i all hovedsak de foreslåtte lovendringene. Disse er også positive til at lovreglene skiller klare mellom virksomhetens ansvar (pasientjournalloven) og det enkelte helsepersonell sitt ansvar (helsepersonelloven) og de støtter også intensjonen om å legge bedre til rette for deling av helseopplysninger. Når det gjelder forslaget til ny § 23 i helsepersonelloven oppfattes endringen som påkrevd for å bringe lovreglene i samsvar med det å yte forsvarlig helsehjelp etter dagens standard med tverrfaglige team og samarbeid. Avdelingene foreslår at det etableres et nasjonalt reservasjonsregister for enklere oversikt over hvilke pasienter som har reservert seg mot ulike typer innsyn.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktemedisin støtter forslagene og uttaler at det er viktig å sikre behandlende helsepersonell tilgang til nødvendige helseopplysninger, også i andre virksomheters journalsystemer. Det er naturlig at helsepersonell som utøver helsehjelpen vurderer hvilke opplysninger som er nødvendige. I en akutt situasjon kan det være stor hast, og umiddelbar tilgang til nødvendige helseopplysninger kan være avgjørende. Imidlertid vil det ikke alltid være mulig å avgjøre om opplysningene får noen konsekvens for vurdering og behandling før helseopplysningene foreligger. Om helseopplysningene er nødvendige, må altså baseres på vurderingene før opplysningene foreligger, det vil si om det er et berettiget behov for avklaring. Dette bør fremkomme. Som følge av endringene bør kravene til loggføring og innsyn i hvem som har hatt tilgang til helseopplysningene styrkes for å sikre personvernet for pasientene. I dag er dette bedre utviklet for spesialisthelsetjenesten enn for primærhelsetjenesten.

Norsk helsenett SF støtter arbeidet for et tydelig og digitaliseringsvennlig regelverk. En forutsetning for digital samhandling er avklarte ansvarsforhold. Norsk helsenett SF anbefaler at departementet i det videre lovarbeidet presiserer:

- Dataansvaret for de ulike behandlingsaktivitetene i en delingskjede.

- Ansvarsforholdenes betydning for hvilke organisatoriske tiltak de ulike dataansvarlige i en delingskjede skal gjennomføre.
- Rekkevidden av ansvarlighetsprinsippet ved digital samhandling.

Norsk helsenett SF støtter også forslaget til ny § 23 i helsepersonelloven om at ansvaret for hvorvidt det konkrete oppslaget er rettmessig, ligger til virksomheten hvor oppslaget foretas og at det er helsepersonellens konkrete tjenstlige behov som styrer tilgang til helseopplysninger.

Norsk helsenett SF støtter ikke forslag til ny § 20 i pasientjournalloven om krav til loggføring, uten en nærmere begrunnelse for behovet for endringen. Dette kan skape usikkerhet og hindre fremdrift i digital samhandling.

Helseplattformen AS støtter initiativ til å regulere enkelte rammer i forskrift, som foreslått i helsepersonelloven § 23 og i pasientjournalloven § 19. En slik regulering kan gi tydeligere retningslinjer for hvordan «tjenstlig behov» vurderes, spesielt i situasjoner hvor direkte tilgang til pasientopplysninger gis. Det er imidlertid utfordringer knyttet til vurdering av pasientens vilje. Når pasienten motsetter seg eller det er grunn til å tro at pasienten ville motsatt seg deling av opplysningene, skal opplysningene unntas fra direkte tilgangen. Det at ansvaret for å vurdere pasientens vilje («grunn til å tro») til deling av opplysninger legges til virksomheten som gir direkte tilgang kan skape usikkerhet hos de som gir tilgang, da de ikke nødvendigvis har innsikt i pasientens konkrete situasjon. Mens helsepersonellet med behov for å få tilgang til opplysningene ikke har tilsvarende ansvar for å vurdere det. Forhåndsvurderinger kan være hensiktsmessige for å avgjøre hvilke opplysninger som generelt kan deles, men disse kan være utilstrekkelige for å vurdere unntak i spesifikke tilfeller. Det er vanskelig å automatisere en vurdering knyttet til «grunn til å tro».

Bergen kommune mener generelt at det er viktig at taushetsplikten ikke må være til hinder for å gi forsvarlig helsehjelp og ivareta pasientsikkerhet. Dette gjelder særlig i samarbeidsrelasjoner. Samtidig er det viktig at en sikrer god kontroll med deling av opplysninger, slik at den enkeltes privatliv skjerms i størst mulig grad. De endringene som er foreslått vil kunne bidra til bedre kvalitet i helsetjenestene ved at behandlere kan få tilgang til riktig og nødvendig informasjon til riktig tid, når beslutninger skal tas.

Bergen kommune mener endrede muligheter for helsepersonell til å gi seg selv tilgang, vil kunne bidra til å sikre tillit til behandlingen av

opplysninger i journal. Det er en forutsetning at det følges opp med utvidet krav om logging, noe som styrker personvernet, konfidensialitet og tilgjengelighet. Forslaget vil kunne bidra til å øke helsepersonells bevissthet rundt journaloppslag, fordi personellet i større grad gjøres ansvarlig for egne oppslag. Kommunen er i hovedsak enig i endringene som foreslås, blant annet ny helsepersonelloven § 23 om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelpsformål. At det samtidig er foreslått en endring der det tydeliggjøres at helsepersonell selv må vurdere om de har tjenstlig behov for oppslagene de gjør i journal, gir en enklere praktisk og administrativ gjennomføring av tilgangsstyring. Fordi det er det enkelte helsepersonell som har behov for tilgangen, som er nærmest til å vurdere situasjonen, og vurdere om det er et helserelatert formål. Kompetansen til å foreta vurderingen flyttes dermed til utøver, fra ledernivå.

Bærum kommune støtter forslagene, inkludert forslagene til materielle endringer støttes. Bærum kommune støtter forslaget om at helsepersonell skal få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer. Det har over tid vært påpekt behov for at helsepersonell får nødvendig tilgang til helseopplysninger om aktuell pasient på tvers av ulike journalsystemer. Samtidig ser kommunen at selv om det juridisk åpnes for tilgang til nødvendige helseopplysninger, er det mye som må på plass teknisk før det er mulig.

Bærum kommune støtter forslaget om at det er helsepersonellet som trenger opplysningene, som har ansvar for å vurdere om de er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Det er primært det helsepersonellet som trenger opplysningene som kan, og bør, vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Kommunen støtter også forslaget til regulering av pasientens adgang til å motsette seg tilgjengeliggjøring av taushetsbelagte opplysninger. Også forslaget om at tilgjengeliggjøring kan skje mot pasientens vilje, støttes. På den annen side, vil manglende tilgjengeliggjøring av helseopplysninger fordi pasienten ikke ønsker det, kunne være uheldig i en del situasjoner.

Bærum kommune ser utfordringer med forslaget om logging. Selv om mange kommuner har løsninger for logg, er det ikke gitt at det i seg selv er det eneste som er forbundet med økte kostnader. Det tas for eksempel ikke høyde for økt ansvar og behov for tid og ressurser til dataansvarlig for å utføre dette arbeidet. Tilsvarende vil flere kommuner kunne ha systemer for logging

som ikke er gode nok. De vil dermed kunne få økte kostnader i en tid der mange kommuner sliter økonomisk.

Stjørdal kommune, Malvik kommune, Overhalla kommune og Flatanger kommune ser behovet for og nytten av, endringene som foreslås. I praksis kan uklar tolkning av helsepersonells taushetsplikt bidra til at opplysninger som burde ha vært delt, ikke blir delt fordi helsepersonell tolker regelverket feil. Dette kan igjen føre til at pasientsikkerheten ikke blir ivaretatt. Ved å lovfeste «at helsepersonell kan få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer» gir det helsepersonellet nødvendig juridisk handlingsrom. For at helsepersonell effektivt skal kunne nyttiggjøre seg en slik mulighet, fordrer det at det med loven følger forskrift som utdyper hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Når det gjelder automatisering av system for logging av snoking i journal, innebærer det at ulovlig eller uvanlig oppslag skal varsles automatisk. Teknologi for automatisering er per i dag ikke i bruk av kommunene. Dagens kommunale elektroniske pasientjournalsystem logger alle oppslag, men kontrollen av oppslagene gjennomføres manuelt. Dette er oppgaver som er ressurskrevende. Framtidige journalsystemer må ha denne type funksjonalitet innebygd og dette kravet bør inngå i lov eller forskrift.

Molde kommune støtter departementets vurdering om at innebygget personvern og informasjonssikkerhet må være en sentral del av digitaliseringsarbeidet i helsevesenet. Videre mener kommunen at det er viktig med klare prosedyrer for hvordan tilgang til helseopplysninger skal tildeles, samt rutiner for etterfølgende kontroll og oppfølging av tilgangslogger.

Trondheim kommune stiller spørsmål ved om pasientsikkerheten vil bli godt nok ivaretatt ved å flytte ansvaret for oppslag i journal fra den virksomheten hvor opplysningene er nedtegnet til den virksomheten hvor oppslaget foretas. Det vil i svært mange tilfeller ikke være mulig å forutse hvilke opplysninger som er inntatt i de ulike journaldokumentene. Dette vil først vise seg etter at opplysningene er gjort tilgjengelige. Kommunen stiller videre spørsmål ved om logging og loggkontroll vil være tilstrekkelige avbøtende tiltak. Kommunen er enig i at pasient/bruker i større grad bør få bestemme når og hvem opplysningene skal gjøres tilgjengelig for.

Innlandet fylkeskommune støtter forslaget og at hjemlene for tilgang til helseopplysninger mellom helsepersonell gis utvidet forankring i lovverket. Fylkeskommunen påpeker at pasientens rett til å

motsette seg deling av helseopplysninger er nødvendig, og at forsterket ansvar for helsepersonell for å informere pasienten om retten til å ikke gi samtykke til utveksling av helseopplysning er en styrke.

KS støtter de foreslåtte endringene, med noen ytterligere forslag og presiseringer. Direkte tilgang kan gi bedre tilgang til helseinformasjon fra andre virksomheter, men vil ikke nødvendigvis støtte deling av helseinformasjonen mellom virksomheter. Dette er bare en av flere tekniske løsninger for å dele helseinformasjon. Det kan være krevende om virksomheter skal gi helsepersonell i (flere) andre virksomheter direkte tilgang til eget journalsystem for å tilgjengeliggjøre helseinformasjon. KS mener det bør vurderes om det bør være plikt til å dele for virksomheter (gjelder informasjonen som ikke må skjermes for deling), og også plikt til å tilrettelegge for (digital) deling. I motsatt fall kan vi risikere at noen helseaktører motsetter seg eller i liten grad arbeider for å tilrettelegge for å kunne dele med andre.

Universitetet i Oslo, juridisk fakultet påpeker at forslaget blant annet innebærer en opprydning i regelverket som vil gjøre dette bedre tilgjengelig. Forslaget om å slå sammen helsepersonellov § 25 og § 45, og å modernisere språket, er hensiktsmessig.

Bipolarforeningen er bekymret for at alt autorisert helsepersonell skal få adgang til andres pasientopplysninger, vil øke risikoen for at sensitiv pasientinformasjon deles unødig. Dette kan svekke tilliten for pasienten/brukeren til å dele informasjon. Samtidig stiller foreningen spørsmål ved hvordan man rent praktisk skal sikre at kun de som skal ha det, får tilgang på informasjonen om pasienten/brukeren. Når det gjelder opphevelse av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 og at adgangen til å motsette seg reguleres i forslag til helsepersonelloven § 23, frykter foreningen at flytting kan gjøre det vanskeligere for pasienten/brukeren å navigere seg frem til den.

Brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus er positiv til endringer for at regelverket skal bli bedre egnet til å gjøre helseopplysninger tilgjengelige for behandling av pasientene (informasjonsdeling) og mer digitaliseringsvennlig. Dette vil kunne bidra til bedre pasientsikkerhet. Det er vesentlig at regelverket gjøres lettere å forstå og bruke.

Forandringsfabrikkens undersøkelser viser at en av hovedgrunnene til at barn ikke forteller det viktigste, vondeste eller mest strevsomme til fagfolk, er at de ikke vet hvem som får vite det de forteller. Mange barn opplever at fagfolk deler opp-

lysninger med andre fagfolk uten at de snakker med barnet først. Dette kan gjøre at barn mister tillit både til den voksne som delte opplysningene, og til andre fagfolk. For å bevare tilliten og tryggheten til barnet, er det viktig at helsetjenesten gir barnet informasjon og anledning til å si sin mening, før de avgjør spørsmål om å dele opplysninger. Forandringsfabrikken foreslår videre at det lovfestes i helsepersonelloven at barn under 18 år skal bli informert når helsepersonell vurderer å tilgjengeliggjøre taushetsbelagte opplysninger og om at de kan motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelig.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) mener at regelverket i større grad må bidra til at helseopplysninger kan deles når det er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp. LHL er i hovedsak enig i forslagene, men forslagene reiser også noen problemstillinger knyttet til ivaretagelse av pasientens personvern. Pasient- og brukerrettighetsloven retter seg direkte mot de som er brukere av helse- og omsorgstjenester. LHL motsetter seg derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 oppheves. At reservasjonsretten kommer frem av helsepersonelloven, erstatter ikke informasjonsverdien av § 5-3. Også *Mental Helse* er bekymret for forslaget om å oppheve § 5-3 i pasient- og brukerrettighetsloven, og å flytte denne retten til helsepersonelloven.

Mental Helse Ungdom mener at endringene må sees i lys av barn og unges særegne behov for medvirkning, personvern og tilgjengelighet i helsevesenet. Oppsummert så støtter Mental Helse Ungdom endringer i reglene for hvordan helsepersonell kan dele informasjon om pasienter som kan gi bedre helsehjelp, men mener at de må legges vekt på følgende:

- Personvern: Helseopplysninger må deles trygt og bare når det er nødvendig.
- Medvirkning: Barn og unge må bli hørt, og deres rett til privatliv må respekteres.
- Må være informert: Barn og unge må få vite hvem som har tilgang til deres informasjon på et alderstilpasset vis.
- Lov å si nei: Det må være enkelt å si nei til deling av opplysninger.
- Digitalisering: Digitalisering er bra, men det må ikke gå utover barn og unges sikkerhet eller rett til privatliv.

Mental Helse Ungdom støtter endringene hvis de gjør helsetjenestene tryggere og bedre, men vil at barn og unge skal få være med og bestemme hvordan reglene lages. Mental Helse Ungdom ser

verdien av å gi helsepersonell tilgang til nødvendige opplysninger, men understreker at denne tilgangen må vurderes individuelt, basert på relevans og nødvendighet. Åpenhet om tilgangskriterier og formål er avgjørende for å unngå feilbruk.

Minoritetenes interesseorganisasjon mener at å fjerne § 5-3 i pasient- og brukerrettighetsloven, vil svekke minoritetspasientens rettigheter til personvern, redusere tilliten til helsevesenet, svekke rettssikkerheten og undergrave viktige etiske prinsipper i helsetjenesten. Tilliten mellom pasient og helsevesen bygger på tryggheten om at sensitive opplysninger kun deles med samtykke. Når denne retten svekkes, kan det forsterke skepsisen blant minoriteter og redusere deres åpenhet med helsepersonell, spesielt om forhold som oppleves som svært private og/eller bryter med kulturelle eller religiøse preferanser.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse støtter ikke forslaget. Senteret mener at taushetsplikten over tid har fått så mange unntaksbestemmelser, at det er på tide å stille spørsmål ved smerteterskelen for slike unntak. Senteret påpeker at taushetsbelagte opplysninger om forhold knyttet til psykiske plager og behandling av disse kan være særlig sensitivt, og at mange brukere kan være bekymret for hvordan slik informasjon forvaltes. Behandling av psykiske helseutfordringer forutsetter at pasienter og brukere opplever det trygt å dele slike vært sensitive opplysninger og slik tillit baserer seg tungt på taushetsplikten. På psykisk helsefeltet er endringen av ansvaret for å vurdere hva som er relevante og nødvendige opplysninger fra den som deler slik informasjon til den som skal motta slik informasjon svært komplisert. Mange forhold kan vurderes eller begrunnes å være «nødvendig og relevant informasjon» for å yte forsvarlig psykisk helsehjelp, mens det synes prinsipielt umulig å vurdere hva som er, og hva som ikke er, nødvendig og relevant informasjon, før informasjonen faktisk er kjent. Da er lovens krav allerede er brutt. Her synes forslaget å være logisk inkonsistent. Forslaget om å oppheve pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 og forankre tilsvarende lovbestemmelse i helsepersonelloven støttes ikke.

Norges Døveforbund støtter endringsforslagene. Den viktigste faktoren for sikker pasientbehandling og deling av viktige og riktige pasientopplysninger for døve og hørselshemmede pasienter er tilgang på tolk og tolketjenester.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede støtter at pasienter skal få bestemme hvem som skal kunne få se informasjon om dem og presiserer viktigheten av ikke bare god informasjon om

dette, men også at informasjonen om denne rettigheten er lettfattelig og individuelt tilpasset.

Ivareta anerkjenner behovet for å oppdatere lovverket slik at helseopplysninger kan gjøres godt tilgjengelig for behandling av pasienter (informasjonsdeling), og for endringer som kan føre til en mer effektiv og digitaliseringsvennlig praksis. Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse må få bedre tilbud (koordinering, utredning og behandling). Et fleksibelt lovverk som tilgjengeliggjør viktig informasjon mellom ulike hjelpeinstanser vil kunne bidra til bedre helhetlige pasientforløp for denne gruppen pasienter. Både pasienter og deres pårørende har store forventninger til at sensitive opplysninger i pasientjournaler forvaltes trygt. Tillit mellom pasienter, pårørende og helsepersonell baserer seg tungt på taushetsplikten. Ivareta er skeptisk til forslaget om at det skal være helsepersonell med «tjenstlig behov» for opplysningene, som selv skal få vurdere hva som er relevant eller nødvendig motta fra andre virksomheters pasientjournaler, for å yte nødvendig helsehjelp til pasientene. Personell som ber om opplysninger kan ikke vite sikkert om opplysningene er nødvendige eller behandlingsrelevante, før informasjonen faktisk er mottatt. Det er det pasientjournalansvarlige som har best forutsetninger for å vurdere. En slik endring i lovverket kan derfor etter Ivaretas oppfatning kunne føre til en praksis hvor flere sensitive opplysninger deles, uten at informasjonsutvekslingen verken er relevant eller nødvendig. En slik praksis kan på sikt kan gå ut over den tilliten som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, deres pårørende og befolkningen ellers, skal ha til helsetjenestene.

Rådet for psykisk helse uttaler at det innenfor rus og psykisk helse er de med de alvorligste lidelsene som trenger de sammensatte tjenestene mest, og det er i denne gruppen behovet for tillit er viktigst. Denne gruppen trenger god informasjonsflyt mellom tjenestene for å få en best mulig helsehjelp. Rådet er bekymret for mulige negative konsekvenser av endringene som foreslås og peker på det store handlingsrommet som allerede er innenfor gjeldende regler. En kvalitativt god bruk av dette handlingsrommet krever kompetanse og tid til samhandling, samtidig som vi beholder det viktige prinsippet om at den som skriver journalen er ansvarlig for å ivareta taushetsplikten og pasientens rett til å velge om helseopplysninger eller deler av disse, skal tilgjengeliggjøres.

Rådet for psykisk helse støtter forslaget om å tydeliggjøre pasienters rett til å motsette seg til

gjengeliggjøring av helseopplysninger. Dette er nødvendig for å ivareta pasientens autonomi og personvern. Samtidig framstilles pasientenes rett til å motsette seg som et enten eller. Rådet savner flere nyanser og inkludering av samvalg i praksis også i loven. Helsepersonell plikter å beskytte pasientens privatliv og helseopplysninger. Ved å flytte dette ansvaret fra den som skriver journalen til den som leser den, er det fare for at taushetsplikten uthules. Rådet for psykisk helse mener videre at kravet om logging av journalinnsyn og etterfølgende kontroll ikke er tilstrekkelig for å ivareta pasientens rettigheter. Da kan pasienten allerede ha mistet kontrollen over sine opplysninger og en reaksjon i etterkant vil ikke kunne rette opp den potensielle belastningen det har påført pasienten. Rådet mener også at loggføring av innsyn må automatiseres.

Spiseforstyrrelsesforeningen ser behovet for at pasienter skal få bedre koordinering av helsehjelp. Forbedret informasjonsdeling kan føre til mer nøyaktige diagnoser og behandlinger, og øke pasientsikkerheten. For å redusere risikoen for brudd på personvernet må pasienter informeres om sine rettigheter og muligheten til å reservere seg mot deling. Forslaget om å flytte ansvaret for å vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige fra den som yter helsehjelp til den som skal motta opplysningene, kan føre til at flere får tilgang til sensitiv informasjon. Dette kan svekke pasientenes tillit til helsevesenet. Foreningen er kritisk til forslaget. Ved å tilgjengeliggjøre opplysninger for fremtidig bruk, mister behandlende helsepersonell muligheten til å forhindre at andre får tilgang til taushetsbelagt informasjon. Dette kan skape utrygghet og redusere tilliten til helsetjenesten i sin helhet. De negative utilsiktede konsekvensene for pasienter og brukere innen psykisk helse og rus er større enn fordelene. Økt informasjonsflyt mellom behandlende helsepersonell har ingen nytte hvis brukere ikke oppsøker helsetjenesten. Opphevelse av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 vil sende et uheldig signal om svekket selvbestemmelsesrett for pasientene. Ved å oppheve denne paragrafen og flytte reguleringen til helsepersonelloven § 23, kan det bli mindre tydelig for pasientene hvordan de kan utøve denne retten.

Advokatforeningen mener at det fra et personvernståsted fremstår som at de personvernsmessige konsekvensene særlig vil bli påvirket av hvordan den videre digitaliseringen gjennomføres innenfor helsesektoren. Det vil være sentralt at personvernet bygges inn i de løsningene som utvikles og implementeres og at de dataansvarlige føl-

ger opp med tilstrekkelige revisjoner og informasjon mot pasientene mv.

Apotekforeningen stiller seg i utgangspunktet positive til de foreslåtte endringene. Foreningen trekker frem at styrket informasjonssikkerhet og personvern gjennom strengere krav til logging og etterfølgende kontroll, samt styrkede krav om autorisasjon, autentisering og tilgangsstyring, er positivt. Det er også positivt for pasientene får økte rettigheter til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger, noe som ivaretar deres personvern og selvbestemmelsesrett. Det er positivt at høringsnotatet tydeliggjør skillet mellom den enkelte helsemedarbeiderens ansvar, virksomhetsansvaret og behandlingsansvaret etter personvernforordningen. Foreningen er ikke enig i at de foreslåtte endringene i seg selv ikke har noen økonomiske eller administrative konsekvenser. Implementeringen av de foreslåtte kravene vil medføre økte kostnader og ressursbehov for etterfølgende kontroll og mulig endring på teknisk oppsett. Forslaget om utvidet loggkontroll er et nytt krav som kommer til å kreve tekniske endringer også hos virksomheter som i dag har tilfredsstillende løsninger.

Den norske legeforening (Legeforeningen) mener at forslaget har klare lovtekniske mangler, men mener samtidig det fremstår fornuftig å samle nåværende § 25 første ledd og § 45 første og andre ledd. Legeforeningen mener imidlertid at forslagets første ledd, hvor det følger at «[r]elevante og nødvendige taushetsbelagte opplysninger skal gjøres tilgjengelig for helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten», er en plikt på virksomhetsnivå, som ikke hører hjemme i helsepersonelloven. Uansett hvilken løsning som velges, er det positivt at ansvaret for å vurdere «tjenstlig behov» foreslås lagt til det helsepersonellet som skal bruke opplysningene som vet hvilke opplysninger som er, eller kan være, nødvendige for helsehjelpen.

Uansett hvordan det avgjøres hvilke opplysninger som skal deles, er det avgjørende at man ikke ender opp med en informasjonsoverflod. Det er ikke nødvendigvis slik at mer alltid er bedre når det kommer til deling. Kjernejournalens begrensninger til oppsummerende dokumenttyper er en god illustrasjon på et godt kompromiss.

Forslaget om at det er helsepersonellet som «gis tilgang» som har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige støttes. Mange er bekymret for å gjøre uberettigede oppslag, og mulige sanksjoner det kan medføre. Legeforeningens medlemmer har etterlyst en tydelig definisjon av når det foreligger tjenstlig behov. I

forslaget presiseres det imidlertid også at tilgang må skje innenfor virksomhetens rutiner og vedkommendes oppgaver som beskrevet i arbeidskontrakt og gjenspeilet i den enkeltes autorisasjon (rolle) for tilgang til pasientjournalene. Legeforeningen oppfatter dette som en (betydelig) innstramming, som kan være egnet til å skape uklarhet og usikkerhet som vi oppfatter er i strid med intensjonen for øvrig. Legeforeningen ber departementet revurdere å knytte forståelsen av tjenstlig behov og vurdering av brudd på helsepersonelloven § 21 a opp mot interne rutiner, den enkeltes autorisasjon og arbeidsoppgaver. Legeforeningen ser at det i enkelte tilfeller kan være et moment i en etterfølgende vurdering av lovovertrødelse, men vil advare mot å legge det som et sentralt premiss og vilkår for berettiget oppslag.

Når det gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3, vil Legeforeningen advare mot å oppheve denne fordi det vil svekke pasientens rett til personvern, redusere tilliten til tjenesten, skape usikkerhet og svekke pasientens kontroll over egne helseopplysninger. I tillegg bryter det med lovens system med pasientens rettigheter samlet i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonellens plikter i helsepersonelloven.

Forslaget har et stort fokus på logging og etterfølgende kontroll. Bruk av automatiserte analyser og varslinger for potensielt urettmessige oppslag skildres som en forutsetning for å kunne legge til rette for mer deling. Legeforeningen er ikke uten videre enig i det premisset. Selv om det ikke er tvil om at det skal føres streng kontroll med tilgang til pasientdata, må man være oppmerksom på at kravet om økt kontroll risikerer å komme i konflikt med målet om enklere tilgang til pasientdata.

Den norske legeforening – Rådet for legeetikk forstår og tiltrer ønsket og intensjonen om at helsepersonell skal ha tilstrekkelig informasjon om pasienten for å gjennomføre forsvarlig og trygg behandling. Rådet deler imidlertid ikke departementets virkelighetsforståelse hva gjelder sentrale hindringer for at dette skal skje. Erfaringer blant klinisk personell tilsier ikke at de foreslåtte tiltakene vil avhjelpe de utfordringer som eventuelt foreligger med informasjonsflyt. Videre ser Rådet med dyp bekymring på uthulingen av taushetsplikten og konfidensialiteten som forslaget innebærer, og vil fraråde de endringer som er foreslått ettersom dette ikke godtgjøres i gevinst.

Senter for medisinsk etikk påpeker at tilgjengeliggjøring forutsetter god kontroll. Lovforslaget tilsier at ikke bare identitet til den som gjør oppslaget, skal registreres, men også grunnen for

oppslaget, tidsperioden for tilgjengeliggjøringen, og hvilke opplysninger og dokumenter som er tilgjengeliggjort. Disse strenge kravene vil sannsynligvis føre til en ytterligere økning av byråkrati og ressursbruk når oppslagene skal kontrolleres, og mulige brudd skal registreres og følges opp. Det er viktig at det registreres negative følger av dette, inkludert at det kan bli så komplisert, tidkrevende og ubehagelig å skaffe potensielt viktig informasjon, at helsepersonell vil vegre seg for å samle opplysninger. Dette kan igjen gå utover kvaliteten på helsehjelpen.

Den norske tannlegeforening støtter formålet med forslagene, men vil understreke at gjennomføringen betinger at den enkelte pasient/bruker får god informasjon om når og hvor helseopplysninger skal gjøres tilgjengelig, om hvem som får innsyn, og om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Det er svært viktig at helsepersonell har tilgang på nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten i forbindelse med pasientbehandling. Det er likevel nødvendig å samtidig ivareta hver enkelt sin rett til beskyttelse av sensitive personopplysninger. Å åpne for at alt helsepersonell skal kunne hente ut opplysninger fra andre journalsystemer etter selv å ha vurdert om de har tjenstlig behov fremstår som en altfor vid utvidelse av loven og dens formål, særlig i kombinasjon med at det blir opp til den enkelte å reservere seg mot at helsepersonell skal kunne innhente helseopplysninger om dem selv. Foreningen støtter at kravene om logging skal være mer omfattende enn i dag. Bestemmelsene om logging er tilpasset store helsevirksomheter. Det finnes mange små private helsevirksomheter (også i tannhelse-tjenesten). I disse helsevirksomhetene vil det enkelte helsepersonellet måtte kontrollere seg selv, siden den som gir tilgang er den samme som benytter seg av den.

NITO – Norges ingeniør- og teknologorganisasjon er positive til forslaget til endringer i reglene om taushetsplikt. Tilgang til opplysninger på tvers av avdelinger vil kunne bidra til å forenkle arbeidet i helsesektoren og bidra til mer effektiv behandling av pasienter. Samtidig stiller de spørsmål ved noen av endringsforslagene. NITO mener det må på plass klare og tydelige retningslinjer for hvem som skal ha tilgang, samt gode rutiner som sikrer at kun de som har «tjenstlig behov» får tilgang til opplysningene. Det er viktig at alt personell som har behov for tilgang til pasientjournaler får det, slik at de kan utøve sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte. Dette kan løses i form av at tilgangsrollen defineres av arbeidsoppgaven(e),

uavhengig av om den ansatte er autorisert som helsepersonell eller har en annen fagbakgrunn.

Norsk Forening for Helse- og Treningsfysiologer vurderer forslagene som et positivt skritt mot økt pasientsikkerhet og effektiv informasjonsdeling innen helsevesenet, og ser flere fordeler spesielt når det kommer til å forbedre tilgjengeligheten som sikrer et godt tverrfaglig samarbeid. Helse- og treningsfysiologer, som ikke har autorisasjon, likevel har ansvar for å vurdere nødvendigheten av tilgang til pasientopplysninger når de skal tilpasse trening og fysisk belastning til medisinske pasienter i samråd med ansvarlig lege. Nye krav til logging og dokumentasjon kan påføre helsepersonell en økt administrativ byrde på bekostning av kjerneoppgavene, og oppfordrer til utvikling av generelt forenklingende systemer. Foreningen støtter pasientens rett til å nekte deling av opplysninger, men ber om at det utformes prosedyrer som både ivaretar pasientens rettigheter og samtidig gir dem som behandlere tilstrekkelig informasjon for best mulig behandling.

Norsk psykologforening støtter forenkling og opprydding i regelverket. Foreningen stiller spørsmål ved hvordan man kan vurdere hvorvidt opplysninger skal tilgjengeliggjøres, og vurderingen om et notat man ikke har lest kan inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp. Flere vil kunne få tilgang til opplysninger som kan være kjekt å vite, men kanskje ikke strengt nødvendig. Ved å tilgjengeliggjøre opplysninger for ettertiden mister behandlende helsepersonell muligheten til å aktivt forhindre at andre skal kunne få tilgang til taushetsbelagt informasjon i fremtiden. Det blir vanskelig for helsepersonell å kommunisere tydelig ovenfor pasienter hvordan opplysningene vil kunne bli brukt hvis det må tas forbehold rundt tilgjengeliggjøring, og dette kan redusere tilliten til helsetjenesten. Frykt for utilsiktet «snoking» kan gjøre at helsepersonell vegrer seg for å gjøre oppslag i journal. Foreningen støtter ikke forslaget om å fjerne pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 fordi dette oppfattes som et signal om svekket selvbestemmelsesrett for pasienten, som dermed igjen vil kunne gi en utrygghet og svekke tilliten til helsetjenesten.

Norsk Sykepleierforbund støtter forslagene og bemerker at lovverket på dette området er komplisert og vanskelig både å tolke og håndheve. Det oppleves som en hindring for å få til gode, hensiktsmessige pasientforløp der flere tjenesteutøvere og forvaltningsnivå er involvert. De foreslåtte endringene hjelper et godt stykke på vei. Den rivende utviklingen på området tilsier at lovverket

bør ha kort revisjonssyklus for ikke å hindre innovasjon og utvikling. Automatisert, digital samhandling muliggjør deling hvis og når et behov oppstår, selv om man verken vet hvilken helsevirksomhet som vil få behov for og rett til å motta opplysninger, eller hvilken helsevirksomhet som vil få plikt til å dele. Det er ofte hindringer for at pleie- og omsorgstjenesten får nødvendig informasjon når ansvaret for pasient overtas. Foreningen understreker derfor betydningen av at mottakende virksomhet definerer hvem som har en rolle som gir tjenstlig behov for informasjon. Oppgavene og rollene løses og fordeles ulikt i ulike organisasjoner, og det må være mulig å styre informasjonsflyten til den/dem som trenger det. Ellers støttes forslaget om at det er helsepersonellet som er i behov av opplysningen til ytelse av helsehjelp, som selv vurderer hvilke opplysninger som er relevant og nødvendig for seg.

Norsk Tannpleierforening støtter forslagene, men presiserer at det er viktig at tannhelsetjenesten også er inkludert og ivaretatt i informasjonsutvekslingen. Tannpleiere opplever gjentatte ganger at taushetsplikten kan være til hinder for utveksling av helseinformasjon, spesielt viktig er dette i saker for eksempel ved omsorgssvikt.

Kernel AS støtter forslaget og mener de foreslåtte endringene vil gi tydeligere rammer og dermed kunne bidra til mer effektiv samhandling. Selv om lovforslaget tydeliggjør ansvarsforhold og plikter knyttet til taushetsplikt, etablerer det ingen tydelig plikt for dataansvarlige til aktiv deltakelse i informasjonsdeling. Pasientjournalloven § 19 overlater fortsatt til den enkelte dataansvarlige å bestemme hvordan opplysninger skal gjøres tilgjengelige, så lenge informasjonssikkerheten ivaretas. I fravær av konkrete krav til funksjonalitet, enten i loven selv eller i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten, risikerer vi fortsatt fragmentert implementering blant de mange tusen dataansvarlige i sektoren. Videre synes Kernel AS det er bra at lovverket skal være teknologinøytralt. Dette tolker vi som at det ikke må ligge noen føringer til systemarkitektur og implementeringen av løsning. Kernel AS synes kanskje høringsforslaget ikke er teknologinøytralt nok. Gitt endringen i ansvar som legges til grunn ved at «helsepersonellet som skal behandle pasienten, og har «tjenstlig behov», som må vurdere hvilke opplysninger som i den konkrete situasjonen anses som relevant og nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp» er det fremdeles ikke tydelig hva som vilkårene for forhåndsvurderingen skal være. Grovt sett kan man kanskje tenke seg at «sykepleierjournal» ikke er relevant for leger, og der-

med heller ikke er relevant å dele til leger, men det handler vel så mye om gode filtreringsmuligheter i brukergrensesnitt i mottakende systemer som gjør det mulig for helsepersonell å ikke be om mer informasjon enn nødvendig, som at det skal være en tilgangsbegrensning som det en forhåndsvurdering i realiteten er.

4.3 Departementets vurderinger og forslag

4.3.1 Innledning

Departementet foreslår en ny § 25 i helsepersonelloven, som regulerer tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp. Forslaget er i stor grad en sammenslåing av nåværende § 25 første ledd og § 45 i helsepersonelloven.

Departementet er også kommet til at det er hensiktsmessig å presisere i lovteksten, muligheten til å tilgjengeliggjøre opplysninger ved å gi direkte tilgang.

Departementet opprettholder forslaget om at det er helsepersonellet som er i behov av helseopplysningene som skal vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp.

Det foreslås flere lovtekniske og språklige justeringer av lovteksten uten at dette innebærer materielle endringer.

Forslaget skal gi en tydeligere regel om helsepersonelllets adgang til å samarbeide om helsehjelpen, uten at dette samarbeidet behøver å ha et grunnlag i et samtykke fra pasienten. Departementet presiserer at dette ikke innebærer noen endring i retten til medvirkning som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 eller retten til informasjon etter § 3-2.

Forslaget til ny bestemmelse er ikke avgrenset til å gjelde tilgjengeliggjøring ved samarbeid mellom personell i samme virksomhet. Samarbeid og tilgjengeliggjøring kan også skje med og til andre helsevirksomheter.

Departementet opprettholder videre forslaget om at opplysningene kan gjøres tilgjengelige av virksomheten med ansvar for opplysningene eller av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene etter helsepersonelloven § 39. Dette er en videreføring av gjeldende § 45 andre ledd.

Departementet foreslår en ny § 29 i helsepersonelloven som regulerer retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 om det samme videreføres, men ordlyden harmoniseres med helsepersonelloven.

Departementet opprettholder forslaget om å tydeliggjøre og skjerpe kravene til virksomhetenes loggføring av tilgjengeliggjøring av opplysninger i en ny § 22 a i pasientjournalloven. Dette innebærer å flytte bestemmelsen om loggføring fra pasientjournalforskriften til pasientjournalloven. Videre utvides innholdet i hvilken informasjon som skal loggføres ved at det stilles krav om at også hvilke dokumenter eller opplysninger som er tilgjengeliggjort skal loggføres.

4.3.2 Bruk av begrepet «tilgjengeliggjøring»

Lovforslagene gjelder tilgjengeliggjøring av opplysninger. Med tilgjengeliggjøring menes i denne proposisjonen ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige for mottakeren. Begrepet er teknologinøytralt. En måte å gjøre opplysningene tilgjengelige på er at vedkommende autoriseres til selv å søke etter relevante opplysninger (tilgang eller oppslag). En annen måte er at vedkommende får opplysningene utlevert, enten ved utskrift på papir eller ved elektronisk oversendelse.

Dette er samme forståelse av begrepet tilgjengeliggjøring som er lagt til grunn i andre bestemmelser i helsepersonelloven, blant annet gjeldende § 25 b, § 29 og § 29 e, som alle er relativt nye bestemmelser i loven. I definisjonen av «behandling av helseopplysninger» i pasientjournalloven § 2 bokstav c brukes ordlyden «utlevering ved overføring, spredning eller alle andre former for tilgjengeliggjøring» (se også Prop. 72 L (2013–2014) merknadene til pasientjournalloven § 19). Tilsvarende er lovfestet i helseregisterloven § 2 bokstav b. Dette er samme ordlyd som i den norske oversettelsen av personvernforordningen artikkel 4 nr. 2 (på engelsk «disclosure by transmission, dissemination or otherwise making available»).

I de samme bestemmelsene, i andre bestemmelser i loven og i forarbeidene til disse lovene brukes samtidig andre uttrykk som tilgang, deling, overføring, oppslag og utlevering. I de fleste tilfellene skal disse uttrykkene forstås som synonymer, med mindre det er konkrete holdpunkter for at uttrykket sikter til en bestemt form for tilgjengeliggjøring.

I dagligtale brukes også disse uttrykkene om hverandre, særlig brukes uttrykket «gi tilgang til» som uttrykk for det samme.

Departementet har valgt uttrykket tilgjengeliggjøring i lovforslagene i denne proposisjonen, med den vide forståelsen av begrepet. Denne terminologien er valgt for at det skal samsvare med

de nye bestemmelsene i helsepersonelloven og med pasientjournalloven, helseregisterloven og personvernforordningen.

I forslag til endringer i helsepersonelloven § 25 andre ledd andre punktum er det presisert at tilgjengeliggjøring blant annet kan skje ved «direkte tilgang». Med direkte tilgang mener departementet i denne sammenheng at helsepersonell er gitt adgang til å gjøre oppslag i behandlingsrettede helseregistre i andre virksomheter enn der vedkommende selv arbeider og yter helsehjelp. Dette kan være i hele pasientjournaler eller i nærmere avgrenset informasjon som for eksempel enkelte dokumenter som epikriser eller journalresymé. Det ligger ingen forutsetning om at dette også innebærer «skrivetilgang». Se punkt 4.3.5 om direkte tilgang.

Den dataansvarlige skal bestemme på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige, med mindre noe annet er bestemt i forskrift, jf. pasientjournalloven § 19 andre ledd. Hvordan opplysningene kan og skal tilgjengeliggjøres må vurderes i lys av kravene til informasjonssikkerhet, jf. pasientjournalloven § 22. Virksomheten som har nedtegnet opplysningene og virksomheten som skal bruke opplysningene skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll. Krav om tilgangsstyring (autorisering og autentisering mv.) er fastsatt i pasientjournalloven § 13. Behandling av journalopplysninger skal baseres på bestemte tildelte tillatelser til å lese eller på annen måte behandle opplysninger i journalen. Se også punkt 4.3.7.

4.3.3 Tilgjengeliggjøring av relevante og nødvendige opplysninger

Departementet opprettholder forslaget i helsepersonelloven § 25 første ledd, om at relevante og nødvendige opplysninger kan gjøres tilgjengelige for helsepersonell og samarbeidende personell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten. I høringsforslaget var tilgjengeliggjøring for helsepersonell og samarbeidende personell foreslått regulert separat i to setninger i første ledd. Dette foreslår nå departementet at slås sammen. Forslaget viderefører en vesentlig del av gjeldende § 25 første ledd og § 45 første ledd.

Dagens bestemmelser er en kombinasjon av unntak fra taushetsplikten og plikt til tilgjengeliggjøring. I forslaget presiseres det at helsepersonelloven § 23 er et unntak fra taushetsplikten. Plikten virksomhetene har til å tilgjengeliggjøre opplysningene, følger av pasientjournalloven § 19.

Gjeldende § 45 i helsepersonelloven regulerer plikten til å gjøre opplysninger tilgjengelige for andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient, det vil si utenfor samarbeidssituasjoner. Formålet er å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og å sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas.

Det er et vilkår etter § 45 at tilgjengeliggjøringen av journalopplysninger er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Dette betyr at helsepersonellet må ha tjenstlig behov for opplysningene. Helsepersonelloven § 45 regulerer ikke hvilke opplysninger som anses som «nødvendige og relevante», men det er forutsatt at dette skal forstås på samme måte som det tilsvarende begrepet i helsepersonelloven § 40. «Nødvendige og relevante opplysninger» er for det første de opplysningene som helsepersonellet må ha tilgjengelige i den aktuelle situasjonen for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Det er videre opplysninger som kan være aktuelle i forbindelse med helsehjelp som ytes på et senere tidspunkt. Se punkt 3.3.5 om tjenstlig behov.

Høringsinstansene gir ulike tilbakemeldinger på forslaget. Majoriteten fremhever at flere viktige hensyn må balanseres godt mot hverandre. På den ene siden er det viktig at regelverket legger til rette for at helsepersonell har de opplysningene som de trenger for å yte helsehjelp. Samtidig må pasienters tillit til helsetjenesten ivaretas. Regelverket må legge til rette for at virksomhetene på enkelt vis kan operasjonalisere sine plikter og samtidig legge til rette for at pasienter kan ivareta sine rettigheter.

Senter for medisinsk etikk mener forslaget til lovendringer gjør at lovverket blir mer enhetlig og tydelig, og fremmer samarbeid på tvers av helse-tjenestene. Lovendringene styrker også pasientenes råderett over egne opplysninger og styrker dermed pasientautonomien. Det er viktig å ha en streng praktisering av taushetsplikten. *Bærum kommune* støtter forslagene som tydeliggjør reglene og gjør dem lettere å bruke. At reglene blir mer oversiktlige og lettere å forstå vil gjøre helsepersonell tryggere i sin anvendelse av loven, med økt rettssikkerhet for pasientene som resultat. *Helse Sør-Øst RHF* mener overordnet at de foreslåtte endringene er gode og legger til rette for en mer enhetlig og klok informasjonsdeling. *Sykehuset Innlandet HF* støtter at gjeldende § 25 og § 45 i helsepersonelloven slås sammen, men ber om at flest mulig bestemmelser beholder sin opprinnelige nummerering.

Noen høringsinstanser mener dagens regelverk allerede legger til rette for god informasjonsflyt i helsetjenesten og at det ikke er behov for ytterligere endringer. *Universitetssykehuset Nord-Norge HF* støtter forslaget overordnede mål, men påpeker at dagens regelverk gir godt grunnlag for deling av informasjon når dette er nødvendig for å gi helsehjelp til en pasient. Det bør vurderes nøye om det er reelle behov for å gi flere og utvidede unntak fra hovedregelen om taushetsplikt. *Oslo universitetssykehus HF* (OUS) er overordnet positiv til endringsforslagene og støtter i hovedsak departementets forslag, men flere av forslagene fremstår likevel uklare og oppfattes krevende for både helsepersonell og helsevirksomheter å forvalte.

Overordnet støtter høringsinstansene forslaget om å slå sammen dagens § 25 første ledd og § 45 første og andre ledd i helsepersonelloven til én ny paragraf. De mener at forslaget til ny paragraf kan bidra til bedre pasientbehandling og mer sammenhengende pasientforløp. Enkelte aktører er imidlertid bekymret for at forslaget kan føre til at sensitive opplysninger deles unødig. Instanser som *Den norske legeforening* og *Norsk psykologforening* uttrykker bekymring for at dette kan svekke pasientens personvern og tilliten til helsetjenesten. Flere instanser etterlyser tydeligere retningslinjer for ansvarsfordelingen mellom helsepersonell og virksomheter når det gjelder vurdering av hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige. Disse påpeker at det er viktig at ansvaret er klart definert for å unngå misforståelser.

Hovedargumentet for å opprettholde forslaget er vektleggingen av at systematikken i dagens taushetspliktregler rendyrkes og at begrepsbruk harmoneres. Dagens § 45 er plassert sammen med bestemmelsene om dokumentasjonsplikt. Departementet mener at det er mer logisk at også denne bestemmelsen sammenstilles med bestemmelsene om unntak fra taushetsplikten ved tilgjengeliggjøring av helseopplysninger til helsehjelpsformål. Det er et viktig mål å bedre leservennligheten og regelverkets tilgjengelighet, for på en bedre måte enn i dag legge til rette for lik forståelse og anvendelse av regelverket. Etter departementets syn vil en sammenslåing av disse bestemmelsene understøtte nettopp dette.

Bestemmelsens ordlyd endres, men er i all hovedsak en videreføring av innholdet i selve unntaket fra taushetsplikten slik det fremkommer av gjeldende § 25 første ledd og § 45. Flere høringsinstanser som for eksempel *Oslo universitetssykehus HF* har pekt på at forslagene slik de var

sendt på høring kunne være krevende å forstå. Departementet har derfor gjort ytterligere klargjøring i ordlyden enn den som ble sendt på høring.

Som nevnt over, foreslår departementet at den nye § 25 også skal omfatte samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten. Dette er en videreføring av gjeldende § 25 første ledd.

Forslaget viderefører begrepsbruken i gjeldende rett om samarbeidende *personell*. Dette omfatter flere enn helsepersonell slik det er definert i helsepersonelloven § 3. Dette betyr at også annet personell enn helsepersonell kan involveres når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten. Personellet kan være tilknyttet ulike helsevirksomheter i og utenfor Norge, som samarbeider om helsehjelpen til den konkrete pasienten. I praksis vil samarbeidende personell være ansatt i helse- og omsorgstjenesten for å bidra i ytelsen av helsehjelp til pasienter, men ikke yte helsehjelp. Dette kan for eksempel være sosionomer på sykehus, som blant annet kan bistå pasientene med økonomisk og praktisk planlegging i forkant av en utskrivelse.

Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse der det er ønskelig å dele informasjon av andre grunner enn helsehjelp. For å kunne utgi opplysninger til lærere eller andre ressurspersoner rundt pasienten, må det i det enkelte tilfelle gis et samtykke etter forslaget til helsepersonelloven § 22 eller følge av andre lovbestemmelser.

Det presiseres i forslag til ny § 25 første ledd at bestemmelsen bare regulerer et unntak fra taushetsplikten.

Det fremkommer av forslagens andre ledd at dersom opplysningene tilgjengeliggjøres, kan dette gjøres enten av virksomheten eller personellet. Dette er en organisatorisk bestemmelse.

Gjeldende § 45 i helsepersonelloven regulerer både et unntak fra taushetsplikten og en plikt til tilgjengeliggjøring dersom vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Denneplikten til tilgjengeliggjøring videreføres ikke i helsepersonelloven. Departementet viser til at etter pasientjournalloven § 19, skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte.

På denne måten kommer det fram av helsepersonelloven § 25 og lovenes systematikk at taushetsplikt for personellet reguleres i helsepersonelloven, mens plikten til å tilgjengeliggjøre opplys-

ninger ligger på virksomheten og reguleres derfor i pasientjournalloven.

Pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring er nærmere omtalt i punkt 4.3.6.

Trusselutsatte personer kan få sperret adresse i folkeregisteret, hvis politiet eller barnevernet mener det er grunnlag for slik beskyttelse, jf. folkeregisterloven § 10-4. Personer med sperret adresse har et ekstraordinært behov for sikkerhet for at adresse, andre kontaktopplysninger og opplysninger som kan avsløre hvor vedkommende bor, ikke er tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan være informasjon utover selve adressen som for eksempel hvilken fastlege en trusselutsatt har, hvilket helseforetak den trusselutsatte sogner til, hvilket apotek den trusselutsatte bruker og når den trusselutsatte har timeavtaler i helse-tjenesten. Dette setter begrensninger for tilgjengeliggjøring av journalopplysninger fra pasient-journalssystemene og kan derigjennom skape utfordringer for å tilrettelegge og yte helsehjelp. Dersom den trusselutsatte med sperret adresse har barn med trusselutøveren, og barnet eller barna bor sammen med den trusselutsatte, vil barnets eller barnas adresse også sperres. Se punkt 8.4 om innebygget personvern. Departementet gjør oppmerksom på at dette også vil kunne innebære noen utfordringer knyttet til automatisk logganalyse, se punkt 4.3.7.

4.3.4 Helsepersonellet selv skal vurdere om en opplysning er «relevant og nødvendig»

Departementet opprettholder forslaget om at det er personellet som er i behov av opplysningene for å yte helsehjelp som skal vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige i en gitt helsehjelpssituasjon, jf. forslaget til ny § 25 tredje ledd i helsepersonelloven.

Etter gjeldende rett er det helsepersonellet som har nedtegnet opplysningene eller dataansvarlig for helseopplysningene, som må foreta vurderingen av om vilkårene for tilgjengeliggjøring er oppfylt, jf. gjeldende § 45 andre ledd i helsepersonelloven. Det er dataansvarlig virksomhet (der opplysningene er nedtegnet, som i enkelte tilfeller omtales som avgivende virksomhet) som i dag bestemmer hvilken dokumentasjon som må ligge til grunn for å godtgjøre at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt og som er ansvarlig for å legge til rette for at en slik tilgjengeliggjøring finner sted. Denne virksomheten er også ansvarlig for å påse at vilkårene er oppfylt på tidspunktet for tilgjengeliggjøring.

Vurderingen av om en opplysning kan tilgjengeliggjøres kan gjøres ved en konkret forespørsel om tilgjengeliggjøring av helseopplysninger. Vurderingen kan også gjøres eller i forkant når opplysningene nedtegnes, uavhengig av om det er en aktuell situasjon eller om det vil komme til å bli en situasjon der helseopplysninger skal gjøres tilgjengelige. Dersom virksomheter avtaler å gi hverandre direkte tilgang til sine respektive pasientjournalssystemer, kan en forhåndsvurdering være at virksomheten vurderer hvilke kategorier av dokumenter som er egnet for tilgjengeliggjøring på tvers av virksomheter. Videre vil det for eksempel være nærliggende å vurdere om pasienten motsetter seg eller det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger samtidig som opplysningene journalføres. Se nærmere omtale av dette i Prop. 91 L (2021–2022) punkt 5.4.5 og i merknaden til § 10 andre ledd.

Samtidig er plikten til å yte forsvarlig helsehjelp, etter gjeldende rett pålagt den som yter helsehjelp i den konkrete helsehjelpssituasjonen. For å kunne yte forsvarlig helsehjelp vil helseopplysninger fra tidligere behandlingsforløp kunne være relevante og nødvendige.

Høringsinstansene har ulike synspunkter på hvem som skal vurdere hvilke helseopplysninger som er «relevante og nødvendige». Det er uenighet om hvorvidt ansvaret for vurderingen bør ligge hos helsepersonellet som skal bruke opplysningene eller hos den som deler opplysningene. Noen instanser mener at det er bedre at ansvaret ligger hos den som deler opplysningene, for å sikre at kun nødvendige opplysninger blir delt. Flere instanser, som *Helsedirektoratet*, *Helse Vest RHF*, *Bærum kommune* og *Norsk helsenett SF*, støtter forslaget om at det er helsepersonellet som skal yte helsehjelp, som bør vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige. De mener at helsepersonellet er best egnet til å gjøre denne vurderingen basert på pasientens behov. *Datatilsynet* støtter forslaget og mener at endringen vil bidra til en viktig klargjøring av hvor ansvaret ligger.

Noen instanser, som *Oslo universitetssykehus HF*, påpeker at det kan være utfordrende for helsepersonell å vite hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige før de har tilgang til dem. Dette kan føre til at flere opplysninger enn nødvendig blir tilgjengeliggjort. Dette synet deles av blant andre *Ivareta*, *Trondheim kommune* og *Norsk psykologforening*. Flere pasientorganisasjoner som *Spiseforstyrrelsesforeningen*, er imot endringsforslaget.

Departementet viser til at det generelt er støtte til høringsforslaget om at det er helsepersonellet som skal yte helsehjelp til pasienten som skal vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige, uavhengig av hvem som har dokumentert disse opplysningene i første omgang. Departementet legger også vekt på at forslaget i stor grad er en kodifisering av slik regelverket praktiseres i dag. Ved at det er helsepersonellet som behandler pasienten som selv skal vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige, vil det bedre harmonere med hvordan lovkravene i praksis kan etterleves.

I samhandlingsløsninger hvor svært mange aktører inngår, og hvor helsepersonell selv gis adgang til å tilegne seg opplysningene ved tjenstlig behov, har den dataansvarlige for opplysningene som tilgjengeliggjøres i realiteten svært liten kontroll med at tilegnelsen av opplysninger i det enkelte tilfelle er rettmessig. I et scenario der virksomhetene inngår mange-til-mange-avtaler og hvor stadig nye aktører kommer til, vil den enkelte dataansvarliges garantier ligge i at de øvrige virksomhetene påtar seg et sett av forpliktelser og følger regelverket. I realiteten vil den enkelte dataansvarlige være prisgitt at de virksomhetene som benytter opplysningene etterlever sine forpliktelser, herunder har gode systemer for tilgangsstyring og etterfølgende kontroll med foretatte oppslag.

Tilgjengeliggjøringen skal tjene helsehjelpen til pasienten, og skal derfor vurderes i lys av om pasienten er tjent med dette. Helsepersonellet eller virksomheten som gjør helseopplysninger tilgjengelige, vil ikke ha mulighet til å overprøve helsepersonells vurdering av hvilke opplysninger vedkommende har behov for. De har heller ikke ansvaret for ytelsen av helsehjelpen. Selv om det i praksis er den som skal yte helsehjelpen som gjør vurderingen av hva som er relevant og nødvendig, vil det likevel være virksomheten der opplysningene er nedtegnet som i dag er ansvarlig for opplysningene og for at vilkårene for tilgjengeliggjøring er oppfylt.

Noen høringsinstanser, som for eksempel *Oslo universitetssykehus HF*, påpeker utfordringen med at helsepersonellet ikke på forhånd har mulighet til med sikkerhet å vite hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige. Disse instansene presiserer at helsepersonell nødvendigvis vil få tilgang til flere opplysninger enn det som senere viser seg å være relevante og nødvendige opplysninger. Departementet vil presisere at spørsmålet om helseopplysningene er relevante og nødven-

dige, må baseres på vurderinger gjort før opplysningene er lest og vurdert.

Dette innebærer at kriteriet må knyttes til om helsepersonellet har et berettiget behov for å avklare om de aktuelle opplysningene er relevante og nødvendige. Denne vurderingen må helsepersonellet foreta på bakgrunn av sin helsefaglige kunnskap og sine helsefaglige oppgaver og tjenstlige behov. At personell vil få kjennskap til flere opplysninger enn det som i etterkant viser seg å være relevant og nødvendig må aksepteres og vil ikke i seg selv innebære et brudd på taushetsplikten. Departementet bemerker at det vil fremkomme av loggen hvilke opplysninger helsepersonellet har fått tilgjengeliggjort. Se nærmere om dette i punkt 4.3.7.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det i ny § 25 tredje ledd i helsepersonelloven presiseres at helsepersonell som får tilgjengeliggjort helseopplysningene, har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Forslaget innebærer at det formelle ansvaret for hvorvidt det konkrete oppslaget er rettmessig, flyttes fra virksomheten der opplysningene er nedtegnet til virksomheten hvor oppslaget foretas. Det er sistnevnte virksomhet som skal autorisere eget personell og være ansvarlig for tilgangsstyring i egen virksomhet, noe som også skal gjenspeile det tjenstlige behovet for å kunne gjøre oppslag i opplysninger hos andre virksomheter. Se nærmere om tjenstlig behov i punkt 3.3.5.

4.3.5 Direkte tilgang til opplysninger i pasientjournalssystemer i andre virksomheter

Departementet foreslo i høringsnotatet at det presiseres i helsepersonelloven at helsepersonell i andre virksomheter kan gis direkte tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i andre virksomheters pasientjournalssystemer. Med direkte tilgang mente departementet i denne sammenheng at helsepersonell er gitt adgang til å gjøre oppslag i behandlingsrettede helseregistre i andre virksomheter enn der vedkommende selv arbeider og yter helsehjelp. Dette kan være i hele pasientjournaler eller i nærmere avgrenset informasjon som for eksempel enkelte dokumenter som epikriser eller journalresymé. Dette er det adgang til etter gjeldende regler, men dette fremkommer ikke tydelig av loven. Se også punkt 4.3.2.

Enkelte høringsinstanser, blant annet *Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet*, *Statens Helse-*

tilsyn og *Helsedirektoratet* støtter at det tydelig fremgår av regelverket at helsepersonell kan få direkte tilgang til helseopplysninger i andre virksomheter.

Norges Optikerforbund uttaler at

(d)et er bra å lovfeste at helsepersonell kan få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer, spesielt for pasienter som følges og behandles i store strukturer. Selv om det åpnes for dette, betyr ikke dette at alle helsevirksomhetene har ønske eller ressurser til å gi andre helsepersonell denne type tilgang. Til enhver tid avklart elektronisk tilgang krever teknisk og praktisk tilrettelegging.

Stjørdal kommune, Overhalla kommune, Malvik kommune og Flatanger kommune uttaler at

(v)ed å lovfeste at helsepersonell kan få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i andre virksomheters journalsystemer gir det helsepersonellet nødvendig juridisk handlingsrom for å tilegne seg nødvendige og relevante helseopplysninger om pasienten. For at helsepersonell effektivt skal kunne nytte gjøre seg av denne lovendringen, fordrer det at det med loven følger forskrift som utdyper hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Dette er en så stor endring i forhold til dagens praksis at helsepersonell trenger tydelige føringer for gjennomføringen av loven. Hvilken informasjon som helsepersonell har behov for vil variere fra pasientforløp til pasientforløp. På samme tid vil det være behov for tydelige føringer gjennom forskrifter i forhold til hvordan helsepersonell skal tolke og praktisk gjennomføre innhenting av opplysninger i andre virksomheters journalsystemer. Innføring av standarder for dokumentasjon av helseopplysninger, som skal deles er også avgjørende for at denne type oppslag skal kunne gjennomføres så effektivt som mulig.

Bærum kommune støtter forslaget og uttaler:

Tilgang til nødvendig helseopplysninger om pasient, er avgjørende for at helsepersonell skal kunne ivareta sitt lovpålagte ansvar for å gi pasienter forsvarlig og omsorgsfull behandling. Slik tilgang er i dag vanskelig, da både spesialist- og primærhelsetjenesten har journalsystemer som gjør at tilgangen til helseopplysningene blir begrenset til de som er autori-

sert til å se informasjonen innen den respektive tjenesten (f.eks. sykehus). De som er i andre deler av tjenesten (f.eks. i kommunen), kan ikke se disse opplysningene.

En stor andel av høringsinstansene som for eksempel *Datatilsynet*, *Norsk helsenett SF* og *Helse Sør-Øst RHF* er imot forslaget og mener at en spesifikk måte å tilgjengeliggjøre opplysninger på ikke bør reguleres særskilt. Videre mener flere at det er unødvendig å regulere dette eksplisitt, da det allerede følger av gjeldende rett.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF mener at påstanden om at helsepersonell ikke har enkel nok tilgang til informasjon fra pasientjournaler i andre helseforetak og at dette gir negativ effekt i pasientbehandlingen, er betydelig overdrevet. Eksisterende lovverk gir gode muligheter for innhenting av informasjon fra andre helseforetak når det er behov for det, og henvisningsbrev mellom helseforetak/ulike virksomheter oppsummerer vanligvis relevant informasjon. Dette er en effektiv måte å håndtere informasjonsdeling av relevant informasjon, uten at helsepersonell må bruke tid på å orientere seg i andre virksomheters journalsystemer.

Datatilsynet, *Norsk helsenett SF*, *Helse Midt-Norge RHF* m.fl. mener at det å presisere i lovteksten at direkte tilgang er tillatt kan skape forvirring ettersom andre former for lovlig deling ikke er nedfelt i samme bestemmelse. *Helse Sør-Øst RHF* oppfatter ikke at det er behov for en særskilt regulering av hvordan opplysningene skal gis helsepersonell i egen eller annen virksomhet. *Helse Sør-Øst RHF*, *Helse Vest RHF*, *Norsk helsenett SF* m.fl., mener at direkte tilgang ikke bør inntas i lovteksten fordi det kan binde opp teknologiske løsninger til én bestemt metode. De argumenterer for at lovverket bør være teknologinøytralt og fleksibelt, slik at det kan tilpasses fremtidige teknologiske utviklinger og behov.

Departementet er kommet til at det av pedagogiske hensyn er ønskelig å presisere muligheten til å gi direkte tilgang i lovteksten. Departementet viser til at en adgang til å gi direkte tilgang allerede følger av at loven tillater ulike former for tilgjengeliggjøring, inkludert oppslag (se punkt 4.3.2). Med tilgjengeliggjøring etter pasientjournalloven § 19, menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige for mottakeren. Departementets forslag til ny § 25 i helsepersonelloven fremhever direkte tilgang som en av flere ulike former for tilgjengeliggjøring.

Etter gjeldende § 19 i pasientjournalloven er plikten til å tilgjengeliggjøre opplysninger lagt til dataansvarlig. Det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene gjøres tilgjengelige, både i egen virksomhet og mellom virksomheter. Det forutsettes at der andre virksomheter gjør tilgjengelig opplysninger til andre virksomheter ved å gi tilgang til et pasientjournal-system, vil det være naturlig at dette avtales og organiseres virksomhetene mellom.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at pasienter mottar både akutte og planlagte spesialisthelsetjenester utenfor deres lokale helseforetaks nedslagsfelt, men at dette er en prosentvis liten andel. Selv om det er en prosentvis liten andel, er det et årlig antall på flere tusen. Behovet for tilgang synes imidlertid å være mest fremtredende i begrensede geografiske regioner. For eksempel vil en fastlege ha behov for informasjon om «sine» pasienters konsultasjoner og innleggelser på sykehus og tildelte kommunale tjenester som sykehjemsplass, hjemmesykepleie mv. Andre eksempler kan være samarbeid mellom helseforetak med hyppige felles pasientforløp, eller helseforetak med nærliggende kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Departementet er opptatt av at sektoren benytter de mulighetene som følger av regelverket, for å ivareta helse- og omsorgstjenestens behov for effektiv samhandling og samarbeid på tvers av sektorer og virksomheter. Departementet mener at løsninger som legger til rette for direkte tilgang til opplysninger om pasienter i andre virksomheters journalsystemer, er en positiv og ønsket utvikling. Det vil bidra til en raskere og mer effektiv informasjonsutveksling, samtidig som man unngår at opplysningene endres utilsiktet i en eventuell overføring. Departementet vil derfor fremheve viktigheten av initiativ fra sektoren, som innebærer utprøving av gode løsninger som kan fungere lokalt og over tid breddes ut på regionalt eller nasjonalt nivå. Det presiseres at direkte tilgang ikke forutsetter skrivetilgang.

4.3.6 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger (reservasjonsrett) er i dag fastsatt i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 og pasientjournalloven § 17. Flere av de nåværende bestemmelsene i helsepersonelloven slår også fast at pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøringen.

Pasientens rett til å motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelige, skal ivareta pasientens personvern og selvbestemmelsesrett over opplysninger om seg selv. For at retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelpsformål skal være reell, må pasienten ha fått informasjon om adgangen, hvordan denne kan brukes og konsekvensene av å bruke den.

Pasienten kan motsette seg at opplysninger gis videre både i en konkret situasjon eller ved at vedkommende på forhånd «sperrer» hele eller deler av journalen for innsyn for enkelte helsepersonell eller grupper av helsepersonell. Pasientens adgang til å sperre omfatter også opplysninger som nedtegnes i journal fremover i tid. Dersom pasienten på et gitt tidspunkt sperrer journalen mot at for eksempel enkelte helsepersonell gis innsyn, vil sperringen også omfatte opplysninger som nedtegnes etter dette tidspunktet. Sperringen vil gjelde inntil pasienten gir beskjed om at den skal opphøre.

Samlet sett er det bred støtte blant høringsinstansene for å opprettholde og tydeliggjøre pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger. Samtidig påpekes også behovet for å sikre at pasientene er godt informert om sine rettigheter og konsekvensene av å bruke dem. Dette har også en side mot plikten til å yte forsvarlig helsehjelp. *Helse Bergen HF, Oslo universitetssykehus HF, Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og Datatilsynet* påpeker at det er viktig at helsepersonellet også informerer om eventuelle negative konsekvenser av å begrense informasjonsdeling, herunder at det vil kunne ha betydning for den helsehjelpen helsepersonellet kan yte. For eksempel kan dette innebære en risiko for at pasienten blir overbehandlet ved at pasienten for eksempel må igjennom et lengre behandlingsforløp enn nødvendig eller at det vil gå ut over pasientsikkerheten og i ytterste konsekvens plikten til å yte forsvarlig helsehjelp.

Når det foreslås en utvidelse av mulighetene for å dele helseopplysninger mellom personell i ulike virksomheter og på forskjellig nivå i helse- og omsorgstjenesten, er det viktig at dette følges av en tilsvarende rett for pasienter til å motsette seg denne delingen. Departementet mener at det ikke må være tvil om at pasienter har denne rettigheten. Derfor mener departementet at det er viktig at også pasienters mulighet til å reservere seg mot tilgjengeliggjøring av helseopplysninger følger av helsepersonelloven.

Departementet foreslår at det fastsettes en egen bestemmelse i helsepersonelloven om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Dette vil

tydeliggjøre denne rettigheten. Samtidig er det behov for å gjøre forholdet mellom reglene i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven klarere. Det bør fremgå klart av lovteksten om pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring eller ikke.

Departementet legger til grunn at retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring er og fortsatt skal være den samme etter begge lovene. For å få dette tydeligere frem foreslår departementet at pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 videreføres, men at ordlyden harmoniseres med helsepersonelloven. Departementet viser til at flertallet av høringsinstansene, inkludert pasientorganisasjonene, er imot forslaget om å oppheve § 5-3. De mener at bestemmelsen av pedagogiske årsaker, bør videreføres også i pasient- og brukerrettighetsloven.

Retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring gjelder først og fremst når helsepersonell skal bruke opplysningene til å yte helsehjelp til den som opplysningene gjelder (forslaget til ny § 25). Helsepersonelloven har imidlertid også andre bestemmelser som fastsetter en rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring, for eksempel knyttet til oversendelse av epikrise eller tilgjengeliggjøring av opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient. Se punkt 6.3.6.

Disse bestemmelsene skal etter gjeldende rett fortolkes i lys av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3. Dette betyr for det første at opplysningene heller ikke kan tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsatt seg det. For det andre betyr det at reservasjonsretten ikke er ubetinget, ved at opplysningene likevel kan tilgjengeliggjøres dersom tungtveiende grunner taler for det. Departementet foreslår at de samme reglene nå også lovfestes i helsepersonellovens bestemmelse om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Bestemmelsen vil overlappe noe med begrensningen i taushetsplikten i forslaget til ny § 23 bokstav c (som viderefører gjeldende § 23 nr. 4).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje ledd sier at tilgjengeliggjøring «skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell». Det kan være uklart hva dette betyr siden retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring bare er nedfelt i noen av bestemmelsene i helsepersonelloven. Dette gjelder for eksempel ved tilgjengeliggjøring til virksomhetens ledelse eller pasientadministrasjon.

Departementet legger til grunn at gjeldende bestemmelser i helsepersonelloven må forstås slik at de ikke gir en rett til å motsette seg tiljen-

geliggjøring dersom dette ikke er uttrykkelig fastsatt. Der det er tale om tilgjengeliggjøring etter disse bestemmelsene vil det uansett ut fra sakens natur heller ikke være praktisk med en reservasjonsrett, da «tungtveiende grunner» som regel vil tale for tilgjengeliggjøring (for eksempel fordi det er nødvendig for kunne kvalitetssikre tjenesten eller fordi opplysningene er nødvendige i en utvisningssak). Selv om pasienten i utgangspunktet og formelt ville hatt en rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring, ville denne rettigheten gjennomgående måtte vike for andre tungtveiende interesser. En begrensning ligger uansett i at opplysningene må være nødvendige for å ivareta de aktuelle formålene. I tillegg vil det samme følge av begrensningene i taushetsplikten i gjeldende § 24 nr. 4, som foreslås videreført i ny § 23 bokstav c («når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig»).

Departementet foreslår på denne bakgrunn en ny § 29 i helsepersonelloven som sier at pasienten kan motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelige etter ny § 25, § 26, § 27 og § 28 bokstav a, b, c og h. Og videre at opplysningene heller ikke kan tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel. Se også punkt 6.3.6.

Tilgjengeliggjøring skal likevel kunne skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Det vil fortrinnsvis være aktuelt der det er fare for liv og alvorlig helseskade. Som eksempel kan nevnes tvangsinnleggelser av psykiatriske pasienter, der pasienten kan tenkes å motsette seg utlevering av journalopplysninger samtidig som det kan være av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling. Dette må i så fall besluttes av det helsepersonell som har ansvaret for helsehjelpen, da disse er nærmest til å vurdere om det foreligger tilstrekkelig vektige grunner til at opplysningene kan videreformidles. Hvorvidt det foreligger tungtveiende grunner for å sette til side pasientens reservasjon mot tilgjengeliggjøring av opplysningene, må vurderes i lys av formålet med bruken av opplysningene. For eksempel vil de tungtveiende grunnene for å sette til side pasientens reservasjon mot tilgjengeliggjøring av helseopplysninger vurderes ulikt om formålet er helsehjelp til pasienten selv eller om formålet med tilgjengeliggjøringen er å finne hvilke pasienter som egner seg for undervisningsformål.

Dette er det samme som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3. Denne endres imidlertid slik at det nå fremgår klart at bestemmelsen fastsetter en rett til å motsette seg tilgjengeliggjø-

ring av opplysninger i journal i samsvar med helsepersonelloven § 29 og pasientjournalloven § 17 første ledd bokstav a. Forslaget er kun ment som en tydeliggjøring og videreføring av gjeldende regler.

Stortinget vedtok den 8. april 2025 endringer i helsepersonelloven § 25 og § 45, som lovfester adgangen til deling av taushetsbelagte opplysninger med annet helsepersonell, uavhengig av om pasienten motsetter seg det, når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Se Prop. 31 L (2024–2025) punkt 7.5. Det ble i forarbeidene vist til at det er av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie og behandling i slike situasjoner. Det ble også satt inn en henvisning til psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b for å få tydelig frem at farevilkåret «nærliggende og alvorlig fare» i helsepersonelloven skal forstås på samme måte som det samme vilkåret i psykisk helsevernloven. Bestemmelsen er en presisering og lovfesting av hva som ellers følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje punktum om «tungtveiende grunner».

Departementet mener at det ikke lenger vil være behov for denne presiseringen i helsepersonelloven. Det vises til at begrensningen i retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring når det foreligger tungtveiende grunner, nå er foreslått tatt inn i ny § 29. En slik presisering ville uansett kunne være misvisende fordi «tungtveiende grunner» i praksis sikter til alle situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade, og ikke bare de tilfellene der det er *pasienten selv* som utgjør en nærliggende og alvorlig fare. I tillegg foreslår departementet å oppheve § 45.

Pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring forutsetter at pasienten er kjent med at opplysninger kan gis til annet helsepersonell som skal yte helsehjelp. Pasienter som velger å motsette seg tilgjengeliggjøring må få informasjon om at dette kan gå ut over kvaliteten og effektiviteten i tjenesten.

Den dataansvarlige skal legge til rette for at pasientens adgang til å motsette seg tilgjengeliggjøring ivaretas ved å sikre at det gis informasjon om reservasjonsadgangen og ved å iverksette egnede tekniske tiltak for å gjennomføre en slik reservasjon. Videre må den dataansvarlige sikre at opplysninger om at en pasient motsetter seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger følger opplysningene i de ulike systemene i en helsevirksomhet. Dette kan for eksempel være i tilfeller der pasienten motsetter seg at enkelte helsepersonell

skal få opplysninger om seg tilgjengeliggjort. Helsevirksomhetene må følgelig sørge for at dette gjelder alle de behandlingsrettede helseregistrene i virksomheten hvor opplysninger om pasienter fremkommer.

I løsninger hvor det er flere dataansvarlige virksomheter involvert, bør informasjon om adgangen til å motsette seg deling og konsekvensene av dette være koordinert. Det vil være uheldig om informasjonen som gis pasientene er ulik og avhengig av i hvilken virksomhet opplysningene er nedtegnet. Det er en forutsetning for tilgjengeliggjøring av opplysninger at det sikres at pasienters rett til å reservere seg mot tilgjengeliggjøring ivaretas på tvers av både virksomheter og systemer.

I praksis ivaretas adgangen til reservasjon i journalen ved tilgangsstyring internt i virksomheten, hvor opplysningene blir sperret etter dialog med pasienten. Helsepersonell som arbeider der pasienten har fått helsehjelp, må ha mekanismer for å kunne ivareta pasientens ønske om begrenset tilgjengeliggjøring. Departementet forventer imidlertid at det etableres enkle digitale løsninger som den enkelte pasient kan benytte for å begrense tilgjengeliggjøring.

4.3.7 Tilgangsstyring, logg og etterfølgende kontroll

Departementet opprettholder forslaget om å tydeliggjøre og skjerpe kravene til virksomhetenes loggføring av tilgjengeliggjøring av opplysninger. Dette fremkommer av forslaget til ny § 22 a i pasientjournalloven. Forslaget innebærer å flytte bestemmelsen om loggføring fra pasientjournalforskriften § 14 til pasientjournalloven. Videre utvides innholdet i hvilken informasjon som skal loggføres ved at det stilles krav om at også hvilke dokumenter eller opplysninger som er tilgjengeliggjort fremkommer av loggen.

Det er en forutsetning for å utvide adgangen til å tilgjengeliggjøre helseopplysninger at eksisterende krav om både forhåndskontroll og etterkontroll (autorisering, autentisering og loggkontroll) etterlevs. Dette er viktig for at pasienter skal vernes mot ulovlig spredning av helseopplysninger.

Med logg mener departementet en oversikt over hendelser og aktiviteter som skjer i en virksomhets IKT-system og datanettverk, for å kunne finne tilbake til hvilken bruker som stod bak den enkelte hendelsen.

I dag er kravet til logging regulert i pasientjournalforskriften § 14 jf. pasientjournalloven § 22. Kravet til logg omfatter informasjon om identite-

ten og den organisatoriske tilhørigheten til den som har hentet fram helseopplysningene, grunnlaget for tilgjengeliggjøringen og tidsperioden for tilgjengeliggjøringen. I pasientjournalforskriften § 14 er det presisert at en slik oversikt skal logges automatisk, noe som vil være selvsagt i et digitalt system.

I høringen er det samlet sett støtte for å utvide kravene til logging for å inkludere hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort. Dette anses som et viktig tiltak for å styrke personvernet. Høringsinstansene peker samtidig på behovet for å adressere kostnader, teknologiske utfordringer og behovet for klare retningslinjer.

Høringsinstansene som støtter forslaget om å utvide kravene til logging mener at dette kan bidra til bedre kontroll og etterprøving av om delingen av opplysninger var nødvendig og relevant. Dette er viktig for å opprettholde personvernet og tilliten til helsetjenesten.

Flere instanser, som *Helsedirektoratet* og *Oslo universitetssykehus HF* ser positivt på at utvidet logging kan styrke personvernkontroller ved å gi en mer detaljert oversikt over hvilke opplysninger som er delt. Dette kan bidra til å avdekke og forhindre uautorisert tilgang til sensitive opplysninger. Helsedirektoratet foreslår i tillegg at krav om logg utvides til også å omfatte informasjon om rolle.

Helse Vest RHF stiller spørsmål ved hva forslaget tilfører ut over gjeldende rett. Noen instanser, som *Bærum kommune* og *Apotekforeningen*, uttrykker bekymring for at utvidet logging kan medføre økte kostnader og kreve betydelige teknologiske investeringer. De påpeker at det kan være nødvendig med oppgraderinger av eksisterende systemer for å håndtere de nye kravene.

Departementet opprettholder forslaget om at det skal fremkomme av loggen hvilke opplysninger eller dokumenter som er tilgjengeliggjort.

I praksis vil kravet hovedsakelig ivaretas gjennom automatisk logging av oppslag som gjøres i journalsystemene. Det som minst skal fremkomme av loggen følger av gjeldende pasientjournalforskrift § 14. Forslaget om å flytte denne paragrafen til loven, understreker viktigheten av at kravet til logging ivaretas. At det i tillegg foreslås å stille krav til at hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort skal inngå i loggen, er en utvidelse av dette. Det kan imidlertid anføres at det følger forutsetningsvis av pasientjournallovens krav til internkontroll og informasjonssikkerhet, og av personvernforordningen. Departementet vil presisere at kravet til at det

også skal fremkomme av logg hvilke opplysninger eller dokumenter som tilgjengeliggjøres ikke nødvendigvis forutsetter en oversikt over hver enkelt opplysning som er gjort tilgjengelig. Det er tilstrekkelig med grupper eller kategorier av opplysninger, eller dokumenter. Det kan være aktuelt å stille ytterligere krav til dokumentasjon av tilgjengeliggjøring for eksempel der opplysninger i andre virksomheter gjøres tilgjengelige, enn det som følger av forslaget til ny § 22 a. Det følger av paragrafens fjerde ledd at departementet kan regulere i forskrift nærmere krav om dokumentasjonen i logg.

Logging av oppslag i pasientjournalsystemene som gjøres mellom ulike virksomheter, forutsetter at helsepersonellets handlinger kan «følges» mellom virksomhetene. Virksomhetene kan ikke avtale løsninger som de facto innebærer at oppslags rettmessighet ikke kan vurderes, og således vil begrense pasientenes rettigheter. Oppslag må fremgå av loggen til virksomheten hvor opplysningene er journalført, og det må registreres tilstrekkelig informasjon hos virksomheten der oppslaget gjøres fra, slik at det enkelte oppslags rettmessighet kan overprøves. Departementet forutsetter at dette skjer automatisk og ikke vil innebære duplisering av ressursforbruk.

Annen tilgjengeliggjøring enn oppslag i pasientens journal som ikke automatisk logges, skal dokumenteres i pasientens journal. Dette kan for eksempel være tilfeller der opplysningene tilgjengeliggjøres muntlig i et arbeidsfellesskap jf. forslag til ny § 27.

Av forslag til ny § 25 tredje ledd i helsepersonelloven følger at det er helsepersonellet som skal motta opplysninger om pasienten i andre virksomheters pasientjournalsystemer, som har ansvaret for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. En viktig forutsetning for dette forslaget, er at virksomheten hvor vedkommende helsepersonell er tilknyttet, har ansvar for blant annet å forebygge urettmessige oppslag i journal gjennom virksomhetens internkontroll og informasjonssikkerhet, som styring gjennom rutiner, prosedyrer, logging av oppslag som gjøres i journalsystemene og etterfølgende kontroll av logg. Se også punkt 4.3.4.

Gjennomføring av etterfølgende kontroll av logger, for å kunne avdekke eventuelle urettmessige oppslag, forutsetter at den dataansvarlige har tilstrekkelig informasjon til å vurdere hvorvidt oppslaget var rettmessig. Eksempelvis kan dette være informasjon som genereres i virksomheten hvor oppslaget gjøres, og som overføres til den

dataansvarlige via mekanismen som autentiserer helsepersonellet. Dette betyr at begge virksomheter må ha en oversikt over oppslag i tilgjengeliggjorte pasientjournaler. Selv om den virksomheten som tilgjengeliggjør opplysningene ikke vil ha ansvaret for den konkrete vurderingen av om en tilgjengeliggjøring er rettmessig, er det en forutsetning at det følges opp og kontrolleres hvilke opplysninger det er foretatt oppslag i, selv om oppslaget er foretatt fra andre virksomheter. Den etterfølgende kontrollen må altså gjennomføres i et samarbeid. Det må for det første kontrolleres hvilke oppslag egne ansatte har foretatt, også i andre virksomheters journalsystemer. For det andre må hvilke oppslag som er foretatt i virksomhetens journalsystemer fra personell i andre virksomheter også følges opp. Loggkontroll ut fra disse to perspektivene skal utfylle hverandre og være egnet til å avdekke urettmessige oppslag.

Tilliten til et system der journalopplysninger deles på tvers av virksomheter forutsetter at den enkelte virksomhet har et systematisk forhold til etterkontroll av loggene. Departementet vil påpeke at det over lang tid har vært et lovkrav om tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll. Kravet ble presisert i pasientjournalloven § 22 i 2014. Departementet er kjent med at det over lang tid har pågått et arbeid i helseforetakene for å automatisere deler av den etterfølgende kontrollen.

Dersom den enkelte virksomhet ikke har et systematisk forhold til etterfølgende kontroll av loggene, bør virksomheten heller ikke legge til rette for økt tilgjengeliggjøring av helseopplysninger. Dette gjelder både tilgjengeliggjøring i egen virksomhet og mellom virksomheter. Virksomhetene har det overordnede ansvaret for at pasienters rett til taushet ivaretas. Departementet viser til pasientjournalloven § 7 om dataansvarliges ansvar for journalsystemene. I ansvaret ligger blant annet å forebygge urettmessige oppslag i journal, blant annet gjennom rutiner og prosedyrer og logging av oppslag som gjøres i journalsystemene. Se nærmere om virksomhetsansvaret og dataansvar i punkt 3.3.6.

Gode styringssystemer er en forutsetning for å oppnå og opprettholde egnet (forsvarlig) sikkerhetsnivå. I pasientjournalloven § 23 stilles det krav til den dataansvarliges internkontroll for å sikre og påvise at behandlingen utføres i samsvar med krav i personvernforordningen, personopplysningsloven og pasientjournalloven. Krav til internkontroll må også ses i sammenheng med krav til informasjonssikkerhet, jf. pasientjournalloven § 22.

I større systemer vil det være vanskelig å utføre etterfølgende kontroll av logger uten bruk av automatiserte analyser og varslinger (varslingssystem/logganalyse). Varslingssystem innebærer at det automatisk meldes om spesielle hendelser til ansvarlig virksomhet eller dataansvarlig, og virksomheten skal ha et system for kvalitets sikring av om uvanlige oppslag er ulovlige eller ikke. Virksomheten skal også ha system for varsling, og dersom det er gjort ulovlige oppslag skal pasienten varsles. Pasienter og brukere skal uansett kunne få innsyn i hvem som har sett på helseopplysninger i journalen og logg, jf. pasientjournalloven § 18 og forslag til ny § 22 a andre ledd.

Nåværende § 45 første ledd andre punktum i helsepersonelloven fastsetter krav til at det skal fremgå av journalen at (annet) helsepersonell er gitt helseopplysninger. Departementet foreslo i høringsnotatet at dette kravet ikke videreføres. Bestemmelsen har opphav i en tid hvor papirjournaler var vanlig. I en digital hverdag, hvor det også er bestemt at pasientjournaler skal føres elektronisk, mente departementet at pasientens interesse er bedre ivaretatt gjennom bestemmelsen om logg og rett til innsyn i logg.

Norges Optikerforbund påpeker at forslaget ikke vil ta opp i seg alle typer overføring av pasientinformasjon, for eksempel når dette gjøres over telefon. De mener behovet og omfanget av slik kommunikasjon er undervurdert.

Departementet ser at de praktiske utfordringene Norges Optikerforbund peker på er uheldige for enkelte virksomheter og foreslår derfor at forslaget ikke videreføres.

Departementet foreslår i stedet at det presiseres i ny § 22 a første ledd første punktum at tilgjengeliggjøringen enten må dokumenteres i logg eller nedtegnes i journal, avhengig av metoden opplysningene tilgjengeliggjøres på.

For å utvikle et godt system for automatisert loggkontroll, er departementet informert om at det er nødvendig å benytte informasjon fra Folkeregisteret. Uten tilgang til folkeregisterdata, inklusive den taushetsbelagte delen etter folkeregisterloven § 9-1, har den dataansvarlige begrensede muligheter for å avdekke snoking på nære relasjoner. Den største forekomsten av ulovlige oppslag er erfaringsmessig knyttet til personer i nære relasjoner og tidligere nære relasjoner.

De grovere tilfellene av illegitime oppslag er gjerne knyttet til familie- og nabokonflikter, sosial kontroll, barnefordelingssaker og samlivsbrudd. Det er også opplysninger om såkalt «stalking» av tidligere samboer eller tidligere samboers nye partner. Denne type oppslag er vanskelig å fange

opp med automatiserte løsninger, dersom det kun skal benyttes data om ansatt og pasient som er registrert i systemene til et helseforetak. Slike oppslag i dag avdekkes ofte av den registrerte selv ved at hen ved innsyn i logg ser hvem som har fått opplysningene tilgjengeliggjort. Det har også store begrensninger dersom man kun kan anvende individenes nåværende bostedsadresse. Det er antagelig også mangler ved adresse-registreringen. Etter det departementet forstår er den eneste sikre offentlige kilden til informasjon om slike relasjoner i Folkeregisteret. Dette kan også omfatte taushetsbelagt informasjon. Eksempelvis vil det være nødvendig med adressehistorikk fra Folkeregisteret for å avdekke illegitime oppslag i

journalen til den ansattes tidligere samboer. Tilsvarende gjelder tidligere samboers barn (ikke felles barn), som forutsetter både adressehistorikk og slektskap.

Departementet mener dette er forhold som er viktig å avdekke. Det er viktig at kvaliteten på kontrollen er god, noe som forutsetter tilgang på korrekte objektive data om relasjoner. Det følger av pasientjournalloven § 21 første ledd at den dataansvarlige kan innhente personopplysninger fra Folkeregisteret, når dette er nødvendig for å oppfylle den dataansvarliges plikter etter loven. Dette gjelder uten hensyn til om opplysningene er underlagt taushetsplikt etter folkeregisterloven.

5 Unntak fra taushetsplikten – helsepersonell uten behandlerrelasjon

5.1 Høringsforslaget

I høringsnotatet foreslo departementet at helsepersonellovens gjeldende § 25 a om helsefaglige arbeidsfelleskap og § 25 b om opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient slås sammen i en ny paragraf.

Gjeldende § 25 a i helsepersonelloven gir helsepersonell adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfelleskap for å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til andre pasienter. Etter § 25 b kan lege og tannlege som virksomheten utpeker, etter anmodning fra en lege eller tannlege, tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient for ytelse av helsehjelp til en annen pasient.

Departementet foreslo at det i helsefaglige arbeidsfelleskap også skal være lov å gjøre oppslag i pasientjournaler. Departementet foreslo videre at helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal kunne dele taushetsbelagte opplysninger for ytelse av helsehjelp til pasienter de ikke har en behandlerrelasjon til og at kravet om «etter anmodning» oppheves. I dag er denne delingsadgangen begrenset til leger og tannleger som virksomheten har utpekt.

Pasientens adgang til å motsette seg deling av opplysninger, som følger av de to bestemmelsene ble foreslått opprettholdt. Det ble også foreslått å presisere at opplysninger, så langt det er mulig skal gis uten at pasientens navn og fødselsnummer fremgår.

5.2 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene støtter forslaget. Dette gjelder blant annet *Helsedirektoratet*, *Helse Vest RHF*, *Oslo universitetssykehus HF*, *Den norske legeforening*, *Norges Optikerforbund* og *Bærum kommune*.

Helsedirektoratet mener forslaget vil styrke pasientsikkerheten og bidra til forsvarlig helsehjelp. Direktoratet uttaler at gjeldende regler ikke

i tilstrekkelig grad understøtter behovene i helse-tjenesten. Erfaringsutvekslinger mellom helsepersonell er en viktig forutsetning for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienter og bidra til pasientsikkerhet i virksomheten.

Helsedirektoratet støtter videre forslaget om å fjerne kravet om at helsepersonell må anmode om å få tilgjengeliggjort opplysninger, samt kravet om at virksomhetens ledelse skal utpeke hvilke helsepersonell som kan svare på anmodningen.

Helsedirektoratet legger til grunn at forslaget også vil hjemle situasjoner der helsepersonellet som yter helsehjelpen, fremfor å gjøre oppslag selv, konfererer med helsepersonellet som har hatt omspurte til behandling, og det er sistnevnte som gjør oppslag i pasientjournalen og formidler relevante og nødvendige opplysninger til helsepersonellet som har tjenstlig behov for opplysningene. Helsedirektoratet mener at det med fordel kan presiseres at dette dekkes av bestemmelsen, slik at man unngår tvil om at den som faktisk foretar oppslaget er berettiget til å tilegne seg opplysningene.

Oslo universitetssykehus HF sin erfaring er at dagens bestemmelse ikke i tilstrekkelig grad oppfyller sitt formål, fordi helsepersonell opplever å måtte ta det «på husken» og helsepersonell er usikre på muligheten til selv å slå opp i journal for å vise journalens innhold til de øvrige i arbeidsfelleskapet. Det er ikke alltid praktisk å skulle dele opplysninger uten å kunne vise arbeidsfelleskapet journalen, fordi deling av presise og detaljerte opplysninger vil være påkrevd i noen tilfeller.

Bærum kommune viser til at behovet for tilgang til helseopplysninger om andre pasienter i behandling av egen pasient, ikke kun er begrenset til leger og tannleger. Det er for eksempel også aktuelt for psykologer. Samtidig kan en slik utvidelse og forenkling medføre en risiko for at helsepersonell som ikke trenger informasjonen kan få dette. Det er derfor ekstra viktig å forsøke å forhindre dette ved å se på hvilke opplysninger den enkelte helsepersonellgruppe vanligvis vil trenge.

Bergen kommune er positiv til forslaget om å utvide kretsen til å inkludere alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Vilåret om at opplysningene må være relevante og nødvendige for ytelse av helsehjelp i en konkret behandlingssituasjon, ivaretar kravet om en forsvarlig deling av helseopplysninger. Kommunen er positiv til at kretsen av personer som har tilgang til opplysningene begrenses til autorisert helsepersonell og anser at dette er en logisk avgrensning av personkretsen som hindrer at den blir uhensiktsmessig vid.

Fagforbundet mener det særlig er positivt at det tydeliggjøres og at mulighetene utvides for at helsepersonell uten behandlerrelasjon kan dele opplysninger i et arbeidsfellesskap. Avgrensningen til leger og tannleger er til hinder for erfaringsutveksling mellom helsepersonell som kan komme pasientene til gode.

Optikerforbundet uttaler at det tidligere var klarere avgrensninger mellom profesjonene, noe som på grunn av kunnskap, teknologi og funksjon er i ferd med å viskes ut. Pasientinformasjon som tidligere kun hadde en nytteverdi for leger, vil i dag kunne ha nytteverdi for flere helsepersonell.

Enkelte høringsinstanser mener begrensningen til helsepersonell med autorisasjon eller lisens er for snever.

Oslo universitetssykehus HF uttaler at det i sykehus er personellgrupper som ikke er inkludert i autorisasjonsordningen, men som yter helsehjelp og dermed anses som helsepersonell og som har et like stort behov for å tilegne seg ulike pasientopplysninger. Innen fagfeltet medisinsk genetikk utføres mange genetiske veiledninger/utredninger av yrkesgruppen genetiske veiledere, som ikke har autorisasjon som helsepersonell. Behovet for genetisk veiledning har økt betydelig det siste tiåret og forventes å øke ytterligere. For å dekke behovet for veiledning, er det nødvendig med genetiske veiledere som kan avlaste leger med denne type oppgaver. Det vil medføre store utfordringer dersom denne yrkesgruppen ikke får de samme tilgangene til journalinnsyn, som helsepersonell med autorisasjon. I denne forbindelse vises også til at nåværende § 25 b opprinnelig ble etablert som en «støttebestemmelse» til ny hjemmel i pasientjournalloven § 9 a om et behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter. Begge bestemmelsene ble gitt i forbindelse med en lovendring i 2021, jf. Prop. 112 L (2020–2021) punkt 4.4)

Avdelingene for medisinsk genetikk ved Helse Bergen HF, Oslo Universitetssykehus HF, Sykehuset Telemark HF, St. Olavs hospital HF og Universitets-

sykehuset i Nord-Norge HF viser til at molekylærbiologer med ansvar for diagnostikk og prøvesvar-
tolkning kan ha utdanning som bioingeniør, som gir autorisasjon, men også mastergrad og/eller PhD i molekylærbiologi, som ikke gir lisens eller autorisasjon. Molekylærbiologer tolker genetiske varianter og om disse er sykdomsgivende eller ikke. I dette arbeidet er tilgang på helseopplysninger og tidligere prøvesvar er avgjørende. Høringsinstansene mener det er urimelig at molekylærbiologer med identiske arbeidsoppgaver, men ulik utdanningsbakgrunn, ikke skal ha samme tilganger. Det samme vil gjelde genetiske veiledere som ikke har en helsefaglig autorisasjon eller lisens. Disse høringsinstansene mener at krav om å være helsepersonell og tilknytning til konkrete behandlingssituasjoner er tilstrekkelige for å bevare personvernet, og at kravet om autorisasjon eller lisens må utgå.

Norsk Kiropraktorforening påpeker at det ved flere klinikker i privat praksis er ansatt sekretær som ikke er autorisert helsepersonell. Tjenstlig behov ivaretas av behandlende helsepersonell, selv om forespørselen kommer fra kontorpersonalet på vegne av helsepersonellet.

Datatilsynet påpeker at forslaget om å utvide adgangen til å dele opplysninger med helsepersonell uten behandlerrelasjon, vil innebære at en større gruppe autorisert helsepersonell vil kunne få tilgang til opplysninger om andre pasienter for å yte helsehjelp til egne pasienter. Tilsynet peker på at listen over autorisert helsepersonell i helsepersonelloven § 48 inkluderer 32 personellgrupper av til dels svært ulik karakter. Tilsynet stiller spørsmål ved hvorvidt alle personellgrupper bør ha mulighet til å gjøre selvstendige vurderinger av om de har tjenstlig behov for å gjøre oppslag i journalen til pasienter de ikke har en behandlerrelasjon til. Datatilsynet antar at for eksempel fottreapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, sykepleiere og leger har svært ulike behov for tilgang til journal. Ved en så betydelig økning av antall helsepersonell og personellgrupper som potensielt kan få tilgang til pasientjournaler, jo større er risikoen for urettmessige oppslag, enten disse skyldes tilsiktede eller utilsiktede feil. Tilsynet stiller derfor spørsmål ved om de personvernsmessige konsekvensene av forslaget er godt nok utredet og om forslaget er tilstrekkelig differensiert mellom ulike personellgrupper.

Forandringsfabrikken Kunnskapssenter mener at det bør inntas i lovteksten at barn under 18 år skal informeres når helsepersonell vurderer å tilgjengeliggjøre taushetsbelagte opplysninger og

informeres om at de kan motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelig.

Noen instanser, som *Bipolarforeningen* og *Norsk psykologforening*, uttrykker bekymring for at utvidelsen kan føre til unødig deling av sensitive opplysninger. De frykter at dette kan svekke pasientens personvern og tilliten til helsetjenesten.

Den norske tannlegeforening mener det fortsatt bør være pasientens lege eller tannlege som avgjør om taushetsbelagte opplysninger om pasienten kan brukes i behandlingen av andre pasienter.

5.3 Departementets vurderinger og forslag

5.3.1 Innledning

Departementet opprettholder forslaget om at gjeldende § 25 a og § 25 b i helsepersonelloven om helsefaglige arbeidsfellesskap og opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient, slås sammen i en ny bestemmelse, se forslaget til § 27 om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsepersonell uten behandlerrelasjon. Departementets inntrykk er at de fleste høringsinstansene er positive til forslaget.

Etter gjeldende § 25 a i helsepersonelloven har helsepersonell adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap for å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til andre pasienter. I medhold av gjeldende § 25 b kan lege og tannlege som virksomheten utpeker, etter anmodning fra en lege eller tannlege, tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient for ytelse av helsehjelp til en annen pasient, i en konkret behandlingssituasjon.

Felles for de to bestemmelsene er at de gjelder tilgjengeliggjøring av opplysninger om pasienter som ikke er i en behandlerrelasjon med det aktuelle helsepersonellet. Etter departementets oppfatning er dette to bestemmelser som formålsmessig passer sammen.

Forslag til ny § 27 regulerer helsefaglige arbeidsfellesskap og opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient. Det presiseres at opplysningene så langt det er mulig, skal gjøres tilgjengelig uten at pasientens navn og fødselsnummer fremgår. Retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring foreslås lovfestet i en ny § 29, se punkt 4.3.6.

Departementet foreslår ingen endringer i bestemmelsenes virkeområde. Formålet med tilgjengeliggjøringen kan også være å sikre forsvar-

lig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp i virksomheten. For å gi best mulig helsehjelp, må helsepersonell bygge sine helsefaglige avgjørelser på tidligere erfaringer, og det vil være en fordel å kunne dele helseopplysninger om konkrete pasienter med hverandre.

5.3.2 Helsefaglig arbeidsfellesskap

Departementet foreslår at tilgjengeliggjøring innen helsefaglige arbeidsfellesskap reguleres i ny § 27 første ledd bokstav a i helsepersonelloven.

Gjeldende § 25 a i helsepersonelloven gir som nevnt helsepersonell adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap for å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til andre pasienter. I lovforarbeidene er begrepet helsefaglig arbeidsfellesskap omtalt:

Innenfor gruppen helsepersonell er begrepet «helsefaglige arbeidsfellesskap» dynamisk i den betydning at det kan omfatte ulike typer arbeidsfellesskap, og ulike typer organisasjonsstrukturer. Ofte vil slikt arbeidsfellesskap være innen en og samme virksomhet, men det kan også på enkelte fagområder være på tvers av virksomheter. Morgenmøter og møter i andre vaktskiftesituasjoner vil være et typisk eksempel på et internt arbeidsfellesskap.

Prop. 112 L (2020–2021) punkt 5.3.1

Det presiseres i gjeldende bestemmelse at det ikke er adgang til å gjøre oppslag i pasientens journal. Det betyr at helsepersonell bare kan dele de opplysninger som helsepersonell allerede kjenner til, uten å måtte slå opp i pasientens journal.

Departementet ser at det er behov for å endre bestemmelsen slik at det blir adgang til å gjøre oppslag i pasientjournaler når dette er nødvendig for erfaringsutveksling. Flere høringsinstanser, som *Helsedirektoratet*, *Helse Vest RHF*, *Den norske legeforening* og *Norges Optikerforbund*, støtter forslaget. Flere mener at den foreslåtte endringen kan bidra til bedre samarbeid og koordinering av helsehjelp, noe som kan styrke pasientsikkerheten. *Helsedirektoratet* understreker viktigheten av at opplysningene som deles i et helsefaglig arbeidsfellesskap er korrekte og komplette. Dette er nødvendig for å kunne validere egne avgjørelser og sikre forsvarlig helsehjelp.

Formålet med erfaringsutvekslinger er å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienter og bidra til pasientsikkerhet. Erfaringsutvekslinger mellom helsepersonell er en viktig forutsetning

for læring og kunnskap om helsehjelpssituasjoner og behandlingsforløp. Helsepersonell har en plikt til å innhente bistand fra kolleger der dette er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd.

Departementet foreslår derfor at relevante og nødvendige opplysninger skal kunne gjøres tilgjengelige for helsepersonell i helsefaglige arbeidsfellesskap, jf. forslaget til ny § 27 første ledd bokstav a. Dette betyr at det vil være adgang til å gjøre oppslag i pasientjournaler. Endringen gjennomføres ved å benytte den teknologinøytrale terminologien «gjøres tilgjengelig» og ved at gjeldende § 25 a andre ledd om at det ikke kan «gjøres oppslag i journaler», oppheves.

5.3.3 Helsehjelp til en annen pasient

Departementet foreslår at adgangen til å dele opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient, lovfestes i en ny § 27 første ledd bokstav b i helsepersonelloven.

I medhold av gjeldende § 25 b i helsepersonelloven kan lege og tannlege som virksomheten utpeker, etter anmodning fra en lege eller tannlege, tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient for ytelse av helsehjelp til en annen pasient, i en konkret behandlingssituasjon. Bestemmelsen er snever ved at det må anmodes om opplysninger, og ved at den begrenser både hvem som kan anmode om opplysninger og hvem som kan besvare anmodningen. Etter gjeldende rett omfatter bestemmelsen kun leger og tannleger. Bestemmelsen gjelder henvendelser fra lege eller tannlege både utenfor og innenfor virksomheten.

Etter bestemmelsen kan det kun tilgjengeliggjøres opplysninger som er nødvendige for å yte helsehjelp til en annen pasient i en konkret behandlingssituasjon og etter en begrunnet «spørning» (anmodning). At bestemmelsen stiller krav om at kun en på forhånd utpekt lege eller tannlege kan besvare anmodningen, har vist seg å være vanskelig gjennomførbart i praksis og lite hensiktsmessig.

Departementet foreslår at kravet om «etter anmodning» oppheves. Dette betyr at det aktuelle helsepersonellet kun må anmode om tilgang der vedkommende ikke har aktuelle tilgangsrettigheter for å utføre sine ordinære arbeidsoppgaver og i samsvar med autorisasjon gitt av arbeidsgiver. Forslaget innebærer at en større gruppe helsepersonell med autorisasjon eller lisens gis mulighet til å få tilgjengeliggjort opplysninger om andre pasienter, for å yte helsehjelp til egne pasienter. Dette innebærer likevel ikke at alt helsepersonell

med autorisasjon eller lisens vil kunne få tilgjengeliggjort opplysninger etter bestemmelsen. Det er fortsatt et vilkår at helsepersonellet er i en konkret behandlingssituasjon med en pasient, og at opplysningene anses som relevante og nødvendige for å kunne yte helsehjelp til den andre pasienten. Dette må kunne godtgjøres ved en etterfølgende kontroll.

Departementet foreslår videre å oppheve kravet om at det kun er «lege og tannlege virksomheten utpeker» som kan tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient. *Helsedirektoratet* mener avgrensning til kun leger og tannleger ikke i tilstrekkelig grad understøtter behovene i helsetjenesten og viser til at formålet med bestemmelsen er å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienter og bidra til pasientsikkerhet i virksomheten. Direktoratet støtter også forslaget om å fjerne kravet om at virksomhetens ledelse skal utpeke hvilke helsepersonell som kan svare på anmodning.

Datatilsynet uttaler at en økning av antall helsepersonell og personellgrupper som potensielt kan få tilgang til pasientjournaler, vil øke risikoen for urettmessige oppslag, enten disse skyldes tilsiktete eller utilsiktede feil. Tilsynet stiller derfor spørsmål ved om de personvernmessige konsekvensene av forslaget er godt nok utredet og om forslaget er tilstrekkelig differensiert mellom ulike personellgrupper. Tilsynet antar at for eksempel foterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, sykepleiere og leger har svært ulike behov for tilgang til journal.

Departementet mener at avgrensningen i gjeldende § 25 b om at unntaket om tilgang til opplysninger om andre pasienter kun gjelder leger og tannleger, ikke i tilstrekkelig grad understøtter behovet i helsetjenesten. Også andre helsepersonellgrupper vil kunne ha behov for å lære av liknende tilfeller ved behandling av egne pasienter. Dette gjelder uavhengig av behandlingsnivå og av hvilke helsepersonell som er ansvarlig for den aktuelle behandling. For eksempel vil en sykepleier som behandler en pasient med diabetes og kompliserte brannsår som ikke vil gro kunne ha stor nytte av å få tilgang til opplysninger om liknende tilfeller fra en spesialisert sykehusavdeling. Videre vil helsehjelpsytelse ofte skje i form av et teamarbeid, hvor helsepersonell har ulike roller.

Departementet foreslår derfor at adgangen til å dele opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient, utvides til å gjelde helsepersonell generelt. Departementet foreslår imidlertid at utvidelsen begrenses til kun å gjelde helsepersonell som har autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48 a eller § 49. En avgrensning til

helsepersonell med autorisasjon eller lisens mener departementet er et personverntiltak som er med på å hindre at personkretsen blir for vid.

Departementet har merket seg innspillet fra avdelingene for medisinsk genetikk ved *Helse Bergen HF*, *Oslo Universitetssykehus HF*, *Sykehuset Telemark HF*, *St. Olavs hospital HF* og *Universitetssykehuset i Nord-Norge HF* om at molekylærbiologer med ansvar for diagnostikk og prøvesvar-tolkning kan ha utdanning som bioingeniør, som gir autorisasjon, men også mastergrad og/eller PhD i molekylærbiologi, som ikke gir lisens eller autorisasjon som helsepersonell. I arbeidet med medisinsk genetikk vil gjerne molekylærbiologer benyttes for å tolke genetiske varianter og om disse er sykdomsgivende eller ikke. I dette arbeidet er tilgang på helseopplysninger og tidligere prøvesvar avgjørende. Høringsinstansene påpeker at det er en utfordring at molekylærbiologer med identiske arbeidsoppgaver, men ulik utdanningsbakgrunn, ikke har samme tilgang.

Departementet ser at kravet i enkelttilfeller kan være uhensiktsmessig, samtidig som det er viktig å begrense kretsen som skal kunne ha denne form for tilgang. Departementet foreslår derfor en forskriftshjemmel for å kunne bestemme at enkelte personellgrupper uten autorisasjon eller lisens, men med særskilte oppgaver i konkrete behandlingsforløp, kan få gjort tilgjengelig opplysninger på samme vilkår som helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Dette betyr at for eksempel molekylærbiologer, som i arbeidet med medisinsk genetikk benyttes for å tolke genetiske varianter og om disse er sykdomsgivende, vil kunne omfattes.

Departementet presiserer at tilgjengeliggjøring av opplysninger etter den nye § 27 uansett skal være avgrenset til de tilganger (autorisering) det enkelte helsepersonell har i forbindelse med behandling av pasienter i de aktuelle virksomhetene. Dette kan for eksempel innebære at virksomheten organiserer seg på en slik måte at tilgjengeliggjøringen avhenger av at personellet har en spesifikk rolle eller oppgave og at det er utarbeidet rutiner i virksomheten for når tilgjengeliggjøring kan finne sted.

I dette ligger et krav til tjenstlig behov. Hva som vil anses som tjenstlige behov vil variere etter hvilken helsehjelp som utøves og etter helsepersonellens kompetanse, ansvar og rolle i pasientbehandlingen. For eksempel så vil en sykepleier normalt ikke ha behov for de samme opplysningene som en lege, for å yte helsehjelp. Det skal kun tilgjengeliggjøres opplysninger som er relevante og nødvendige for å understøtte pasientbe-

handling som det enkelte helsepersonellet gir. Se punkt 3.3.5 om tjenstlig behov. Flere høringsinstanser understreker viktigheten av at helsepersonell kun får tilgang til opplysninger når det er et klart tjenstlig behov.

Departementet vil presisere at forslaget til § 27 første ledd bokstav b også vil hjemle situasjoner der helsepersonellet som yter helsehjelpen, fremfor å gjøre oppslag selv, konfererer med helsepersonellet som har hatt omspurte til behandling, og det er sistnevnte som gjør oppslag i pasientjournalen og formidler relevante og nødvendige opplysninger til helsepersonellet som har tjenstlig behov for opplysningene.

5.3.4 Andre endringer

Det følger av gjeldende rett at opplysningene, så langt det er mulig skal gis «uten individualiserende kjennetegn», jf. Prop. 112 L (2020–2021) punkt 5.3.1. Departementet foreslår at dette endres til at opplysningene så langt det er mulig, skal gis «uten at pasientens navn og fødselsnummer fremgår». Dette følger av lovforslaget § 27 andre ledd.

Noen høringsinstanser foreslår at det bør være mekanismer på plass for å sikre at pasienter informeres om når opplysninger om dem brukes i behandling av andre pasienter, og at de har mulighet til å motsette seg dette der det er mulig.

Pasienten kan motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger. Departementet foreslår at dette videreføres i ny § 29, se punkt 4.3.6.

Det er et ønske om tydeligere retningslinjer og opplæring for helsepersonell for å sikre at unntak fra taushetsplikten brukes korrekt og i tråd med lovens intensjoner. Dette er viktig for å unngå misbruk og sikre at pasientens rettigheter ivaretas.

Gjeldende § 25 b i helsepersonelloven fastsetter krav til at det skal fremgå av journalen hvem opplysninger har blitt utlevert til og hvilke opplysninger som har blitt utlevert. Departementet foreslår at kravet om at det skal fremgå av journalen ikke videreføres i denne bestemmelsen. Departementet mener formålet med dette kravet er ivarettatt med forslag til ny § 22 a i pasientjournalloven om at tilgjengeliggjøring av helseopplysninger etter pasientjournalloven og helsepersonelloven skal dokumenteres. Dette kan skje i logg eller ved nedtegnelse i pasientjournalen. At det også kan nedtegnes i pasientjournalen, vil ivareta utfordringen ved at ikke all tilgjengeliggjøring vil skje digitalt og sporbart. Det vil fremdeles deles informasjon muntlig og per telefon. Dette kan bidra til å

sikre sporbarhet og etterprøving av tilgang til opplysninger. Pasienten vil ha rett til innsyn etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 og pasientjournalloven § 18, jf. pasientjournalforskriften § 14. Departementet gjør oppmerksom på at det ikke skal være krav til registrering av hvem opplysningene er gjort tilgjengelige for i et helsefaglig arbeidsfellesskap etter § 27 første ledd bokstav a.

Departementet viser til pasientjournalloven § 7, der det er presisert at virksomheten skal

sørge for at behandlingsrettede helseregistre er utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Dette omfatter blant annet krav til logg og systematisk etterfølgende kontroll av logg. Se mer om logg i punkt 4.3.7 og krav til personvern og informasjonssikkerhet i punkt 8.5.

6 Unntak fra taushetsplikten for kvalitetsforbedring, undervisning, ekstern veiledning, forskningsdeltakelse mv.

6.1 Høringsforslaget

Departementet foreslo i høringsnotatet å samle flere unntak fra taushetsplikten som gjelder opplysninger til andre formål enn helsehjelp (internkontroll, kvalitetsforbedring, undervisning, mv.), i én ny bestemmelse som skulle erstatte gjeldende unntak i § 25, § 26, § 29 c, § 29 d og § 29 e.

Departementet foreslo et nytt unntak om at opplysninger skal kunne gis til helsepersonell som er ekstern veileder for gjennomføring av vedtak om faglig pålegg eller begrenset autorisasjon.

Departementet foreslo også et nytt unntak for å kunne benytte pasientjournaler til å identifisere og kontakte potensielle deltakere til forskningsprosjekter.

Gjeldende § 29 e i helsepersonelloven fastsetter en adgang til å gjøre oppslag i pasientjournal for undervisningsformål. Departementet foreslo å utvide gruppen som kan gis anledning til å gjøre oppslag i pasientjournaler for finne opplysninger som er egnet for undervisningsformål, fra å bare gjelde leger og tannleger til å gjelde alt helsepersonell med undervisningsansvar.

Et annet forslag var å utvide gjeldende § 26 første og andre ledd om opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten, til også å omfatte en adgang til å utarbeide statistikk uten hinder av taushetsplikten.

Departementet foreslo at unntaket i gjeldende § 26 om bruk av helseopplysninger til intern kvalitetssikring, også skal omfatte tilgang til opplysninger fra andre virksomheter om egne pasienter når det er nødvendig for kvalitetsforbedring av behandlingsforløp. Departementet foreslo også å harmonisere begrepsbruk og endrer uttrykket «kvalitetssikring» i gjeldende § 26 og § 29 c, til «kvalitetsforbedring». Dette er ingen materiell endring.

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring i samsvar med gjeldende unntaksregler. Departe-

mentet foreslo også at pasienten skulle ha adgang til å motsette seg tilgjengeliggjøring for kvalitetsforbedring av behandlingsforløp etter den nye bestemmelsen om opplysninger om egne pasienter fra andre virksomheter. Pasienten har ikke en slik adgang i dag ved tilgjengeliggjøring mellom virksomheter som har felles pasientjournal. Dette ble foreslått videreført selv om opplysningene overføres til en virksomhet der pasienten ikke er eller har vært pasient. I tillegg ble de foreslått en rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring etter den nye bestemmelsen om ekstern veiledning. Departementet foreslo derimot ingen rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring etter den nye bestemmelsen om forskning.

Øvrige deler av den foreslåtte bestemmelsen er en samling og videreføring av gjeldende unntaksregler.

6.2 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstansene støtter forslagene om utvidelse av unntakene fra taushetsplikten. Noen etterlyser også ytterligere utvidelser enn de som departementet fremmet i høringsnotatet.

Helse Midt-Norge RHF mener at det behov for ytterligere vurdering av hvordan pasientenes rettigheter og sikkerhet kan ivaretas, samtidig som administrativ byrde og risiko for misbruk minimeres. Det er flere problematiske sider, særlig knyttet til personvern og taushetsplikt. Utvidet tilgang til pasientdata kan utfordre prinsippet om at helseopplysninger kun brukes til opprinnelig formål, og mange pasienter vil oppleve dette som personverninnngripende. Krav om logging, ledelsesforankring og tjenstlig behov kan bidra til å begrense misbruk, men øker samtidig den administrative kompleksiteten. Dette kan også skape risiko for feilbruk, særlig i kommersielle samarbeid med legemiddelfirmaer. Samlet sett kan de foreslåtte unntakene i verste fall gjøre regelverket komplisert og krevende å implementere for helse-

personell og forskere, samtidig som de potensielt svekker pasientenes rettigheter og personvern.

Flere mener at den foreslåtte bestemmelsen er for omfattende og utilgjengelig.

Det gjøres nærmere rede for høringssvarene i punkt 6.3 om departementets vurderinger av de enkelte endringsforslagene.

6.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår nye paragrafer i helsepersonelloven § 28 og § 29 a som samler og erstatter lovens unntak fra taushetsplikten der opplysningene skal brukes til kvalitetsforbedring, undervisning, digital bistand, internkontroll mv. De nye bestemmelsene er hovedsakelig en videreføring av gjeldende unntaksregler, men unntakene er også utvidet på enkelte områder. Departementet opprettholder i hovedsak forslagene som ble fremmet i høringsnotatet, men med enkelte lovtekniske og språklige endringer.

6.3.1 Opprydning og samling av unntaksreglene

Departementets forslag i høringsnotatet var ment som en opprydning og samling av flere unntaksregler. Departementet oppfatter at det generelt er støtte for formålet med endringene. Det er imidlertid bekymringer for at bestemmelsen kan bli for kompleks og uoversiktlig, noe som kan gjøre det utfordrende å gjennomføre i praksis.

Departementet mener at det å samle unntaksbestemmelsene vil gi en bedre oversikt når den nye systematikken er blitt bedre kjent. Det er imidlertid gjort noen lovtekniske og språklige justeringer i forhold til det forslaget som ble sendt på høring, for å gjøre reglene klarere og mer tilgjengelig. Departementet foreslår blant annet å beholde reglene om unntak fra taushetsplikten for opplysninger til virksomhetens ledelse for internkontroll, kvalitetsforbedring mv i helsepersonelloven i én bestemmelse (ny § 29 a), og å samle de øvrige unntakene i en ny § 28.

Bestemmelsene fastsetter flere unntak fra taushetsplikten for tilgjengeliggjøring av opplysninger. Med tilgjengeliggjøring menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige på. Se punkt 4.3.2.

6.3.2 Kvalitetsforbedring, internkontroll mv.

Opplysninger til virksomhetens ledelse

Departementet foreslår å videreføre reglene om opplysninger til virksomhetens ledelse i en ny § 29 a i helsepersonelloven. Det foreslås også enkelte endringer, blant annet å utvide adgangen til å dele opplysninger mellom virksomheter.

Gjeldende § 26 første ledd i helsepersonelloven fastsetter unntak fra taushetsplikten for bruk av helseopplysninger internt i en virksomhet for ytelse av helsehjelp, internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene kan gis til virksomhetens ledelse, som kan være det enkelte helseforetak, den enkelte kommune eller fastlege. Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for at tjenesten kan planlegges og gjennomføres på en rasjonell og kvalitativt forsvarlig måte. Ved samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven § 9 kan slike opplysninger også gis til ledelsen i samarbeidende virksomhet, jf. gjeldende § 26 andre ledd.

Dette unntaket fra taushetsplikten henger blant annet sammen med at den enkelte virksomhet har en plikt til å organisere seg slik at driften er forsvarlig. Dette er et ledelsesansvar. Den enkelte virksomhet skal planlegge og organisere driften og sikre at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Se også krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser til at forslaget om utvidelser får støtte i høringen, blant annet av *Helsedirektoratet*, *Helse Nord RHF*, *Vestre Viken HF*, *Oslo universitetssykehus HF*, *Senter for klinisk dokumentasjon (SKDE)*, *Helseplattformen AS*, *Bærum kommune*, *Den norske legeforening*, *Norsk kiropraktorforening* og *Luftambulansetjenesten HF*.

Departementet foreslo i høringsnotatet at unntaksreglene i gjeldende § 26 skulle slås sammen med andre unntaksregler. Flere høringsinstanser uttaler at den foreslåtte bestemmelsen var svært omfattende og uoversiktlig. Departementet foreslår derfor å beholde unntaksreglene i gjeldende § 26 i en ny § 29 a, og samle andre unntak i en ny § 28.

Kvalitetsforbedring

Departementet foreslår å endre ordlyden fra begrepet «kvalitetssikring» til «kvalitetsforbedring». Begrepet kvalitetsforbedring er knyttet til en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt

eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Dette vil også omfatte plikten til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødige skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser, og innebærer blant annet å identifisere svikt og risikoområder som grunnlag for å forhindre og unngå unødige pasientskader.

Bergen kommune påpeker at denne endringen i sterkere grad leder fokus mot den kontinuerlige prosessen for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket, og forbedringen vedvarer. Dette vil også omfatte plikten til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet.

I den nye bestemmelsen brukes også begrepet «intern kvalitetsforbedring», som en motsetning til kvalitetsforbedring av behandlingsforløp mellom virksomheter, se nedenfor om deling av opplysninger mellom virksomheter.

Utarbeidelse av statistikk

For å få sikre samsvar med plikter pålagt i lov og forskrift og unntak fra taushetsplikt for å oppfylle disse forpliktelsene, kan utarbeidelse av statistikk være et nyttig og nødvendig verktøy. Virksomheten kan ha behov for å bruke opplysninger fra journalsystemet i statistisk form for internkontrollformål.

Departementet foreslår derfor å lovfeste i § 29 a en adgang til å tilgjengeliggjøre opplysninger for virksomhetens ledelse når disse skal brukes til utarbeidelse av statistikk.

Bestemmelsen vil gi unntak fra taushetsplikten og behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen for å kunne overføre opplysningene til virksomhetens ledelse. Unntaket gjelder deling av opplysninger som danner grunnlaget for statistikken. Tilsvarende unntak er foreslått fastsatt i ny forvaltningslov, se Prop. 79 L (2024–2025), jf. forslaget til § 34 bokstav j.

Virksomhetens ledelse vil kunne bruke opplysningene til å utarbeide statistikk som et ledd i gjennomføringen av sine plikter og oppgaver, for eksempel kvalitetssikring eller styring av tjenesten. Det følger av Prop. 56 LS (2017–2018) punkt 32.3.1 at lovfestede oppgaver og plikter vil kunne gi supplerende rettsgrunnlag etter personvernforordningen for ledelsens bruk av opplysningene til å utarbeide statistikk i gjennomføring av disse oppgavene. Det understrekes samtidig at det etter forordningens system beror på en nær-

mere vurdering i det enkelte tilfelle i hvilken utstrekning behandling kan skje.

Utarbeidet statistikk er ikke underlagt taushetsplikt og kan deles fordi opplysningene er anonyme.

Deling av opplysninger mellom virksomheter

På bakgrunn av behovet for kvalitetsforbedring av helsetjenester på tvers av virksomheter, foreslår departementet å utvide unntaket i gjeldende § 26 i helsepersonelloven slik at den også omfatter behandlingsforløp på tvers av virksomheter. Departementet foreslår et nytt unntak fra taushetsplikten som vil gi virksomhetens ledelse adgang til å få bruke opplysninger om pasienter i andre virksomheter, til kvalitetsforbedring av behandlingsforløp, jf. ny § 29 a andre ledd.

Flere høringsinstanser mener at den foreslåtte utvidelsen av unntaksadgangen er viktig for å sikre forsvarlige pasientforløp og kvalitetsforbedring på tvers av virksomheter.

Helse Nord RHF anser endringene som nødvendige for å legge bedre til rette for arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. For å utføre rutinemessig kontroll av helsehelte pasientforløp er det nødvendig med tilgang til opplysninger om behandling gitt både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Tilgangen bør ikke begrenses til bare å gjelde tidskritiske og spesialiserte pasientforløp. Svært mange pasientforløp går på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste, og det er særlig risiko for svikt i helsehjelpen i overgangene mellom forvaltningsnivåene.

Oslo universitetssykehus HF mener at endringen er nødvendig for å kunne arbeide med kvalitetsforbedring av hele behandlingsforløp for pasienter som mottar helsehjelp fra flere virksomheter. Sykehuset erfarer at arbeidet med avvik i pasientbehandlingen og oppfølging av disse når helsehjelpen er ytt flere steder er krevende på grunn av dagens regler om taushetsplikt.

Senter for klinisk dokumentasjon (SKDE) mener at kvalitetsforbedring på tvers av virksomheter er viktig for å sikre forsvarlige pasientforløp.

Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør påpeker viktigheten av at virksomheter som yter helsehjelp har nødvendig tilgang til helseopplysninger om egne pasienter for å kvalitetssikre helsehjelpen de tilbyr. Det er riktig at tilgangen utvides til også å gjelde opplysninger om egne pasienter fra annen virksomhet, når det er nødvendig for å kvalitetssikre helsehjelpen i behandlingsforløp som involverer flere instanser.

Departementet viser til at virksomhetene har en plikt til å legge til rette for å samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet behandlingstilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. For å ivareta dette ansvaret skal det inngås samarbeidsavtaler, blant annet om retningslinjer i tilknytning til innleggelse, utskrivning og habilitering.

For kvalitetsforbedring av helhetlige og samordnede behandlingsforløp og ivareta pasientsikkerheten i overføring mellom behandlingsnivåene, vil det kunne være nødvendig å bruke helseopplysninger på tvers av virksomheter.

Bruk av helseopplysninger fra tidligere behandlede pasienter kan være en viktig forutsetning for kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Det kan være behov for kvalitetsforbedring på tvers av tjenester, særlig der behandlingsforløpet er nært knyttet mellom virksomheter med ulikt behandlingsansvar i forløpet, og der virksomhetene samarbeider om tidskritiske og spesialiserte behandlingsforløp. Slike virksomheter er spesielt avhengige av et tett samarbeid for å kunne sikre pasienten et forsvarlig forløp. Dette forutsetter også et samarbeid om kvalitetsforbedringsarbeidet. Det kan også være samarbeid mellom en virksomhet med nasjonal eller regional funksjon og en virksomhet på et annet behandlingsnivå. Et eksempel på slikt kvalitetsforbedringsarbeid på tvers av virksomheter er de etablerte regionale perinatalkomiteene, som skal bidra til kvalitetsforbedring i svangerskaps-, fødsels- og neonatalsorgen ved å identifisere områder med risiko for svikt, forbedringsområder og understøtte fagmiljøenes kvalitetsfremmende arbeid.

Med de endringene som foreslås vil bestemmelsen dekke utveksling av informasjon for å gjennomgå en alvorlig hendelse som har skjedd i et forløp som omfatter flere virksomheter. Departementet viser her til arbeidet med ny meldeordning, jf. Prop. 121 L (2024–2025).

Formålet er at virksomhetene som samarbeider om tidskritiske og spesialiserte pasientforløp også kan oppfylle lovkrav til kvalitetsforbedring og ivareta pasientsikkerheten. Kvalitetsforbedring av behandlingsforløp mellom samarbeidende virksomheter kan være helt nødvendig for at pasientene skal kunne tilbys en sammenhengende og helhetlig helsetjeneste. Risikoen for svikt er særlig stor ved overføring av pasienter mellom de ulike tjenestenivåene og der flere aktører eller flere nivåer er involvert i behandling. Kvalitetsfor-

bedring av pasientforløp inkluderer også å bedre pasientsikkerheten gjennom hele forløpet.

Pasienten skal som etter gjeldende rett, ikke ha rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring, se punkt 6.3.6.

6.3.3 Oppslag i journal for undervisningsformål

Utvidelse av gruppen helsepersonell som skal kunne gjøre oppslag

Gjeldende § 29 e i helsepersonelloven gir en begrenset adgang til å gjøre oppslag i journal for å kunne vurdere om en pasients helseopplysninger egner seg for undervisning. Adgangen til å gjøre oppslag er forbeholdt leger og tannleger, og det er videre en begrensning i at legen eller tannlegen kun kan gjøre oppslag om en pasient som er eller har vært til behandling ved sykehusavdelingen eller tannklinikken hvor legen eller tannlegen arbeider. Dette innebærer ifølge forarbeidene at det for eksempel ikke kan gjøres journaloppslag mellom fagområder eller i andre helseforetak (Prop. 112 L (2020–2021) punkt 6.3).

Departementet foreslår i en ny § 28 første ledd bokstav b, å utvide gruppen helsepersonell som kan gis anledning til å slå opp i pasientjournaler for finne opplysninger som er egnet for undervisningsformål. Gruppen som skal kunne gjøre oppslag i journal for undervisningsformål, utvides fra bare å gjelde leger og tannleger til å gjelde alt helsepersonell med undervisningsansvar i virksomheten der pasienten har fått helsehjelp.

De fleste instansene som har uttalt seg om dette støtter forslaget (*Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Bærum kommune, Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, Universitetet i Oslo, Avdeling for allmennmedisin og Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo, Norsk Kiropraktorforening mfl.*).

Avdeling for allmennmedisin og Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo viser til at oppslag i pasientjournal for undervisningsformål har vært ansett ivaretatt for allmennleger. De to avdelingene ser at det i situasjoner på fastlegekontoret, legevakt, helsestasjon eller sykehjem kan være hensiktsmessig at annet helsepersonell samarbeider i undervisningssituasjoner. Det er mer og mer vanlig med «hverandre-vurdering» innenfor moderne praksisundervisning, og det vil derfor være hensiktsmessig for medisinstudenter i praksis om de kan gjøre oppslag i pasientjournal på praksisstedet for undervisningsformål.

Universitetet i Oslo mener at det vil vanskelig gjøre svært viktig undervisning dersom undervisere som ikke er ansatt ved helseforetakene, ikke kan ha tilgang til klinisk viktige journalopplysninger om pasient som skal delta i den kliniske undervisningen. Det er viktig for sektorsamarbeidet om undervisning i kliniske fag at dette presiseres. Dersom tilgang til journalopplysninger begrenses til å gjelde det fagområdet som underviseren er en del av, vil det innebære redusert kvalitet og forsvarlighet i klinisk pasientrettet undervisning. Dette vil stride mot høringsforslagets intensjon om å tilrettelegge for forsvarlig opplæring. Forsvarlig opplæring innen medisin er god kunnskap om samhandling.

Noen høringsinstanser advarer imidlertid mot å utvide gruppen som skal kunne gjøre oppslag i pasientjournaler for undervisningsformål (*Helse-direktoratet, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehuset Innlandet HF mfl.*). *Helsedirektoratet* er enig i at avgrensningen slik den er i dag, ikke i tilstrekkelig grad sikrer forsvarlig utdanning av helsepersonell eller helsefaglige studenter. Direktoratet mener imidlertid at utvidelsen bør begrenses til helsepersonell som har autorisasjon eller lisens. Dette vil ifølge direktoratet være et personverntiltak som vil være med på å hindre at personkretsen som gis tilgang til opplysninger blir for vid. *Universitetssykehuset Nord-Norge HF* viser til viktigheten av å sikre sykehusets tillit blant pasienter og befolkning. Det virker ifølge sykehuset ikke betryggende at en potensielt stor gruppe helsepersonell, skal få hjemmel til å gjøre så vidt åpne søk som det denne bestemmelsen gir grunnlag for. De er derfor usikre på om den foreslåtte den personellmessige avgrensningen gjør at utvidelsen ikke overstiger ulempene for den enkeltes personvern.

Departementet mener at adgangen til å gjøre oppslag for undervisningsformål, slik den er avgrenset i dag, ikke i tilstrekkelig grad sikrer forsvarlig utdanning av helsepersonell eller helsefaglige studenter. Det stilles store krav til kompetanse og faglighet, også for andre helsepersonellgrupper enn leger og tannleger. Også andre helsepersonellgrupper driver undervisning innenfor sitt fagfelt, og det gis undervisning i andre helseinstitusjoner enn kun sykehus og tannklinikker. Departementet mener det er behov for at flere grupper helsepersonell gis en tilsvarende adgang til å finne pasienttilfeller som egner seg til undervisning. Adgangen til å bruke reelle eksempler i undervisningen, vil gjøre undervisningen mer presis innenfor det enkelte fagfeltet og dermed bidra til bedre opplæring. Reelle eksempler, sær-

lig om situasjoner som har, eller nesten har fått alvorlige konsekvenser for pasienten, vil bidra til å presisere hva virksomheten må gjøre annerledes for å ivareta krav til faglig forsvarlighet innen ulike fagområder. De praktiske eksemplene vil dermed også understøtte internkontrollen.

Departementet viser til tidligere uttalelse i Prop. 112 L (2020–2021):

Departementet har merket seg at flere høringsinstanser mener at også andre helsepersonellgrupper bør omfattes av bestemmelsen. Departementet ser at andre helsepersonellgrupper også vil kunne ha nytte av å kunne anvende bestemmelsen. Departementets har imidlertid kommet til at nytten av en slik utvidelse ikke overstiger ulempene for pasientens personvern.

Helsepersonelloven § 29 e har vært gjeldende rett i noen år. Departementet vurderer nå at det er gode grunner til å utvide gruppen helsepersonell, samtidig som den personellmessige avgrensningen sikrer at en slik utvidelse ikke overstiger ulempene for den enkeltes personvern.

Unntaket skal etter forslaget gjelde alle grupper av helsepersonell. Dette vil først og fremst være personell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48 a eller § 49. Det vil imidlertid også kunne være annet personell som yter helsehjelp eller elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring gir helsehjelp jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd. Dette betyr også at muligheten til oppslag ikke vil være begrenset til kun sykehusavdeling eller tannklinikkk.

Helsepersonellet må arbeide i virksomheten

Selv om forslaget innebærer at en større gruppe helsepersonell gis mulighet til slå opp i pasientjournaler for å finne opplysninger til undervisningsformål, betyr dette ikke at alt helsepersonell gis denne muligheten.

Departementet mener at det bør stilles krav til hva slags tilknytning helsepersonellet har til virksomheten der pasientene har fått behandling og opplysningene er journalført. *Oslo universitetssykehus HF* mener at universitetsansatte som ikke arbeider i virksomheten, også bør kunne gjøre oppslag i journal for undervisningsformål. Departementet mener at adgangen fortsatt bør være begrenset til helsepersonell som arbeider i virksomheten. Dette foreslås presisert i bestemmelsen.

Undervisningsansvar – tjenstlig behov

Departementet foreslår også at helsepersonellet må ha et undervisningsansvar, uavhengig av hvilken virksomhet det er tale om, og det skal kun være tillatt å gjøre oppslag for å finne opplysninger som egner seg for å sikre en forsvarlig undervisning.

Bestemmelsen skal bare gjelde opplysninger om pasienter som har vært til behandling i den virksomheten der det aktuelle helsepersonellet arbeider. Det skal fortsatt ikke kunne gjøres journaloppslag i andre virksomheter. Det er imidlertid ikke et krav at den som skal undervise tidligere har gitt helsehjelp til pasienten. Dette kan etter omstendighetene bety at helsepersonellet også får tilgjengeliggjort opplysninger fra andre avdelinger eller fagområder.

Det er virksomheten der helsepersonellet utfører sine arbeidsoppgaver som må autorisere personellet og gi tilganger som er nødvendig for at disse kan utføre sine arbeidsoppgaver. Det må være en forutsetning at helsepersonellet har et tjenstlig behov for å få opplysningene. Hva som anses som tjenstlig behov må i denne sammenheng knyttes til det enkelte helsepersonellts undervisningsansvar. I utgangspunktet vil det være naturlig at helsepersonell har undervisningsansvar for personell og helsefaglige studenter i samme profesjon eller som utfører samme type helsehjelp, som helsepersonellet selv. Muligheten til å søke i pasientjournaler etter opplysninger som er egnet for undervisning, bør være avgrenset til de tilganger det enkelte helsepersonell har i forbindelse med behandling av pasienter, jf. pasientjournalforskriften § 13. Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger («sno-king») er, og vil fortsatt være, ulovlig og straffbart, jf. forslag til ny § 21 andre ledd bokstav d og § 67 i helsepersonelloven. Se punkt 3.3.5 om tjenstlig behov.

Det vil etter forslaget kun være tillatt med oppslag for å finne relevante og nødvendige opplysninger for undervisningssituasjonen. Det skal være opp til virksomheten å vurdere om helsepersonellet har et tjenstlig behov ut fra undervisningsformål for å kunne gjøre oppslag i journalen etter bestemmelsen. Dette følger av det lovfestede kravet om at opplysningene må være relevante og nødvendige for å sikre forsvarlig utdanning, jf. forslaget til § 28 andre ledd første punktum.

Departementet legger til grunn at tilgjengeliggjøring for undervisningsformål i utgangspunktet skal følge de tilgangsrettighetene helsepersonellet ellers har i sitt arbeid. Tilgang til journalen

etter denne bestemmelsen må, på samme måte som annen tilgang til journalen, fremgå av det aktuelle helsepersonellts autorisasjon/tilgangsrettigheter, jf. pasientjournalforskriften § 13 som sier at «(b)ehandling av journalopplysninger skal baseres på bestemte tildelte tillatelser til å lese, registrere, redigere, rette, slette, sperre eller på annen måte behandle opplysninger i journalen (autorisasjon)». Helsepersonell som ikke har en slik tilgangsrett vil heller ikke ha rett til å tilgjengeliggjøre seg opplysninger etter ny § 28 første ledd bokstav b i helsepersonelloven. Departementet mener at virksomheten gjennom dette, krav til internkontroll og informasjonssikkerhet, som styring gjennom rutiner og prosedyrer og logging av oppslag som gjøres i journalsystemene, vil ivareta sitt ansvar for blant annet å forebygge urettmessige oppslag i journal. Se mer om krav til personvern og informasjonssikkerhet i punkt 8.5.

Ikke adgang til å dele opplysningene videre

Departementet presiserer at bestemmelsen kun åpner for at personell med undervisningsansvar kan gjøre oppslag i journalen eller at opplysningene tilgjengeliggjøres for helsepersonellet på andre måter. Bestemmelsen skal fortsatt ikke gi unntak fra taushetsplikten for at personellet kan dele opplysningene videre. Opplysninger som brukes i undervisningen må være anonymisert.

Språklig endring

Departementet foreslår en språklig endring, hvor «opplæring» i gjeldende bestemmelse, endres til «utdanning». Dette for å en bedre helhet og sammenheng mellom de ulike bestemmelsene og unngå dobbeltregulering. Tilgang for opplæringsformål er regulert i forslaget til ny § 27.

6.3.4 Opplysninger til ekstern veileder

Departementet foreslår et nytt unntak fra taushetsplikten i ny § 28 første ledd bokstav c i helsepersonelloven. I forslaget presiseres at i de tilfellene der det brukes en ekstern veileder for å følge opp vedtak om faglig pålegg eller begrenset autorisasjon jf. helsepersonelloven § 56 og § 59, kan helseopplysninger som er nødvendig for gjennomføringen av det faglige pålegget eller vilkår for begrenset autorisasjon tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt.

Tilsynsmyndighetene kan gi pålegg til helsepersonell om å gjennomføre tiltak for å heve sin kompetanse jf. helsepersonelloven § 56. Reaksjo-

nen «faglig pålegg» har til en viss grad erstattet den tidligere reaksjonen «advarsel». Statens helsetilsyn kan også begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår jf. helsepersonelloven § 59. I forarbeidene til helsepersonelloven § 56, Prop. 57 L (2021–2022) punkt 6.5.2, er det forutsatt at det kan benyttes ekstern veileder:

Departementet vil påpeke at et faglig pålegg kan ilegges helsepersonell uavhengig av ansettelsesforhold. [...] Utformingen og oppfølgingen av det faglige pålegget må fra tilsynsmyndighetenes side tilpasses helsepersonellens arbeidssituasjon, for eksempel ved bruk av en ekstern veileder og tettere oppfølging fra tilsynsmyndighetenes side av at de faglige påleggene blir gjennomført.

Veiledning vil ofte også være aktuelt ved en begrenset autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 59. For personell i en større virksomhet, vil dette kunne løses ved bruk av interne veiledningsressurser. For en stor gruppe helsepersonell som fastleger og avtalespesialister, vil veiledning fra en ekstern veileder være eneste mulighet for at helsepersonellet skal kunne heve sin kompetanse.

Forslaget får støtte i høringen (*Statens helsetilsyn, Helsedirektoratet, Den norske legeforening, Bærum kommune mfl.*). Statens helsetilsyn mener det foreslåtte unntaket fra taushetsplikten vil bidra til å styrke kvaliteten på helsepersonellens forbedringsarbeid, ved å legge til rette for effektiv oppfølging og gjennomføring av faglige pålegg og begrensede autorisasjoner. Helsetilsynet mener forslaget balanserer behovet for faglig oppfølging med pasientenes rett til personvern, ved å gi dem mulighet til å motsette seg deling av opplysninger. Helsedirektoratet mener et slikt unntak vil understøtte tilsynets arbeid og adgangen til at helsepersonell kan oppfylle faglig pålegg fra tilsynsmyndigheten.

En ekstern veileder vil ha en sentral rolle i helsepersonellens forbedringsarbeid. I mange tilfeller kan det være nødvendig for veilederen å gjennomgå konkrete behandlingsforløp eller journalnotater. For at veiledningen skal være effektiv, er det en forutsetning at den eksterne veilederen kan lese journalnotater som det aktuelle helsepersonellet har skrevet. Når veiledning skal gis over en viss tid, kan det bli snakk om et stort antall pasienter. Veiledere vil alltid være helsepersonell, og vil derfor ha taushetsplikt om opplysningene de blir gjort kjent med i kraft av å være veileder, men de behandler ikke pasienten.

Det har blitt stilt spørsmål ved om hjemmelsgrunnlaget for både å utlevere opplysningene og den eksterne veilederen har for å motta helseopplysninger er tilstrekkelig. Dette spørsmålet ble ikke eksplisitt omtalt i forarbeidene til helsepersonelloven § 56.

Formålet med reaksjoner etter denne bestemmelsen er å legge til rette for at helsepersonell kan forbedre yrkesutøvelsen. Slike faglige pålegg kan være relevante i saker der pliktbruddet dreier seg om faglig svikt, og det er usikkert om helsepersonellet har eller vil sørge for å inneha faglig gode nok kvalifikasjoner, men hvor en begrensning av autorisasjonen vil være for inngripende, se Prop. 57 L (2021–2022) punkt 6.5.2. I dette ligger også å få en vurdering av om helsehjelpen som er ytt har vært adekvat. Et faglig pålegg, kan være å få veiledning eller å delta på kurs. Der det faglige pålegget omhandler utøvelsen av helsehjelpen og personellens faglige kvalifikasjoner, vil veiledningen også kunne inkludere en gjennomgang av den helsehjelpen som personellet har ytt. I disse tilfellene vil det følgelig ikke være samarbeid om helsehjelpen, men snarere en etterfølgende kontroll eller kvalitetssikring av arbeidet og videre veiledning av helsepersonellet ved behov. For at tilsynsmyndighetens reaksjon skal kunne oppfylles, må helsepersonellet kunne utlevere helseopplysninger og veileder motta dem.

Helsepersonell og annet personell i helse- og omsorgstjenesten plikter å utlevere helseopplysninger til tilsynsmyndighetene jf. helsepersonelloven § 30 og helsetilsynsloven § 7. Opplysninger som er utlevert til tilsynsmyndighetene, kan gis videre til sakkyndig i saken jf. helsetilsynsloven § 7 tredje ledd. Dette vil være en fagperson som ikke nødvendigvis er ansatt hos enten statsforvalter eller Statens helsetilsyn. Formålet med denne bestemmelsen, er å sikre forsvarlige vurderinger hos tilsynsmyndighetene. Rollen til en sakkyndig som vurderer en tilsynssak og en ekstern veileder er ikke den samme, men er tilgrensende. Den eksterne veilederen er en forutsetning for å sikre at vedtaket fra tilsynsmyndighetene blir oppfylt. Og i likhet med sakkyndiges vurderinger i en tilsynssak, skal den faglige veilederen også vurdere de faglige handlingene til et helsepersonell i et konkret tilfelle, men som i oppfølgingen av en tilsynssak og ikke tilsynssaken som sådan. Det følger av helsetilsynsloven § 8 tredje ledd at tilsynsmyndigheten kan pålegge henholdsvis arbeidsgiver og kommunen å sørge for at faglige pålegg blir iverksatt og fulgt opp.

Departementet foreslår derfor å presisere i ny § 28 første ledd bokstav c i helsepersonelloven at i

de tilfellene der det brukes en ekstern veileder for å følge opp vedtak om faglig pålegg eller begrenset autorisasjon jf. helsepersonelloven § 56 og § 59, kan helseopplysninger som er nødvendig for gjennomføringen av det faglige pålegget eller vilkår for begrenset autorisasjon tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt.

Departementet foreslår videre at pasienten skal kunne motsette seg at opplysningene gjøres tilgjengelig for en ekstern veileder, se punkt 6.3.6.

6.3.5 Identifikasjon av potensielle forskningsdeltakere

Nytt unntak fra taushetsplikten

Departementet foreslår et nytt unntak fra taushetsplikten for å søke etter, identifisere og kontakte potensielle deltakere til forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekter i behandlingsrettede registre.

Departementet viser til at forslaget får bred støtte i høringen (*Helsedirektoratet, Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Sykehuset Innlandet HF, Universitetet i Oslo, Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, Den norske legeforening, Norsk Kiropraktorforening, Legemiddelindustrien (LMI), Roche mfl.*)

Helsedirektoratet mener forslagene vil møte et klart behov i tjenesten. Det vil være lite inngripende for pasientene at virksomheten skaffer seg overblikk over relevante pasientkasus i egen virksomhet. Forslaget vil ifølge direktoratet

ivareta pasientens personvern på en bedre måte enn situasjonen slik den er i dag, hvor forsker må søke om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til kontaktinformasjon for å kunne spørre pasienter om de vil samtykke til deltakelse. Slik forslaget legger opp til vil det ikke utgis noen opplysninger til prosjektet, før pasienten eventuelt gir sitt samtykke til dette.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) mener at det foreslåtte unntaket vil kunne bidra til effektivisering, uten at det er etisk betenkelig. Bruk av den nye unntakshjemmelen vil være mindre personverninngripende enn utlevering av kontaktopplysninger etter en dispensasjon fra taushets-

plikten, da det kun vil være virksomheten selv som gis tilgang til opplysningene, og prosjektet utelukkende vil få opplysninger om de pasientene som har samtykket til å delta.

Sikt mener at det foreslåtte unntaket vil forenkle prosedyrene, slik at de lettere kan tilrettelegge for forskning og kvalitetssikring både i egen virksomhet og for eksterne forskningsinstitusjoner. Unntakshjemmelen er viktig også for prosjektene som ikke omfattes av helseforskningsloven. *Sikt* påpeker videre:

både virksomheten som gjør oppslagene og behandlingsansvarlig for forskningen (hvis dette er en ekstern) må foreta en rekke vurderinger før oppstart av behandlingen av personopplysninger. Disse vurderingene, som blant annet skal sikre formålsbegrensning, dataminnemering og lagringsbegrensning ved behandlingen av journalopplysninger, overlapper også med vurderingene i et dispensasjonsvedtak. Personvernet vil dermed være godt ivaretatt, også i prosjekter som ikke vurderes av REK.

Helse Stavanger HF mener at unntaket vil kunne bidra til mer hensiktsmessig ressursbruk i forbindelse med oppstart av forskningsprosjekter og vil kunne bidra til at flere pasienter får tilbud om å delta i forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter.

Oslo universitetssykehus HF viser til at muligheten til å få tilgjengeliggjort kontaktinformasjon til potensielle deltagere i forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekter har vært ønsket lenge. Dette vil gjøre det enklere å finne ut om det finnes pasientgrunnlag for forskningsprosjekter og enklere å finne mulige studiedeltagere til kliniske studier.

Identifikasjon av pasientgrunnlag

Enkelte ganger er det behov for å kunne identifisere om en virksomhet i helse og omsorgstjenesten har et tilstrekkelig relevant pasientgrunnlag som kan oppfylle kriteriene for deltakelse i et forskningsprosjekt. I flere pasientjournalssystemer vil dette kunne gjøres som en maskinell «spørning», hvor svarrapporten viser et antall aktuelle kandidater uten personinformasjon. Tidvis er det imidlertid behov for en mer omfattende forundersøkelse. Dette kan oppstå før beslutning om oppstart av, eller deltagelse i et forskningsprosjekt, og i mange tilfeller i forkant av at det er søkt REK om etisk forhåndsgodkjenning for et konkret forskningsprosjekt. Eksempel på dette er oppgaven med å tilrettelegge for at pasienter tilbys

utprøvende behandling eller kan delta i kliniske studier.

I slike tilfeller vil det være nødvendig med oppslag i pasientjournaler for å kunne gi tilbakemelding om pasientgrunnlaget. Etter gjeldende rett må forskere søke REK om dispensasjon fra taushetsplikten for at det skal kunne gjennomføres en slik kartlegging av pasientgrunnlaget ved den enkelte virksomhet. Virksomheter som driver med utvikling og forskning, som for eksempel legemiddelfirmaer, vil også trenge informasjon om pasientgrunnlaget, før de eventuelt velger å legge en studie eller et prosjekt til et sykehus eller en kommune. Dette er prosesser som gjøres før det søkes om formelle godkjenninger hos REK og Direktoratet for medisinske produkter.

Departementet mener at virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten bør kunne gjøre oppslag i sine pasientjournalssystemer for å kartlegge om virksomheten har et tilstrekkelig relevant pasientgrunnlag for at virksomheten selv, eller andre, skal kunne starte opp eller delta i et forskningsprosjekt. Departementet viser i denne forbindelse til at én av de fire lovpålagte oppgavene til spesialisthelsetjenesten, er forskning. Kommunen har plikt til å legge til rette for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Å enkelt kunne identifisere om virksomheten har pasientgrunnlag som egner seg for et konkret forskningsprosjekt, er viktig for at virksomhetene får oppfylt sine lovpålagte krav. Det følger videre av *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025* at det er ønskelig at flere pasienter deltar i kliniske studier og at flere kliniske studier startes opp. Å gjøre det enklere for virksomheten å kartlegge om det er relevant for deres virksomhet å starte opp et forskningsprosjekt eller delta i et forskningsprosjekt vil understøtte dette målet.

Å identifisere et pasientgrunnlag i virksomheten som kan oppfylle inklusjonskriterier til et forskningsprosjekt, vil kunne innebære behandling av personopplysninger til et annet formål enn de er innsamlet for. Videre vil personkretsen som får kunnskap om den enkeltes personopplysninger utvides noe. Bruk av opplysninger fra pasientjournalssystemer til forskning vil imidlertid ikke være uforenlig med formålet med innsamlingen, jf. personvernforordningen artikkel 5 bokstav b, jf. artikkel 89.

På den annen side gir forslaget kun hjemmel til identifikasjon av et pasientgrunnlag, altså en ren telling av pasientkasus og ikke til å bruke opplysningene videre. Bestemmelsen hjemler heller ikke at grunnlaget lagres ved opprettelse av et

register med potensielle forskningsdeltakere. Dette betyr at dersom det blir aktuelt for virksomheten å igangsette eller for at virksomheten skal kunne delta i et forskningsprosjekt, må det gjøres en ny identifisering av potensielle deltakere i det konkrete forskningsprosjektet. Videre må en beslutning om å kunne foreta en slik kartlegging være forankret i ledelsen, tilgjengeliggjøringen må logges og pasienten kan reservere seg mot slik tilgjengeliggjøring. I tillegg må vedkommende personell som utfører kartleggingen ha tjenstlig behov for å utføre oppgaven. I dette tilfellet betyr det at personellet har fått delegert oppgaven på vegne av virksomhetens ledelse. Etter departementets vurdering, er det lite inngripende for den enkelte at virksomheten skaffer seg et overblikk over relevante pasientkasus i egen virksomhet.

Hjemmelen vil være tilsvarende hjemmelen for å identifisere om pasienters helseopplysninger egner seg for helsefaglig undervisning, se forslaget til § 28 første ledd bokstav b. Kartleggingen vil måtte være målrettet og baseres på gitte indikasjoner.

Forslaget til ny bestemmelse i § 28 første ledd bokstav g, gir ikke hjemmel til utlevering av opplysninger om den enkelte, men hjemler en ren telling av om en virksomhet har pasientgrunnlag som egner seg for inklusjon i et mulig framtidig konkret forskningsprosjekt. Pasientgrunnlag kan utgis i anonym form til interne og eksterne forskere. Dersom det blir aktuelt å starte opp eller delta i et forskningsprosjekt, kreves et annet rettslig grunnlag. Dette kan være pasientens samtykke, eller dispensasjon fra taushetsplikten.

Tilgjengeliggjøring av kontaktinformasjon

Departementet foreslår også at virksomhetens ledelse skal kunne få tilgjengeliggjort pasienters kontaktinformasjon der formålet er å rekruttere pasienter til et konkret forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekt i tråd med tidligere forståelse av regelverket og praksis.

I dag er det nødvendig at prosjekter som skal baseres på pasientens samtykke, får dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgjengeliggjort kontaktinformasjon til relevant pasientpopulasjon, for å kunne sende ut forespørsel om prosjektdeltakelse. Etter departementets vurdering er dette lite hensiktsmessig.

For å sende en henvendelse til pasienter med forespørsel om deltakelse i et konkret prosjekt, vil det tilgjengeliggjøres helseopplysninger som er underlagt taushetsplikt. Prosjektansvarlig som

virksomheten gjør dette på vegne av, kan være fra samme eller annen virksomhet.

Tilgjengeliggjøringen vil ikke ha som formål å yte helsehjelp til den enkelte og vil, i likhet med forslaget om å identifisere et pasientgrunnlag som kan være aktuell å inkludere i et forskningsprosjekt på et senere tidspunkt, kunne være personverninngripende for enkelte.

Kontaktinformasjon, isolert sett, er ikke underlagt taushetsplikt. Men når den er knyttet til kontakt med helsetjenesten, vil opplysningene automatisk også være en helseopplysning.

Forslaget vil bare hjemle at det er virksomheten selv som får kontaktopplysningene og som på vegne av institusjonen som er ansvarlig for prosjektet, sender ut forespørsel om samtykke til deltakelse i et konkret prosjekt. Således vil bruk av denne hjemmelen være mindre personverninngripende enn utlevering av kontaktopplysninger til forsker etter en dispensasjon fra taushetsplikten. Ved bruk av den foreslåtte bestemmelsen, vil prosjektet bare få opplysninger om de pasientene som har samtykket til å delta. I de tilfellene det innvilges dispensasjon fra taushetsplikten, vil virksomheten uansett måtte finne den samme pasientpopulasjonen for tilgjengeliggjøring. Forskjellen er at i tilfellene der det foreligger et vedtak om dispensasjon vil prosjektet også kunne få opplysninger om de pasientene som ikke samtykker til deltakelse.

Mange av de samme hensynene som taler for forslaget om å gjøre unntak fra taushetsplikten for tilgang til opplysninger for å identifikasjon av pasientgrunnlag, gjør seg gjeldende også for tilgjengeliggjøring av kontaktinformasjon.

Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter må ha en forhåndsgodkjenning fra REK etter helseforskningsloven § 9 før en virksomhet kan sende ut forespørsel om å deltakelse. Når REK gjør vurderinger etter helseforskningsloven § 9, gjøres det en forskningsetisk vurdering som vil inneholde mange av de samme vurderingene som gjøres når det fattes vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 (ny § 29 e).

Det er ikke tilsvarende krav om forhåndsgodkjenning fra REK for kvalitetsforbedringsprosjekter. Samtidig vil kvalitetsforbedringsprosjekter planlegges og beskrives på samme måte som forskningsprosjekter gjennom en prosjektplan. Videre vil prosjektet måtte gjøre vurderinger knyttet til behandling av personopplysninger og utarbeidelse av informasjon- og samtykkeskriv. Også for kvalitetssikringsprosjekter vil det kunne stilles krav om at det gjøres en etisk vurdering av

prosjektet fra en uavhengig komité. Dette gjelder særlig de tilfellene der det planlegges å publisere resultatene i et vitenskapelig tidsskrift. Dette taler for at bestemmelsen også bør omfatte kvalitetsforbedringsprosjekter. *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)* påpeker i høringen at det ikke nødvendigvis vil være klart om prosjektet er forskning eller kvalitetsforbedring. Siden både prosesser og bakenforliggende hensyn vil være ulike for disse to formålene, bør det ifølge *NEM og REK* vurderes om de bør skilles ut i separate hjemler. Departementet er klar over at avgrensningen mellom forskning og kvalitetsforbedring kan være krevende å trekke i en del tilfeller, men viser til at avgrensningen ikke vil være avgjørende ved anvendelsen av den aktuelle unntakshjemmelen.

Departementet bemerker at det ikke er en plikt til å tilgjengeliggjøre selv om vilkårene er oppfylt. En konsekvens av dette er at dersom for eksempel et konkret kvalitetssikringsprosjekt ikke er av en slik kvalitet, at virksomheten ønsker å bidra til at den gjennomføres, eller av kapasitets-hensyn ikke ønsker å prioritere slikt arbeid, kan virksomheten avvise forespørselen om å sende ut samtykkeskriv til deltakelse.

6.3.6 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Departementet foreslår en ny § 29 i helsepersonelloven om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. I denne bestemmelsen skal det listes opp hvilke bestemmelser som gir pasienten en slik rett. Se nærmere i punkt 4.3.6 om retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring.

Departementet foreslår at pasienten som i dag ikke skal ha rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger til virksomhetens ledelse som er nødvendige for helsehjelp, internkontroll, intern kvalitetsforbedring av tjenesten og kvalitetsforbedring. Departementet foreslår at det samme skal gjelde etter det nye unntaket for tilgjengeliggjøring mellom virksomheter for kvalitetsforbedring av behandlingsforløp. Departementet viser til høringssvaret fra *Oslo Universitetssykehus HF* som påpeker at

en virksomhet kan oppleve å ikke få tilgang til en pasients helseopplysninger ved en annen virksomhet selv om pasienten har vært til behandling for samme forløp i begge virksomheter. Vår oppfatning er at det kan være like

viktig å motta opplysninger fra en annen virksomhet, som ved siden egen. Dersom pasienter skal kunne reservere seg kan det medføre at virksomheten går glipp av viktig informasjon for å sikre kvaliteten ved behandlingsforløp som skjer ved flere virksomheter. Slike forløp kan være sårbare for feil og det er essensielt at det kan skje en sømløs overføring av opplysninger for å lære av eventuelle feil og sikre forsvarlig helsehjelp i fremtiden.

Departementet foreslår at pasienten skal kunne motsette seg at opplysningene gjøres tilgjengelig for en ekstern veileder. Dersom pasienten motsetter seg at opplysningene gjøres tilgjengelig for ekstern veileder, kan hensynet til pasientsikkerhet, kravet til faglig forsvarlighet og grunnlaget for tiltaket for øvrig, tilsi at det aktuelle helsepersonellet ikke kan gi pasienten helsehjelp. Det kan også være en fare for at helsepersonellet kan påvirke pasienten til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Departementet mener likevel at pasienter som blir kjent med at helsepersonellet har en ekstern veileder, bør kunne motsette seg tilgjengeliggjøringen dersom de ønsker det. Departementet viser til at tilgjengeliggjøring kan skje dersom tungtveiende grunner taler for det, for eksempel om det er fare for liv og alvorlig helse-skade, jf. ny § 29 tredje ledd. Departementet viser også til at helsepersonellet har opplysningsplikt til tilsynsmyndigheten etter helsepersonelloven § 30. Tilsynsmyndigheten kan dermed få tilgang til pasientopplysningene uavhengig av om pasienten har motsatt seg tilgjengeliggjøring til ekstern veileder.

Departementet foreslår derimot at pasienten ikke skal kunne motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger som er nødvendige for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken. Det er her behov for en endring av gjeldende rett. Departementet viser til høringsvaret fra *BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende* som mener at gjeldende regler om rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring lenge har vært utfordrende å forsvare, særlig hensyntatt at utviklingen ellers går i retning av å styrke barns rettigheter. Pasienten bør ikke kunne motsette seg at opplysninger gis når dette er nødvendig for å ivareta barn som pårørendes behov for informasjon og oppfølging.

Dette vil være i samsvar med Grunnloven § 104 andre ledd sier at ved «handler og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn». Dersom tilgjengeliggjøring av informasjon er nødvendig for å ivareta

behovet til barna, så må helsepersonell tilgjengeliggjøre denne informasjonen. Dette er for øvrig i samsvar med departementets forslag i Prop. 31 L (2024–2025) punkt 7.1.5.2 om at nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning i bestemte situasjoner går foran pasienters rett til å nekte pårørendeinvolvering, blant annet av hensyn til barn som vil kunne bli berørt av pasientens beslutninger. Se forslaget til ny § 28 første ledd bokstav f og § 29 tredje ledd i helsepersonelloven.

Departementet mener at pasienter heller ikke bør ha rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger for identifikasjon av pasientgrunnlag og rekruttering til forskning. *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)* mener at en reservasjonsrett er et godt tiltak for å ivareta pasientenes integritet og selvbestemmelsesrett i forskningsprosjekter. Departementet viser imidlertid til at forslaget ikke begrenser selvbestemmelsesretten med hensyn til *deltakelse* i forskning, men kun det å bli valgt ut og kontaktet med forespørsel om mulig deltakelse. Ulempene for pasientene må vurderes som mindre enn kostnader og praktiske utfordringer knyttet til administrasjon av eventuelle reservasjoner.

Ved tilgjengeliggjøring etter de øvrige unntakene foreslår departementet at pasienten skal ha rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring. Dette er en videreføring av gjeldende rett.

6.3.7 Dataminimering

Departementet foreslår at det presiseres i § 28 og § 29 a at opplysninger som tilgjengeliggjøres skal være relevante og nødvendige for formålet, at personidentifikasjon ikke skal skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta det aktuelle formålet og at opplysningene så langt det er mulig, skal gis uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår. Dette følger av prinsippet om dataminimering i personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c, men tas inn i loven av pedagogiske hensyn.

6.3.8 Dokumentasjon og innsyn

Gjeldende § 29 c i helsepersonelloven stiller krav om å dokumentere tilgjengeliggjøring av opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp i et konkret behandlingsforløp. Departementet mener at dette kravet bør gjelde generelt. Departementet foreslår derfor i punkt 4.3.7 en ny § 22 a i

pasientjournalloven som stiller krav om at tilgjengeliggjøring av opplysninger etter § 28 og § 29 a skal dokumenteres. Den enkelte vil ha rett til inn-

syn i denne oversikten, jf. pasientjournalloven § 18 og pasientjournalforskriften § 14.

7 Andre endringer i reglene om taushetsplikt

7.1 Høringsforslaget

Taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 er ikke til hinder for at helseopplysninger om pasienten gjøres tilgjengelig for den som opplysningene direkte gjelder eller andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Dette er i gjeldende rett presisert i helsepersonelloven § 22. Departementet foreslo at dette videreføres og at det presiseres at et samtykke gir helsepersonell rett til å tilgjengeliggjøre opplysninger så langt samtykket gjelder. Det ble foreslått at vilkårene til et slikt samtykke, skulle være de samme som etter personvernforordningen. Dette innebar en skjerping av gjeldende regelverk. Forslaget innebar at det ikke ville være tilstrekkelig å legge til grunn samtykkekravet for helsehjelp, som også omfatter presumert samtykke, ved tilgjengeliggjøring etter helsepersonelloven § 22. Endringen innebar også at samtykket ville utgjøre et gyldig behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 og 9. I denne sammenheng foreslo departementet også å oppheve samtykkebestemmelsen i pasientjournalloven § 20.

Det ble videre foreslått å presisere at representasjonsreglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 til 4-7 gjelder. Departementet foreslo videre å presisere dagens unntak fra taushetsplikten i § 23 nr. 3 om at opplysninger kan deles «når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt» ved å endre ordlyden med en klargjøring av at unntaket gjelder anonymiserte opplysninger.

Departementet foreslo også enkelte endringer i helsepersonelloven § 23 og samtidig at bestemmelsen flyttes. Gjeldende § 23 nr. 5 om adgang til å gi melding til Mattilsynet eller politiet når det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for mishandling eller alvorlig svikt, ble foreslått tatt ut og omgjort til en ny paragraf.

7.2 Høringsinstansenes syn

7.2.1 Endring til samtykke etter personvernforordningen

Flere høringsinstanser, herunder *Datatilsynet* og *Digitaliseringsdirektoratet* støtter forslaget om at vilkårene for å samtykke til opphevelse av taushetsplikten, skal svare til reglene for samtykke i personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Datatilsynet uttaler at et samtykke til opphevelse av taushetsplikten kan få like store konsekvenser som et samtykke til behandling av personopplysninger etter personvernforordningen. Tilsynet anser det derfor som rimelig at samme krav skal stilles til samtykket som avgis. Digitaliseringsdirektoratet har merket en økende mengde henvendelser knyttet til bruk av samtykke, og flere aktører som etterspør tydeligere regler og veiledning, spesielt når det gjelder samtykke som behandlingsgrunnlag. Digitaliseringsdirektoratet mener forslaget er et positivt tiltak, ettersom det også vil etablere samtykke som et gyldig behandlingsgrunnlag i tråd med personvernlovgivningen.

Helsedirektoratet er ikke enig i at innholdet i samtykkekravet etter helsepersonelloven § 22 bør erstattes med definisjonen i personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Direktoratet uttaler at det er et mangfold av situasjoner som vil være aktuelle for tilgjengeliggjøring av helseopplysninger etter pasientens samtykke. I mange situasjoner vil ikke den som mottar opplysningene ha behov for et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Helsedirektoratet mener det vil være svært uheldig dersom det ikke vil kunne legges til grunn et stilltiende samtykke i enkelte situasjoner. Formålet med at pårørende gis tilgang til informasjon er for å bistå eller støtte pasienten i forbindelse med helsehjelpen, og må sees i sammenheng med dette. En mer omstendelig prosess knyttet til å dokumentere et samtykke i slike tilfeller, vil være svært ressurskrevende for helsepersonellet, og vil kunne gå ut over helsehjelpen til pasienten. Helsedirektoratet mener det er vanskelig å overskue konsekvensene.

Oslo universitetssykehus HF er også uenig i at samtykkekravet bør skjerpes og støtter ikke forslag til endringer i helsepersonelloven § 22 om bortfall av taushetsplikt ved samtykke. Oslo universitetssykehus HF mener skjerping av samtykkekravet, vil gjøre den kliniske hverdagen unødig komplisert og krevende. Bestemmelsen blir mye mindre praktisk, og helsepersonell vil som regel måtte innhente et skriftlig samtykke og samtidig informere pasienten i henhold til personvernforordningens regler. Oslo universitetssykehus HF sin oppfatning er at slik helsepersonellov § 22 er utformet per i dag, utgjør bestemmelsen et supplerende behandlingsgrunnlag i nasjonal rett i tråd med personvernforordningen artikkel 9 nr. 2, bokstav h, jf. artikkel 9 nr. 3.

Helseplattformen AS ser utfordringen på generelt grunnlag knyttet til å håndtere samtykker slik det beskrives i lovforslagets § 22. Helseplattformen AS har erfart at samtykker kan være utformet ulikt, og dermed kan forstås ulikt. Helseplattformen AS er bekymret for vurderinger knyttet til innholdet i et samtykke, og hvor langt det rekker. Det blir omtrent en umulig oppgave, om ikke samtykkene standardiseres. Det er viktig med god informasjon til pasienter og brukere om hva et samtykke omfatter. De utfordringer man i dag har med samtykke innenfor personvernforordningen blir overført til helsehjelpsområdet.

Universitetet i Oslo, juridisk fakultet uttaler at det kan anses hensiktsmessig med høyere formkrav til samtykket etter helsepersonellov § 22, ved henvisning til formkravene i personvernforordningen artikkel 4 nr. 11, slik det er foreslått. En forutsetning er at dette ikke er til hinder for at personer uten muligheter for å avgjøre et gyldig samtykke får nødvendig helsehjelp basert på tilgjengelig informasjon.

Den norske legeforening er negativ til å endre definisjonen av samtykke i helsepersonelloven § 22. Dette er et praktisk viktig unntak fra taushetsplikten, og det som best er egnet til å ivareta tillitshensynet og pasientens kontroll over egne opplysninger. Legeforeningen oppfatter at bestemmelsen er godt implementert og fungerer godt etter sin intensjon. Slik bestemmelsen er formulert i dag er det tilstrekkelig med det som kan omtales som «det helserettslige samtykkekravet». Dette er et formløst samtykkekrav, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2. Et krav til samtykke etter personvernforordningen, medfører en vesentlig skjerping av kravet. Legeforeningen mener dette forslaget er en svært dårlig ide, og ber departementet om å revurdere forslaget.

Legeforeningen understreke at samtykke ikke bør utgjøre behandlingsgrunnlag for personopplysninger innenfor helsetjenesten. Pasientjournalloven § 20 ble endret med innføringen av personvernforordningen i 2018, men endringen er knapt nok begrunnet i proposisjonen. Om noe, fremstår det som at de ulike definisjonene er tilsiktet. Dette er naturlig ettersom pasientjournalloven § 20 først og fremst regulerer bruk av helseopplysninger til «andre formål enn helsehjelp». Det kan blant annet være forskning, statistikk, kvalitetsforbedring osv.

7.2.2 Deling av anonyme opplysninger

Helse Sør-Øst RHF mener forslag til ny bestemmelse bør beholde dagens ordlyd («behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt»). Dagens kriterium treffer etter Helse Sør-Øst RHF's syn godt på den brede skjønnsmessige vurdering som bør være avgjørende for om opplysninger kan utleveres. At bakveisidentifisering kan være mulig bør ikke være til hinder, dersom risikoen kan anses akseptabel lav, dvs. produktet av sannsynligheten og skadepotensiale.

Den norske legeforening er også negativ til forslaget om å endre ordlyden til at opplysninger kan gis når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at opplysningene er anonymisert. Dette er en bestemmelse som etter gjeldende rett er et unntak for opplysninger som ikke er anonyme. Dersom de var reelt anonyme ville ikke taushetsplikten slå inn i utgangspunktet. Etter Legeforeningens oppfatning er det her tale om en materiell endring som bryter med lovens system og som ikke er tilstrekkelig begrunnet.

Oslo universitetssykehus HF etterlyser en presisering av hvilken terskel som skal legges til grunn for vurderingen av hva som er «anonymisert». Dersom det er terskelen for hva som er anonymt etter personvernforordningen som skal legges til grunn for vurderingen, er Oslo universitetssykehus HF bekymret for at endringen vil få store praktiske konsekvenser for helsepersonellet. Terskelen for hva som er anonymt etter personvernforordningen er svært høy, mens den gjeldende ordlyden i helsepersonelloven § 23 nr. 3 taler for at terskelen er noe annerledes for dette unntaket. Det vil i mange tilfeller for eksempel ikke være tilstrekkelig å utelate navn, adresse, alder og kjønn, for at det skal anses som anonymt etter terskelen i personvernforordningen.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for

medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) påpeker at den foreslåtte endringen fra gjeldende § 23 nr. 3 i helsepersonelloven (individualiserende kjennetegn er utelatt) til ny ordlyd (opplysningene er anonymisert), innebærer en vesentlig innskjerping fra dagens praksis. NEM og REKs forståelse av dagens situasjon er at nåværende ordlyd innebærer en praktisk og viktig sikkerhetsventil, som har muliggjort dialog mellom leger i ulike helseforetak og mellom undervisningspersonell og studenter innen helsefag. Komiteene vil derfor anbefale at dagens ordlyd og praksis videreføres.

Universitetet i Oslo er også negative til forslaget. Endringen innebærer i realiteten at et praktisk viktig unntak fra taushetsplikten fjernes, ved at det tas inn en forutsetning om at unntaket gjelder anonyme opplysninger. Denne vesentlige endringen adresseres ikke i høringsnotatet. En endring som innebærer at kun anonyme opplysninger kan deles er dessuten meningsløs da slike opplysninger ikke er omfattet av taushetsplikten, ei heller av personvernforordningen. Dagens unntak i helsepersonelloven § 23 nr. 3 gjelder ikke anonyme opplysninger, men opplysninger som helsepersonellet har aidentifisert utfra formålet med å behandle opplysningene. Det vil si utfra hvilke muligheter mottakere har til å skjønne hvilke pasienter det dreier seg om. Når det i lovens forarbeider er brukt begrepet «anonyme» opplysninger må dette ses i lys av hva som ble ment med dette begrepet den gang (1998), og at det hadde et annet innhold enn etter dagens lovgivning. I dag er begrepet anonymt forbeholdt opplysninger som ikke kan føres tilbake til pasienten, altså langt mer enn at de er aidentifisert.

7.2.3 Andre endringer

Akershus universitetssykehus HF mener at det i forslaget til § 22 bør presiseres at bortfall av taushetsplikt ikke gjelder direkte oppslag i journal på bakgrunn av samtykke fra for eksempel familie-medlem eller venn, men at det må foreligge tjenstlig behov. Dette for å sikre at virksomhetene har mulighet til å iverksette sikkerhetsmessige tiltak for å kunne avdekke eventuelle ulovlige oppslag og se mønstre basert på det tjenstlige behovet.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin mener at det er nødvendig å skjerpe tilbakeføring av helseopplysninger til behandler for læringsformål. Dette er avgjørende for å sikre kvalitet i helsetjenesten. Bestemmelser om dette dekkes i dag av helsepersonelloven § 45 a, om at innleggende lege skal ha epikrise. Imidlertid kjenner kompetansesenteret til at legevaktleger ofte ikke får

dette, og at epikrisen ikke er tilgjengelig for legevakten. Det medfører at legevaktleger, som utfører en sentral portvokterrolle som er avgjørende både for pasientsikkerheten og for belastningen på spesialisthelsetjenesten, fratas sin mulighet til læring. Derfor bør dette innskjerpes.

Nasjonalt senter for aldring og helse viser til at etter dagens § 22 tredje ledd, har nærmeste pårørende adgang til å samtykke til deling av taushetsbelagte opplysninger på vegne av pasienter som av ulike årsaker er ute av stand til selv å samtykke, for eksempel som følge av demenssykdom eller psykisk utviklingshemming. Nasjonalt senter for aldring og helse kan ikke se at denne regelen er videreført i forslaget. Det vises til at reglene om samtykkekompetanse etter §§ 4-3 til 4-7 i pasient- og brukerrettighetsloven skal gjelde for samtykke etter den nye bestemmelsen. Ingen av disse bestemmelsene gir imidlertid nærmeste pårørende adgang til å samtykke på vegne av voksne pasienter som mangler samtykkekompetanse, i denne sammenhengen til deling av informasjon som følge av demens, psykisk utviklingshemming eller fysiske eller psykiske forstyrrelser. Nasjonalt senter for aldring og helse kan derfor ikke se at en slik henvisning vil føre til at dagens tredje ledd videreføres.

Nasjonalt senter for aldring og helse mener dagens regel om nærmeste pårørende bør videreføres. Det er praktisk viktig at nærmeste pårørende kan frita helsepersonell fra taushetsplikten der pasienter mangler samtykkekompetanse av grunner som nevnt og ikke selv kan samtykke. Dette bør fremgå tydelig av lovteksten. Nasjonalt senter for aldring og helse mener departementet i større grad bør tydeliggjøre, eventuelt i retningslinjer, rundskriv eller veiledere

Når det gjelder punktet om epikrise, mener *Helseplattformen AS* at bestemmelsen burde stå i taushetspliktsbestemmelsene for å klargjøre grunnlaget for å dele denne type informasjon bredt til de som skal sikre en forsvarlig oppfølging.

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo støtter presisering av at det ved utskrivning fra helseinstitusjon skal sendes epikrise til helsepersonell som tidligere har vært behandlere i et behandlingsforløp. I en tid med stadig mer fragmenterte helsetjenester, blir en slik oppfølging helt nødvendig for tilbakemeldinger og læring.

Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør uttaler at samtykke i dag er omtalt i ulike lover som regulerer forskning og kvalitetssikring, der samtykke har ulike funksjoner. En forskningsdel-taker kan gi samtykke som utgjør behandlings-

grunnlag iht. personvernforordningen, gi forskningsetisk samtykke iht. helseforskningsloven, og gi samtykke som opphever taushetsplikten iht. helsepersonelloven § 22. Når samtykkebestemmelsene er ulike, kan det skape forvirring. Harmonisering kan derfor synes hensiktsmessig. Sikt vil imidlertid påpeke at samtykke etter personvernforordningen er strengere enn helseforskningsloven når det gjelder ny og endret bruk og mulighetene til få opplysninger slettet ved trekk av samtykke. Samtykkevilkårene i personvernforordningen og helseforskningsloven tolkes også ulikt, selv om ordlyden er den samme. I høring om forslag til endringer i helseforskningsloven har vi derfor uttrykt bekymring knyttet til at samtykkevilkårene i helseforskningsloven har samme ordlyd som i personvernforordningen. Tilsvarende bekymringer gjelder for innføring av personvernforordning-samtykke i helsepersonelloven. Sikt mener primært at det beste for forskning vil være en situasjon der samtykker som har ulike funksjoner også har ulike vilkår. Sikt er derfor mot forslaget om å innføre personvernforordningens samtykkekrav i helsepersonelloven.

Universitet i Oslo uttaler at det på bakgrunn av erfaringer og praksis de siste årene er det nødvendig å tydeliggjøre sammenhengen mellom forsvarlighetsplikten og plikten til å gjøre pasientopplysninger tilgjengelig. Det vil si som en opplysningsplikt, noe som til dels kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, og nå foreslås opphevet. Denne bør beholdes i likhet med tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven da den synliggjør sammenhengen mellom forsvarlighetsplikten og plikten til å tilgjengeliggjøre pasientopplysninger. Se for øvrig avgjørelsen fra Høyesterett i Rt. 1997 s. 1800, der temaet nettopp var om manglende tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger var et straffbart brudd på forsvarlighetsplikten. For å motvirke liknende feil burde det vært tatt inn en bestemmelse i helsepersonelloven, for eksempel § 4, om opplysningsplikt når det er nødvendig å tilgjengeliggjøre pasientopplysninger for å oppfylle forsvarlighetsplikten, eventuelt i kapittel 6 eller 7 der andre opplysnings- og meldepplikter står. Det kan nevnes at dokumentasjonsplikten på samme måte er begrunnet i forsvarlighetsplikten (og muligheter for etterkontroll), slik at pasienten ikke kan nekte helsepersonell å gjøre slik dokumentasjon, i likhet med opplysningsplikter.

Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende bemerker behov for tydeliggjøring i forslag § 22 om bortfall av taushetsplikt ved samtykke. For å ivareta rettighetene til mennesker over 16 år

med nedsatt samtykkekompetanse og sikre forsvarlig helsehjelp, er det avgjørende at dagens § 22 tredje ledd i helsepersonelloven opprettholdes.

Når det gjelder spørsmålet om gjeldende § 45 a i helsepersonelloven om epikrise bør flyttes til lovens kapittel 5 om taushetsplikt og tilgjengeliggjøring, mener *Helsedirektoratet* at bestemmelsen må sees i sammenheng med reglene som gjelder deling av helseopplysninger for å yte helsehjelp til pasienten, og mener det bør vurderes en ny bestemmelse i tilknytning til bestemmelsen om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp.

7.3 Departementets vurderinger og forslag

7.3.1 Bortfall av taushetsplikt ved samtykke

Taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 er ikke til hinder for at helseopplysninger om pasienten gjøres tilgjengelig for den som opplysningene direkte gjelder eller andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Dette er i gjeldende rett presisert i helsepersonelloven § 22. Departementet foreslår at dette videreføres.

I høringsnotatet foreslo departementet å presisere at samtykket skal være en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 11, og at det skal være gitt av en person med samtykkekompetanse. Dette ville vært en endring i gjeldende rett og innebære en innstramming i samtykkekravet. Forslaget til innstramming i kravet til samtykke, hadde sammenheng med kravet til samtykke etter gjeldende § 20 i pasientjournalloven. Forslaget var begrunnet i at det kan skape unødvendig uklarhet å ha ulikt innhold i kravet til samtykke etter de to bestemmelsene. Forslaget ville bety at det ikke vil være tilstrekkelig å legge til grunn samtykkekravet for helsehjelp, som også omfatter presumert samtykke, ved tilgjengeliggjøring etter helsepersonelloven § 22. Endringen ville også innebære at samtykket kunne utgjøre et gyldig behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 og 9.

Departementet merker seg at høringsinstansene har ulike syn på forslaget. *Den norske legeforening*, *Helsedirektoratet* m.fl. er negative til forslaget, mens *Datatilsynet* og *Digitaliseringsdirektoratet* m.fl. er positive. Sikt – *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør* påpeker at samtykke er omtalt i ulike lover, der samtykke har ulike funksjoner. Når samtykkebestemmelsene er ulike, kan det skape forvirring og harmonisering kan derfor

synes hensiktsmessig. Sikt mener likevel at det beste for forskning, vil være en situasjon der samtykker som har ulike funksjoner også har ulike vilkår.

Departementet mener det er gode argumenter for begge syn, men går ikke videre med forslaget om at «formløse samtykker» erstattes med definisjonen i personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Departementet er enig med *Datatilsynet* i at et samtykke til opphevelse av taushetsplikten, kan få like store konsekvenser som et samtykke til behandling av personopplysninger etter personvernforordningen. Departementet er også enig med *Helsedirektoratet* i at den som mottar opplysningene, i mange situasjoner ikke vil ha behov for et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen, og *Den norske legeforening* som mener at samtykke ikke bør utgjøre behandlingsgrunnlag for personopplysninger innenfor helsetjenesten.

Departementet mener høyere formkrav vil kunne gjøre den kliniske hverdagen unødig komplisert og krevende. Videre vil det være uheldig dersom det ikke vil kunne legges til grunn et stilltiende samtykke i enkelte situasjoner. Det er vanskelig å overskue hvilke situasjoner dette kan være og derfor også konsekvensene av en innstramming. Departementet foreslår bare enkelte språklige endringer og bestemmelsen skal derfor forstås på samme måte som tidligere. For øvrig vises til Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*, Prop. 75 L (2016–2017) *Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)* og Prop. 31 L (2024–2025) *Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)*.

Fordi gjeldende § 20 i pasientjournalloven, etter forslaget til presisering i helsepersonelloven § 22 ville fremstå som like og regulere samme forhold, foreslo departementet at pasientjournalloven § 20 oppheves. Dette forslaget videreføres derfor heller ikke.

Samtykke etter helsepersonelloven § 22 vil ikke nødvendigvis oppfylle kravene til gyldig samtykke etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Et samtykke som ikke oppfyller kravene, vil ikke gi behandlingsgrunnlag for tilgjengeliggjøring til andre enn pasienten selv eller for mottakernes forskning eller annen bruk av opplysningene. Tilgjengeliggjøringen må da ha et annet behandlingsgrunnlag, for eksempel artikkel 6 nr. 1 bokstav d og artikkel 9 nr. 2 bokstav c. Personopplysninger som er gjort tilgjengelig basert på et slikt

samtykke, kan heller ikke benyttes til forskning mv. uten et annet behandlingsgrunnlag, for eksempel artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav j, med dispensasjon fra taushetsplikten eller annet supplerende rettsgrunnlag.

Det ble presisert i høringsnotatet at reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 til 4-7 skal gjelde for samtykke etter helsepersonelloven § 22. Dette følger delvis av gjeldende rett og ble foreslått slått sammen i andre ledd. Departementet har merket seg at blant andre *Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende* og *Nasjonalt senter for aldring og helse*, påpeker at det for å ivareta rettighetene til mennesker over 16 år med nedsatt samtykkekompetanse og sikre forsvarlig helsehjelp, er avgjørende at dagens § 22 tredje ledd i helsepersonelloven om samtykke fra nærmeste pårørende opprettholdes.

Departementet er enig i at dette er et viktig unntak som bør opprettholdes. Departementet viser også til at helsepersonelloven § 22 er endret med en direkte henvisning til § 4-3, se Prop. 31 L (2024–2025). Etter dette har § 22 de nødvendige henvisningene til pasient- og brukerrettighetsloven.

Videre er det foreslått en presisering i § 22 tredje ledd om at et forsikringsselskap ikke skal få gjort tilgjengelig opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd. Dette er innholdsmessig en videreføring av gjeldende rett.

7.3.2 Begrensninger i taushetsplikten – anonyme opplysninger mv.

Departementet foreslår enkelte endringer i helsepersonellovens § 23 om begrensninger i taushetsplikten.

Departementet merker seg at flere aktører er uenige i forslaget til ny ordlyd i § 23 om at taushetsplikten ikke gjelder når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at opplysningene er anonymisert. Departementets forslag var ment som en videreføring av gjeldende § 23 nr. 3 i helsepersonelloven, som gir unntak fra lovbestemt taushetsplikt og adgang til å utlevere pasientopplysninger dersom behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjenne tegn er utelatt. Unntaket er i forvaltningspraksis blitt tolket snevert, slik at det kun gjelder anonyme opplysninger. Det er lagt til grunn at bestemmelsen åpner for at alle opplysninger uansett om de kommer fra pasientjournalssystemer, et

internt kvalitetsregister eller andre opplysninger som helsepersonellet besitter og som er underlagt taushetsplikt, kan utgis dersom de etter en konkret og risikobasert vurdering er anonyme.

Høringen har vist at det synes å være ulik oppfatning av gjeldende rett. *Den norske legeforening* er negativ til forslaget og mener at bestemmelsen etter gjeldende rett, er et unntak for opplysninger som ikke er anonyme. Også *Universitetet i Oslo, juridisk fakultet* mener en slik endring i realiteten innebærer at et praktisk viktig unntak fra taushetsplikten fjernes, ved at det tas inn en forutsetning om at unntaket gjelder anonyme opplysninger. Både *Den norske legeforening* og *Universitetet i Oslo* påpeker at dersom opplysningene var reelt anonyme, ville ikke taushetsplikten slå inn i utgangspunktet. Videre uttales at når det i lovens forarbeider er brukt begrepet «anonyme» opplysninger må dette ses i lys av hva som ble ment med dette begrepet den gang (1998), og at det hadde et annet innhold enn etter dagens lovgivning.

Også *Oslo universitetssykehus HF* er negativ til forslaget, og mener det fremstår som uklart hvilken «terskel» som skal legges til grunn for vurderingen av hva som er «anonymisert». Dersom det er terskelen for hva som er anonymt etter personvernforordningen som skal legges til grunn, er Oslo universitetssykehus HF bekymret for at endringen vil få store praktiske konsekvenser for helsepersonellet. *Helse Sør-Øst RHF* mener bokstav c bør beholde gjeldende ordlyd.

Bestemmelsen gjelder de opplysningene helsepersonellet har fått kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell og selv har taushetsplikt for. Departementet vil presisere at anonymitet innebærer et strengt krav om at identifikasjon ikke skal være mulig, verken direkte eller indirekte. Det innebærer også at opplysningene ikke er underlagt taushetsplikt og at det således ikke er nødvendig med en slik bestemmelse. Informasjon som deles og som ikke er anonymt i personvernforordningens forstand, må behandles som personopplysninger. Det betyr at det må legges til grunn at det er indirekte identifiserbare personopplysninger, ikke anonyme opplysninger.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at gjeldende § 23 nr. 3 ikke skal videreføres. Departementet er enig med høringsinstansene som uttaler at det er en unødvendig bestemmelse, fordi anonyme opplysninger ikke er omfattet av taushetsplikten eller personvernregelverket. Behovet for informasjonsutveksling mellom helsepersonell anses ivaretatt ved andre bestemmelser, blant annet i forslaget til ny § 27 om deling av opplysninger til helsepersonell uten behandlerrelasjon.

Departementet foreslår imidlertid å videreføre bestemmelsen om at opplysningene kan gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov, når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde, jf. forslaget til § 23 bokstav d. Dette er en form for «sikkerhetsventil» der sekundærlovgivningen ikke eksplisitt unntar fra taushetsplikt, men pålegger andre plikter, for eksempel rapporteringsplikter, som forutsetter bruk av helseopplysninger til andre formål enn helsehjelp. Et eksempel på en slik rapporteringsplikt kan være etter bioteknologiloven kapittel 7.

Gjeldende § 23 nr. 5 om adgang til å gi melding til Mattilsynet eller politiet når det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for mishandling eller alvorlig svikt, er foreslått tatt ut og omgjort til ny § 34 b. Ordlyden er imidlertid noe endret for å oppnå bedre samsvar med § 34 a, men dette er kun av teknisk karakter.

7.3.3 Tilstøtende lovendringer

Departementet foreslår å oppheve enkelte bestemmelser som er regulert i flere lover og flytte bestemmelser fra helsepersonelloven til pasientjournalloven mv. Dette innebærer også forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet med endringene er å tydeliggjøre lovenes systematiske innretning, blant annet der helsepersonelloven regulerer helsepersonellens oppgaver og plikter, mens pasientjournalloven i større grad gjelder virksomhetens oppgaver og plikter.

Departementet foreslo at spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 om journal- og informasjonssystemer og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 oppheves. Kun et fåtall høringsinstanser har uttalt seg om forslaget. *Universitetet i Oslo, juridisk fakultet* mener spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 bør beholdes, i likhet med tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette fordi de synliggjør sammenhengen mellom forsvarlighetsplikten og plikten til å tilgjengeliggjøre pasientopplysninger. Departementet er enig i viktigheten av at denne sammenhengen synliggjøres og mener pasientjournalloven § 7 stiller krav som er tett knyttet til muligheten for å yte forsvarlige helsetjenester, herunder plikten til å gjøre relevante og nødvendige opplysninger tilgjengelige, jf. § 7 andre ledd bokstav f.

Departementet opprettholder forslaget om at spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 om journal- og informasjonssystemer oppheves. Tilsvarende gjel-

der helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. Bakgrunnen for departementets forslag er at kravene i stor grad også følger av pasientjournalloven. Forslaget innebærer at det bare reguleres i en lov, ikke i tre lover som i gjeldende rett.

Ved enhver virksomhet i helse- og omsorgstjenesten, skal ansvar og oppgaver være tydelig avklart. Det er særlig tre former for ansvar som er relevant i denne sammenheng; helsepersonellens individansvar etter helsepersonelloven, virksomhetsansvar etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven og dataansvar etter personvernlovgivningen, herunder pasientjournalloven. Hvordan pasientjournalløsningene er bygget og satt sammen vil ha betydning for hvordan aktørene kan ivareta sitt ansvar.

Eiere og ledere i helsetjenesten har et generelt ansvar for at tjenestenes drift gjennomføres innen lovfastsatte rammer, herunder legge til rette for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Virksomhetsansvaret favner videre enn dataansvaret, som kun gjelder behandling av person- eller helseopplysninger.

Det følger av pasientjournalloven § 19, at den dataansvarlige skal sørge for at nødvendige og relevante helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte. Dette er et virksomhetsansvar.

Det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Det er imidlertid en forutsetning at opplysningene gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten jf. pasientjournalloven § 22. Hvordan opplysninger kan gjøres tilgjengelige er altså avhengig av kvaliteten på og mulighetene i IKT-systemene hos både avgiver- og mottakervirksomhetene. Videre følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 at helseforetak og andre helseinstitusjoner skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Tilsvarende plikt er også pålagt kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

At spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta hensyn til behovet for effektiv samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer, følger ikke av pasientjournalloven. Dette kravet er derfor foreslått inntatt i som nytt tredje ledd i pasientjournalloven § 7. Effektiv samhandling mellom journal- og informasjonssystemer forutsetter at disse er digitale. Departementet viser til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 3, hvor det stilles krav om at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk.

Endringene er kun av teknisk karakter og endrer ikke gjeldende rett.

8 Personvern og informasjonssikkerhet

8.1 Høringsforslaget

Departementet foreslo ingen konkrete endringer i bestemmelsene som oppstiller krav til personvern eller informasjonssikkerhet. Enkelte av forslagene har imidlertid betydning i avveiningen mellom helseopplysningenes tilgjengelighet og den enkeltes personvern. Viktigheten av at den enkeltes personvern ivaretas er fremhevet.

8.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser påpeker viktigheten i å ivareta den enkeltes personvern i ved deling av opplysninger om pasienter. *Datatilsynet* uttaler at taushetsplikten er den sentrale bærebjelken i tilliten til ivaretagelse av personvernet i helse-tjenesten og at det er viktig at denne tilliten ikke utvannes gjennom inngripende utvidelser av reglene om taushetsplikt. *Helse Nord RHF* viser til at økt grad av automatisering og direkte digital tilgang til opplysninger øker risikoen for at informasjon deles med personer som ikke bør ha denne informasjonen. *Helse Nord RHF* støtter departementets vektlegging av sikkerhet knyttet til tilgjengeliggjøring av opplysninger om barn og unge, samt trusselutsatte personer. *Trondheim kommune* mener det bør vurderes å regulere tilgjengeliggjøring av helseopplysninger til barn og unge i forskrift, herunder hvorvidt barnet skal gis innsyn, i hva og hvordan innsyn skal gis. For å sikre at sperret adresse til trusselutsatte personer ikke røpes gjennom digitale plattformer, mener kommunen at også dette bør reguleres i lov eller forskrift.

8.3 Forslagets betydning for den enkeltes personvern

All pasientbehandling forutsetter behandling av helseopplysninger om pasienten. God pasientsikkerhet krever at opplysninger deles mellom helsepersonell og helsevirksomheter. God pasientsikkerhet krever derfor god informasjonssikkerhet.

Mangelfull informasjonssikkerhet kan få alvorlige konsekvenser, som feilbehandling av pasienter og at uvedkommende får tilgang til helseopplysninger. Manglende tillit til at helseopplysninger behandles forsvarlig vil også kunne få følgekonskvenser for pasientsikkerheten. Enkelte vil kunne vegre seg for å søke helsehjelp eller for å gi fra seg opplysninger som kan være avgjørende for at man mottar riktig helsehjelp.

Nødvendige og relevante helseopplysninger skal være tilgjengelige for helsepersonell og annet personell som har et tjenstlig behov for dem, slik at det kan tas riktige beslutninger og ytes forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer at man må kunne være trygg på at opplysningene er korrekte, altså at de ikke har vært gjenstand for uautorisert endring (hensynet til integritet). Samtidig må opplysningene beskyttes mot at uvedkommende får tilgang til opplysningene. Dette gjelder uautorisert tilgang både fra interne i virksomheten og eksterne (hensynet til konfidensialitet). Det skal både sikres at det finnes mekanismer som ivaretar opprettholdelse av den lovbestemte taushetsplikten (hindre intern uautorisert tilgang) og beskyttelsestiltak mot for eksempel digitale angrep fra eksterne trusselaktører. Eksterne trusselaktører kan også utnytte, bevisst eller ubevisst, enkeltpersoner til urettmessig å tilegne seg opplysninger. For å ivareta kravene til informasjonssikkerhet, er det nødvendig med gode rutiner for autorisasjon, autentisering og tilgangsstyring for øvrig.

Personvernforordningen artikkel 5 oppstiller noen grunnprinsipper for behandling av personopplysninger, herunder at det må foreligge et rettslig grunnlag for behandlingen av personopplysninger (lovlighet), at bruken av personopplysninger skal være oversiktlig og forutsigbar for den opplysningene gjelder (åpenhet), at personopplysninger kun skal behandles for spesifikke, uttrykkelige, angitte og legitime formål (formålsbegrensning), at mengden innsamlede personopplysninger skal begrenses til det som er nødvendig for å realisere formålet med innsamlingen (dataminimering) og at personopplysninger skal slettes eller anonymiseres når de ikke lenger er nødvendige for formålet de ble innhentet for (lag-

ringsbegrensning). Den dataansvarlige må også kunne dokumentere at den har gjennomført tiltak for å etterleve personvernforordningen.

Av prinsippet om lagringsbegrensning følger at personopplysninger ikke kan lagres lenger enn det som er nødvendig for formålet. Når formålet er oppnådd må personopplysningene i utgangspunktet slettes eller anonymiseres. Personvernforordningen angir ingen konkrete frister for sletting.

Departementets forslag til lovendringer innebærer en begrenset utvidelse av reglene om hvem opplysningene kan bli gjort tilgjengelige for eller i hvilke situasjoner opplysninger kan gjøres tilgjengelig. Forslagene legger til rette for ytterligere digitalisering slik at relevante og nødvendige opplysninger på en enklere og rettmessig måte kan gjøres tilgjengelig for personell som trenger dette for å yte helsehjelp. Forslagene skal bidra til bedre pasientsikkerhet og mer effektiv tilgjengeliggjøring av opplysninger som er nødvendig for å gi den enkelte pasienten forsvarlig helsehjelp med god kvalitet. Forslagenes inngrep i personvernet oppveies klart av forslagenes bidrag til et bedre tilbud om helsehjelp.

Det er bred enighet blant høringsinstansene om at personvern er et viktig premiss for tillit til helsetjenesten. Taushetsplikten anses som en sentral bærebjelke for å sikre at pasientopplysninger behandles konfidensielt. Flere høringsinstanser uttrykker bekymring for at utvidet tilgang til pasientopplysninger kan svekke personvernet. Det er frykt for at sensitive opplysninger kan bli delt unødig, og at det kan redusere pasientens tillit til helsetjenesten. Mange instanser støtter styrkede krav til logging og etterfølgende kontroll for å sikre at tilgang til opplysningene er nødvendig og relevant. Dette anses som viktig for å opprettholde personvernet. Det er et ønske om tydeligere retningslinjer og opplæring for helsepersonell for å sikre at personvernet ivaretas i praksis. Dette inkluderer hvordan opplysninger skal deles og hvem som har tilgang. Se punkt 4.3.7 om forslag til endring i kravet til logg.

Flere instanser påpeker behovet for å balansere personvernet med behovet for å gi forsvarlig helsehjelp. Det er viktig å sikre at nødvendige opplysninger kan tilgjengeliggjøres uten å kompromittere personvernet. Det er enighet om viktigheten av å ivareta personvernet, men det er også behov for å sikre at regelverket er klart og at helsepersonell har de nødvendige verktøyene og retningslinjene for å etterleve det.

Departementet er innforstått med at dess mer helseopplysninger som gjøres tilgjengelig i og

mellom virksomheter, jo flere pasienter vil helsepersonell teknisk sett kunne ha tilgang til via virksomhetens journalsystem. Det betyr imidlertid ikke at personellet vil ha tjenstlig behov for å til egne seg opplysningene. Fordi flere vil få teknisk tilgang og helseopplysningene vil bli lettere tilgjengelig, vil også risikoen for lovbrudd kunne øke. I forslaget presiseres kravene til logg, systematisk etterfølgende kontroll og tilgang til logg for innbyggerne. Se punkt 4.3.7. At det i forslag til ny § 22 a i pasientjournalloven foreslås å stille krav til at hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort skal inngå i loggen, er en utvidelse i forhold til gjeldende rett. Departementet vil presisere at kravet til logg i forslaget ikke nødvendigvis forutsetter en oversikt over hver enkelt opplysning som er gjort tilgjengelig. Det er tilstrekkelig med grupper eller kategorier av opplysninger, eller dokumenter. Det kan være aktuelt å stille ytterligere krav til dokumentasjon av tinglyggjøringen for eksempel der helseopplysninger i andre virksomheter gjøres tilgjengelig, enn det som følger av forslaget til ny § 22 a. Det følger av paragrafens andre ledd at departementet kan regulere i forskrift nærmere krav om dokumentasjonen i logg. Dette vil kunne virke forebyggende mot urettmessig oppslag og bidra til oppklaring av eventuelle lovbrudd, men vil ikke alene kunne hindre slike lovbrudd.

Ifølge personvernprinsippet om integritet og konfidensialitet (forordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav f) skal dataansvarlig sørge for tilstrekkelig sikring av personopplysningene. Det innebærer at dataansvarlig må etablere sikkerhetstiltak for å beskytte personopplysninger mot utilsiktet og ulovlig tilgang, ødeleggelse, tap eller endringer. Departementet presiserer at den dataansvarlige skal sikre at personvernet ivaretas i virksomhetenes tekniske løsninger. Dette gjelder også der den enkelte begrenser muligheten for å tilgjengeliggjøre opplysninger.

Personvernprinsippene må ses i sammenheng med de mer utfyllende funksjonelle kravene til sikkerhet i personvernforordningen artikkel 32. Der fremgår det at den dataansvarlige må sikre et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til behandlingen av personopplysninger og risikobildest. Artikkel 32 inneholder også konkrete krav til ivaretagelse av personopplysningers integritet, konfidensialitet og tilgjengelighet. Dette er tre grunnpilarer innen informasjonssikkerhet. I tillegg inneholder artikkelen et krav til robusthet, som er et nytt krav sammenlignet med tidligere lovgivning og standarder for informasjonssikkerhet. I pasientjournalloven § 22 om informasjonss-

sikkerhet er det henvist til kravene i personvernforordningen artikkel 32. Se punkt 8.5 om informasjonssikkerhet.

Videre følger det av personvernprinsippene i forordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav a at behandlingen må være rettferdig og åpen. At behandlingen skal være rettferdig innebærer at sammenhengen mellom behandlingen og formålet som er fastsatt skal være forståelig for den registrerte. Åpenhet innebærer at behandlingen skal være forutsigbar for den registrerte og ikke foregå på en måte som er skjult.

8.4 Innebygget personvern

8.4.1 Generelt

Løsninger for tilgjengeliggjøring av pasientinformasjon skal ivareta hver enkelt pasient på en god og helhetlig måte. Innebygget personvern er et krav etter personvernforordningen artikkel 25. Hva kravet innebærer er ikke konkret angitt i regelverket, men det forutsetter at gode personvernløsninger er standardinnstillinger og at det tas hensyn til personvern i alle utviklingsfaser av et system eller en løsning. Den dataansvarlige skal følge opp kravet om innebygget personvern ved utvikling av programvare, ved bestilling av system, løsninger og tjenester, og ved inngåelse av avtaler med leverandører. Kravet til innebygget personvern skal sørge for at løsningene som brukes oppfyller personvernprinsippene, ivaretar den registrertes rettigheter og at krav til sikkerhet ved behandlingen oppfylles.

Departementet vil særlig påpeke viktigheten av at personvernet til barn og unge og personer med adressesperre blir ivaretatt på en god måte gjennom innebyggede tiltak.

8.4.2 Barn og unge

Hovedregelen er at personer over 18 år har kompetanse til å treffe avgjørelse i helsemessige spørsmål. Den «helserettslige myndighetsalder» er imidlertid 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Bestemmelsens første ledd bokstav c regulerer de begrensede tilfellene der barn mellom 12 og 16 år har selvstendig samtykkekompetanse. Det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om, jf. § 3-4 andre og tredje ledd eller dersom det følger av «tiltakets art». Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gjøres tilgjengelig for foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør

respekteres ikke ønsker dette. Det er altså adgang til å tilbakeholde informasjon fra foreldrene i visse tilfeller. I situasjoner hvor en pasient under 16 år, av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldre informeres og dermed heller ikke involveres, vil vedkommende selv ha samtykkekompetansen.

Begrensninger knyttet til samtykkekompetanse, bruk av e-id og foreldreinvolvering reiser noen særlige utfordringer og hensyn som må vektlegges for barn knyttet til digitalisering av helsetjenestene.

Et illustrerende eksempel er digitale innsynstjenester i pasientjournaler. Ved slike tjenester er det avgjørende å sikre at løsningen ikke gir pasienter eller andre innsyn i opplysninger som de ikke har rett til å se. Tjenestene må kunne tilbys med samme begrensninger som gjelder for rett til innsyn etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. Opplysninger som er unntatt fra retten til innsyn i § 5-1 kan ikke gjøres tilgjengelig i denne tjenesten.

Risikoen er her særlig relatert til foreldre eller andre nærstående som kan få tilgang til opplysninger om barn mellom 12 og 16 som barnet, av grunner som bør respekteres, ikke ønsker å dele med for eksempel foreldre som har misbrukt eller på annen måte utøvd vold mot barnet. Det må derfor foretas en risikovurdering om digitalt innsyn kan gjennomføres på en slik måte at pasienters rett til forsvarlig helsehjelp blir ivaretatt.

I forbindelse med etablering av Nasjonal kjernejournal er det i Prop. 89 L (2011–2012) *Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.)* presisert at barn mellom 12 og 16 år dessuten bør gis en viss grad av selvstendig innsynsrett i nasjonal kjernejournal, i tråd med reglene som gjelder for innsyn i journal, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 og § 6-5. Det må vurderes nærmere ut fra barnets alder, modenhet og omstendighetene for øvrig hvorvidt barnet skal gis innsyn, samt i hva og hvordan innsynet skal gis. Dette må det være behandlingsansvarlig helsepersonell som vurderer.

Dette innebærer at det må utøves særlig varsomhet ved tilgjengeliggjøring av opplysninger om mindreårige pasienter, og at det må kunne tilbys særlige risikoreduserende tiltak, primært gjennom innebygde løsninger. Særlige forhold knyttet til tilgjengeliggjøring av helseopplysninger om barn og unge kan vurderes regulert i forskrift etter forslaget til helsepersonelloven § 25 fjerde ledd, eventuelt pasientjournalloven § 19 tredje ledd.

8.4.3 Personer med adressesperre

Trusselutsatte personer kan få sperret adresse i folkeregisteret, hvis politiet eller barnevernet mener det er grunnlag for slik beskyttelse, jf. folkeregisterloven § 10-4.

Tiltaket iverksettes kun ved fare for liv, helse eller frihet og bare dersom andre og mindre inn- gripende beskyttelsestiltak ikke anses tilstrekke- lig. Det er to typer adressesperringer. Den ene er «fortrolig» adresse og innebærer at adressen ikke skal utleveres til private. Den andre er «strengt fortrolig» adresse og innebærer at opplysninger om adressen ikke skal gis ut til noen. Adres- sesperre innebærer at adresseoppføringen grader- es i Folkeregisteret. Effekten av en adres- sesperre er at geolokaliserende opplysninger om trusselutsatte ikke deles. Geolokaliserende opp- lysninger er alle opplysninger som sier noe om hvor en trusselutsatt befinner seg eller skal befinne seg til en gitt tid. Det gjelder også opplys- ninger om hvilket geografisk område den trus- selutsatte er hjemmehørende i. Den egentlige adressen finnes da bare i en del av Folkeregiste- ret, som kun er tilgjengelig for Skatteetaten. Kun autoriserte personer i Skattedirektoratet vil ha til- gang til adressen.

Personer med sperret adresse har et ekstraor- dinært behov for sikkerhet for at adresse, andre kontaktopplysninger og opplysninger som kan avsløre hvor vedkommende bor, ikke er tilgjenge- lig for uvedkommende. Dette kan være informa- sjon utover selve adressen som for eksempel hvil- ken fastlege en trusselutsatt har, hvilket helse- foretak den trusselutsatte sogner til, hvilket apo- tek den trusselutsatte bruker og når den trus- selutsatte har timeavtaler i helsetjenesten. Dette setter begrensninger for tilgjengeliggjøring av opplysninger fra pasientjournalssystemene.

Dersom en trusselutsatt med sperret adresse har barn med trusselutøveren, og barn bor sammen med den trusselutsatte, vil barnets adresse også sperres. Kripos uttaler at det ikke er uvanlig at trusselutøveren fortsatt har foreldrean- svar for barn til tross for at det er truffet vedtak om sperret adresse. I slike tilfeller er det svært viktig at trusselutøveren ikke får tilgang til infor- masjon om barns oppholdssted gjennom digitale plattformer. Ved en risikovurdering av om opplys- ninger om barn skal tilgjengeliggjøres på digitale delingstjenester, må det for barn som bor på sper- ret adresse legges til grunn at konsekvensen av et konfidensialitetsbrudd kan være tap av liv. Sann- synligheten for konfidensialitetsbrudd må således reduseres tilsvarende. Dersom det ikke er mulig å

sikre at kun forelder som barnet bor sammen med får tilgang til opplysningene, bør det ikke være mulig å dele opplysninger om barn som bor på adressesperre i digitale tjenester.

8.5 Informasjonssikkerhet

I pasientjournalloven § 22 er det fastsatt krav til både dataansvarlig og databehandler med hensyn til informasjonssikkerhet, med henvisning til per- sonvernforordningen artikkel 32. Bestemmelsen har en funksjonell utforming, hvor det sikkerhets- nivået som skal oppnås og opprettholdes skal være egnet med hensyn til risikoen. Videre følger det av andre ledd at departementet i forskrift kan fastsette nærmere krav til informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger.

For å kunne oppfylle kravet til et sikkerhets- nivå som er egnet med hensyn til risikoen, må de sikkerhetstiltakene som iverksettes, være ade- kvate og dimensjonerte i forhold til den til enhver tid foreliggende risiko, med løpende vurderinger av verdier, sårbarheter og trusler. Tekniske inn- retninger som innebærer potensiell tilgang til helseopplysninger og andre sensitive opplysning- er om store deler av Norges innbyggere, vil gjerne ha større verdi enn løsninger med opplys- ninger om et avgrenset antall personer, og vil der- med også fremstå som mer attraktiv for en trusse- laktør. En trusselaktør vil også søke å rette sitt angrep mot det «svakeste punktet» i en løsning hvor det er mange aktører involvert, i den hensikt å kunne få tilgang videre. Det må videre legges til grunn at enkelte trusselaktører vil kunne ha høy motivasjon for å få tilgang til den aktuelle infor- masjonen, og besitte de nødvendige kapasiteter til å gjennomføre avanserte digitale angrep. Dette stil- ler høye krav til kartlegging av sårbarheter, og adekvate beskyttelsestiltak må identifiseres og iverksettes.

Dagens situasjon hvor journalopplysninger i stor grad lagres på desentraliserte servere ved de ulike virksomhetene, bærer med seg ulike utfor- dringer for sikkerhetsarkitekturen. Ofte står drifts- og applikasjonsleverandørene for mange av de organisatoriske og tekniske sikkerhetsmeka- nismene som omfatter de ulike journalløsningene, og håndterer dette i mange tilfeller på et tilfreds- stillende vis. En tilleggsutfordring er at tilnærmet samme informasjon er lagret flere steder, men bare oppdatert ett sted.

Likevel er det ulik modenhet i ulike virksom- heter. I kommunal helse- og omsorgstjeneste gjel- der dette spesielt tiltak som ikke håndteres av

leverandøren, for eksempel revisjon av tilganger og autorisasjoner, fysisk sikkerhet, håndtering av hendelser mv. Samtidig kan man argumentere for at trusselaktørene vil finne det vanskelig å navigere i en så desentralisert struktur og at verdien

av å bryte seg inn i et system med begrenset mengde opplysninger vil være av mindre interesse, enn et system med store informasjonsmengder.

9 Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv til Nasjonalarkivet

9.1 Høringsforslaget

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo å endre helsepersonelloven § 62 a første og andre ledd, slik at ved pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv, ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal innleveres til Riksarkivaren, ikke til Helsedirektoratet.

9.2 Høringsinstansenes syn

Arkivverket Norsk Helsearkiv og *Helsedirektoratet* støtter forslaget om å flytte ansvaret fra Helsedirektoratet til Riksarkivaren, ved Norsk Helsearkiv.

9.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder forslaget om å flytte ansvaret for oppbevaring av pasientjournalarkiv som er innlevert etter tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon jf. helsepersonelloven § 62 a. Ansvaret for pasientjournalarkivene flyttes fra Helsedirektoratet til Nasjonalarkivet.

Det er fremmet forslag til en ny Lov om dokumentasjon og arkiv (arkivlova) jf. Prop 52 L (2024-2025) og Innst. 304 L (2024-2025). I arkivlova er «Riksarkivaren» erstattet med «Nasjonalarkivet». Nasjonalarkivet brukes følgelig også i dette lovforslaget.

I forbindelse med omorganiseringen av sentral helseforvaltning høsten 2023, ble flere oppgaver knyttet til Helsedirektoratets ansvar for pasientjournalarkiv ved opphør av virksomhet, samt innlevering av pasientjournalarkiv ved tap og suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning flyttet til Arkivverket og Norsk helsearkiv.

Etter helsepersonelloven § 62 a kan Statens helsetilsyn, ved tap av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, pålegge innlevering av journalarkivet til Helsedirektoratet. Ved lov 21.

juni 2024 (i kraft 1. januar 2025) er det tilføyd en bestemmelse om plikt til innlevering ved tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for alltid. Plikten gjelder når det ikke er aktuelt å overføre journalarkivet til et bestemt helsepersonell eller til en bestemt virksomhet.

Formålet med bestemmelsene er blant annet å understøtte hensynene bak dokumentasjonsplikten. Dokumentasjonsplikten er begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og hensynet til etterprøvbarehet av helsehjelpen som er gitt. Dokumentasjonsplikten skal sikre at opplysninger som er nødvendig og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Systemet gjør det enkelt for pasienter å få innsyn i egen journal, og enkelt for helsepersonell som trenger opplysninger for å yte helsehjelp, ved at de vet hvor de kan henvende seg for å få innsyn i de enkelte pasientjournalene. Videre legger systemet til rette for at opplysningene kan brukes i saker der det er spørsmål om pasientskadeerstatning og til andre formål som opplysninger i pasientjournalen brukes til. Se Prop. 99 L (2011–2012) *Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.)*.

Helsedirektoratet er i dag dataansvarlig for ordningen og Riksarkivaren er databehandler. Den faktiske gjennomføringen av oppgavene gjøres av Norsk helsearkiv som er en særskilt virksomhet innenfor Arkivverket. Departementet vurderte at dataansvaret for ordningen, da den ble opprettet, skulle legges til Helsedirektoratet (Prop. 150 L (2016–2017) punkt 10). Begrunnelsen var at formålet med ordningen er å sikre pasientens rettigheter og helsepersonells tilgang til opplysningene i pasientbehandlingen. Dette fordret blant annet helsefaglige vurderinger og derfor burde ansvaret legges til en instans innen helse- og omsorgsforvaltningen eller -tjenesten.

Det var ikke mange høringsinstanser som uttalte seg om forslaget. Departementet merker seg imidlertid at både *Helsedirektoratet* og *Arkivverket Norsk helsearkiv*, støtter forslaget.

Helsedirektoratet uttaler at Riksarkivaren ved Norsk helsearkiv har vært databehandler siden etableringen av ordningen og at det er inngått tjenesteavtale mellom Helsedirektoratet og Norsk helsearkiv som har regulert oppgavefordelingen mellom virksomhetene. Når alle oppgaver knyttet til forvaltningen av ordningen nå er flyttet fra Helsedirektoratet til Riksarkivaren ved Norsk helsearkiv, er forslaget om å flytte dataansvaret for ordningen en naturlig konsekvens av dette. Hensynet til forenkling, effektivisering og tydelig ansvars plassering tilsier at også dataansvaret overføres. Dette vil bidra til et helhetlig og godt eierskap til ordningen hos Norsk helsearkiv.

Departementet vurderer at Nasjonalarkivet og Norsk helsearkiv har like gode forutsetninger som Helsedirektoratet til å ivareta formålet med innleveringsbestemmelsene. Norsk helsearkiv har lang erfaring og opparbeidet seg god kunnskap om de vurderingene som må gjøres etter helselovgivningen ved forespørsel om utleveringer

fra journalarkivene. Når også alle oppgavene knyttet til forvaltningen av ordningen flyttes fra Helsedirektoratet til Nasjonalarkivet og Norsk helsearkiv, er det ikke lenger Helsedirektoratet som er nærmest til å gjøre nødvendige helsefaglige og juridiske vurderinger ved tilgjengeliggjøring av pasientjournalene. Dette underbygges også av at Norsk helsearkiv har ansvaret for Helsearkivregisteret. Ansvar for Helsearkivregisteret innebærer ivaretagelse av arkivplikt for spesialisthelsetjenesten og tilrettelegging for sekundærbruk som hovedformål. I praksis dreier det seg om å ta vare på eldre, bevaringsverdige pasientarkiver fra helseforetakene, og gjøre helseopplysninger i arkivet tilgjengelig for forskere og pårørende i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.

På denne bakgrunn foreslår departementet å flytte ansvaret for å motta og oppbevare pasientjournalarkiv etter helsepersonelloven § 62 a fra Helsedirektoratet til Nasjonalarkivet.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget til endringer i taushetspliktsbestemmelsene har i seg selv ingen økonomiske eller administrative konsekvenser. Endringene innebærer ikke nye krav til tekniske løsninger, men dersom virksomhetene ønsker å følge opp forslaget med teknisk tilrettelegging av enklere delingsmekanismer, vil det kunne ha kostnader, både de som skal avgi og de som oppsøker informasjon. Endringene tydeliggjør kravet om systematisk kontroll av tilgjengeliggjøring av opplysninger i virksomhetene (logg) som vil kunne ha økonomiske konsekvenser for virksomhetene som ikke har tilfredsstillende løsninger i dag, men dette har vært et krav siden ikrafttreddelsen av pasientjournalloven i 2015.

Det forventes at endringene vil ha positive effekter i form av økt effektivitet, pasientsikkerhet

og kvalitet. Det henger sammen med at endringene skal bidra til å gjøre helseopplysninger mer tilgjengelig for behandling av pasientene (informasjonsdeling) og gjøre regelverket mer digitaliseringsvennlig. Endringene skal også gjøre regelverket lettere å bruke. Det forventes på bakgrunn av dette tidsbesparelser for helsepersonell som kan ha positive konsekvenser for personellbehov.

Departementets forslag om å overføre ansvaret for pasientjournaler etter helsepersonelloven § 62 a fra Helsedirektoratet til Nasjonalarkivet, har ingen vesentlige økonomiske konsekvenser og håndteres innenfor gjeldende økonomiske rammer. Riksarkivaren ved Norsk helsearkiv overtok fra 1. juni 2024 alle oppgaver knyttet til ordningen.

11 Merknader til lovforslaget

11.1 Endringer i helsepersonelloven

Til § 21 Helsepersonells taushetsplikt

Paragrafen er en videreføring av gjeldende rett. Den er en sammenslåing av gjeldende § 21 og § 21 a i helsepersonelloven, med redaksjonelle og lovtekniske endringer. I tillegg presiseres det at bruk av helseopplysninger til private formål også vil være et brudd på taushetsplikten. Opplysninger som kan røpe identiteten til personer som kontakter medisinsk nødmeldetjeneste er også omfattet av taushetsplikten.

Første ledd definerer hva som er underlagt taushetsplikt. Det er ingen innholdsmessige endringer i taushetsplikten slik den fremkommer av gjeldende § 21.

For at en opplysning skal være underlagt taushetsplikt, er det en forutsetning at den kan knyttes til en bestemt enkeltperson. Bestemmelsen fastsetter at «opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold» er underlagt taushetsplikt. Derfor vil ikke taushetsplikt være til hinder for tilgjengeliggjøring av anonyme opplysninger.

Se nærmere om innholdet i taushetsplikten blant annet i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) punkt 11 og merknadene til bestemmelsen i del VIII.

Andre ledd regulerer hva det innebærer at en opplysning er underlagt taushetsplikt.

Uttrykket «private formål» i *andre ledd bokstav c* skal forstås vidt og inkluderer også situasjoner der opplysningene utnyttes for å ivareta andres interesser, som en ektefelle, egne barn, slekt, venner, kolleger og naboer. Se også omtale av «private formål» i Prop. 79 L (2024–2025) om ny forvaltningslov punkt 30 og spesialmerknadene til § 30.

Andre ledd bokstav d fastsetter at helsepersonell ikke urettmessig skal tilegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger. Bestemmelsen er flyttet fra gjeldende § 21 a og skal forstås på samme måte. Tilsvarende forbud er lovfestet i pasientjournalloven § 16.

I *tredje ledd* fastsettes det at opplysninger som kan røpe identiteten til en person som tar kontakt

med den medisinske nødmeldetjenesten også er omfattet av taushetsplikten. Det er typisk tilfeller der en person ringer til medisinsk nødmeldetjenesten, men som ikke er den som trenger helsehjelp. Dersom det av samtalen fremkommer helseopplysninger også om innringer i tillegg til den som trenger helsehjelp, vil disse opplysningene omfattes av taushetsplikten etter paragrafens første ledd.

For blant annet å sikre forsvarlige redningsaksjoner er det fastsatt unntak fra denne hovedregelen når det er fare for liv eller helse. Når det ikke lenger er fare for liv eller helse, vil opplysningene igjen være omfattet av taushetsplikten.

Av *fjerde ledd* følger at taushetsplikten etter første til tredje ledd gjelder tilsvarende for andre som mottar opplysninger etter § 25, § 28, § 29 a, § 29 e og § 29 f. Denne bestemmelsen er tatt inn for å klargjøre at også de som ikke omfattes av definisjonen av helsepersonell i § 3, men får tilgjengeliggjort opplysninger er omfattet av bestemmelsene om taushetsplikt. Dette er en videreføring og flytting av tilsvarende presiseringer i gjeldende unntaks- og dispensasjonshjemler i gjeldende § 25 fjerde ledd, § 26 fjerde ledd, § 29 femte ledd og § 29 d andre ledd andre punktum. Se punkt 3.3.9.

Personell må på forespørsel kunne begrunne tilgjengeliggjøringen av opplysningene. Begrunnelsen for hvorfor et personell har tilgjengeliggjort opplysninger vil i de aller fleste tilfellene fremkomme av logg, se også ny § 22 a i pasientjournalloven. Illegitime oppslag vil kunne påtales av virksomheten, pasienten, tilsynsmyndigheten og påtalemyndigheten.

Se nærmere om hovedregelen om helsepersonells taushetsplikt i punkt 3.3.

Til § 22 Bortfall av taushetsplikt ved samtykke

Paragrafen viderefører gjeldende § 22 med enkelte språklige endringer og flytting av bestemmelsen om utlevering av opplysninger til forsikringssselskap fra første ledd andre punktum til nytt tredje ledd. Forslaget innebærer ikke endringer i gjeldende rett. Se blant annet Ot.prp.

nr. 13 (1998–99), Prop. 75 L (2016–2017) og Prop. 31 L (2024–2025).

Det gjelder ingen særlige formkrav for at samtykket skal være gyldig, men samtykket må være informert. Det kan etter omstendighetene legges til grunn et stilltiende samtykke i enkelte situasjoner. Departementet viser for øvrig til Ot.prp. nr. 13 (1998–99) punkt 26:

Hvis det åpenbart er i pasientens interesse, men vedkommende av en eller annen grunn ikke er i stand til å gi samtykke, kan slikt samtykke presumeres. Med åpenbart menes utvilsomt. Det må vurderes utfra opplysningenes art og vedkommendes formodede vilje.

Dette betyr at samtykke etter paragrafen ikke nødvendigvis vil oppfylle kravene til gyldig samtykke etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Et samtykke som ikke oppfyller kravene etter personvernforordningen, vil ikke gi behandlingsgrunnlag for tilgjengeliggjøringen eller for mottakerens forskning eller annen bruk av opplysningene. Tilgjengeliggjøringen må da ha et annet behandlingsgrunnlag, for eksempel artikkel 6 nr. 1 bokstav d og artikkel 9 nr. 2 bokstav c. Personopplysninger som er gjort tilgjengelig basert på et slikt samtykke, kan heller ikke benyttes til forskning mv. uten et annet behandlingsgrunnlag, for eksempel artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav j, med dispensasjon fra taushetsplikten eller annet supplerende rettsgrunnlag.

Se nærmere i punkt 7.3.1.

Til § 23 Begrensninger i taushetsplikten

Paragrafen viderefører gjeldende § 23 i helsepersonelloven, som gir en oppregning av unntak som kan komme til anvendelse og som begrenser taushetsplikten. Den nye paragrafen skal forstås på samme måte som gjeldende § 23. Se Ot.prp. nr. 13 (1998–99) merknadene til § 23 i punkt 26.

Gjeldende § 23 nr. 3 som sier «at opplysninger [kan] gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt», er ikke videreført. Dette innebærer ingen endring i gjeldende rett. Begrunnelsen er at anonyme opplysninger ikke er omfattet av taushetsplikten eller av personvernreglene. Se punkt 7.3.2.

Gjeldende § 23 nr. 5 flyttes til ny § 34 b.

Til § 24 Opplysninger etter en persons død

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. Henvisningen til § 21 er tatt ut da unntaket etter § 24 gjelder all taushetsplikt ikke bare taushetsplikt etter helsepersonelloven. For øvrig videreføres gjeldende § 24.

Til § 25 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp

Paragrafen slår fast at opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelige for helsepersonell eller for annet samarbeidende personell, når opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. Se punkt 4.3. Med tilgjengeliggjøring menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige for mottakeren. Se punkt 4.3.2 om begrepet tilgjengeliggjøring. Paragrafen korresponderer med pasientjournalloven § 19 som fastsetter en plikt for den dataansvarlige til å tilgjengeliggjøre opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp.

Første ledd er en videreføring av gjeldende § 25 første ledd og deler av § 45 første ledd.

Andre ledd første punktum er en videreføring av gjeldende § 45 andre ledd.

Av pedagogiske hensyn er muligheten til å gi direkte tilgang som én av flere former for tilgjengeliggjøring presisert i bestemmelsens *andre ledd andre punktum*.

Tredje ledd er nytt, og slår fast at det er personellet som skal bruke opplysningene som har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige (se punkt 4.3.4). Dette betyr at helsepersonellet som er i behov av opplysningen til ytelse av helsehjelp, selv vurderer hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige.

Om helseopplysningene er relevante og nødvendige, vil måtte baseres på vurderinger gjort før opplysningene er lest og vurdert. Dette innebærer at vurderingen må knyttes til om helsepersonellet har et berettiget behov for å avklare om de aktuelle opplysningene er relevante og nødvendige. Denne vurderingen må helsepersonellet foreta på bakgrunn av sin helsefaglige kunnskap og sine helsefaglige oppgaver og tjenstlige behov. At personell vil få kjennskap til flere opplysninger enn det som i etterkant viser seg å være relevante og nødvendige må aksepteres og vil ikke i seg selv innebære et brudd på taushetsplikten.

Vurderingen som den enkelte gjør, skal være innenfor rammene av det den enkelte er autorisert for (rolle) og i henhold til rutinene i virksom-

heten der vedkommende yter helsehjelp. Alle oppslag skal logges og markeres med hvem som gjorde oppslaget. Virksomhetene må ha et systematisk forhold til etterfølgende kontroll av loggene for å avdekke «snoking». Reservasjon mot tilgjengeliggjøring ett sted må følge opplysningen uavhengig hvor det gis tilgang fra. Dette er nærmere omtalt i punkt 4.3.7. Se også forslag til ny § 22 a i pasientjournalloven om krav til dokumentasjon av tilgjengeliggjøring.

Prinsippene for vurdering av tjenstlig behov vil være de samme, uavhengig av om det aktuelle helsepersonellet får tilgjengeliggjort opplysninger fra egen eller samarbeidende virksomhet. Se nærmere om tjenstlig behov i punkt 3.3.5.

At personellet som skal bruke opplysningene har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige, betyr ikke at personell med tjenstlig behov kan kreve digital tilgang til journalsystemene der informasjonen er nedtegnet. Dette må i tilfelle avtales mellom virksomhetene.

Som det fremkommer av Prop. 91 L (2021–2022) punkt 5.4.5, kan tilgjengeliggjøringen baseres på en forhåndsvurdering av om vilkårene for tilgjengeliggjøring er oppfylt. En slik forhåndsvurdering må i tilfelle være knyttet til kategorier av opplysninger o.l., ikke den konkrete vurderingen av om opplysningene er relevante og nødvendige for den aktuelle helsehjelpen. Det er en forutsetning at opplysningene er vurdert som egnet for tilgjengeliggjøring for en større gruppe helsepersonell, som potensielt vil kunne ha tjenstlig behov for opplysningene.

En slik forhåndsvurdering vil særlig kunne være aktuell ved automatisert deling av journalopplysninger mellom virksomheter. Vurderingen kan være nødvendig for å ivareta informasjonssikkerheten i virksomheten og samtidig legge til rette for at relevant og nødvendig informasjon er tilgjengelig for helsepersonell utenfor virksomheten.

Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysningene, jf. forslaget til helsepersonelloven § 29.

Til § 26 Oversendelse av epikrise

Paragrafen oppstiller en plikt til å sende epikrise ved utskrivning fra helseinstitusjoner, etter poliklinisk behandling eller etter behandling hos spesialist. Epikrisen skal sendes til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste

lege. Formålet med bestemmelsen er å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp etter utskrivning, og å bidra til læring og kvalitetssikring hos innleggende/henvisende personell.

Begrepene «oversendelse» og «sende» er brukt for å få frem at det er tale om en plikt til å sende epikrisen av eget tiltak, på en måte som gjør at epikrisen kan tas inn i pasientens journal hos mottakeren. Det følger av forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 6 nr. 3 at helseinstitusjoner skal benytte «epikrisemelding».

Paragrafen erstatter gjeldende § 45 a i helsepersonelloven. Det er gjort språklige og redaksjonelle endringer i paragrafens ordlyd. Blant annet er overskriften på paragrafen endret fra «Epikrise» til «Oversendelse av epikrise».

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dette er et veiledende prinsipp som i dag står i lovteksten, og som fortsatt bør legges til grunn selv om dette ikke er videreført i paragrafen.

Pasienten har rett til å motsette seg oversendelse av epikrise, jf. helsepersonelloven § 29.

Det er ellers ikke gjort noen endringer i gjeldende regler. Paragrafen skal derfor forstås på samme måte som gjeldende § 45 a. Se nærmere om paragrafen i Prop. 87 L (2012–2013) punkt 3.4 og merknadene til § 45 a i punkt 8.

Til § 27 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsepersonell uten behandlerrelasjon

Gjeldende § 25 a og § 25 b i helsepersonelloven, om helsefaglige arbeidsfelleskap og opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient er slått sammen til én ny paragraf. Adgangen til tilgjengeliggjøring er utvidet på flere punkter. Se punkt 5.3.

Det følger av *første ledd bokstav a* at opplysninger kan gjøres tilgjengelige for helsepersonell i helsefaglige arbeidsfelleskap, når formålet er å støtte helsepersonellet i å treffe beslutninger om helsehjelp, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp. Denne bestemmelsen skal erstatte gjeldende § 25 a i helsepersonelloven.

Paragrafen gjelder nå alle former for tilgjengeliggjøring. Med tilgjengeliggjøring menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige for mottakeren, se punkt 4.3.2. Dette betyr at tilgjengeliggjøring også vil kunne gjøres for eksempel ved oppslag i journal. Avgrensningen i gjeldende § 25 a andre ledd mot oppslag i journal er med andre ord ikke videreført.

Det følger av *første ledd* bokstav b at helsepersonell også kan få tilgjengeliggjort opplysninger om pasienter de ikke har en behandlerrelasjon til. Denne bestemmelsen erstatter gjeldende § 25 b i helsepersonelloven. I dag er adgangen til tilgjengeliggjøring begrenset til leger og tannleger som virksomheten har utpekt. Etter den nye bestemmelsen gjelder dette alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Dette er en snevrere krets personer enn dem som omfattes av bokstav a.

Det er presisert i *andre ledd* at opplysninger som tilgjengeliggjøres må være relevante og nødvendige for formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten at pasientens navn og fødselsnummer fremgår. Det samme følger av prinsippet om dataminimering i personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c, men er presisert i loven av pedagogiske hensyn.

Etter *tredje ledd* er departementet gitt anledning til i forskrift å bestemme at enkelte personellgrupper uten autorisasjon eller lisens med særskilte oppgaver i konkrete behandlingsforløp kan få tilgjengeliggjort opplysninger etter første ledd bokstav b på samme vilkår som helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Denne forskriftshjemmelen er ny.

Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysningene, jf. helsepersonelloven § 29.

Til § 28 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til undervisning, ekstern veiledning mv.

Paragrafen er en opprydning og samling av flere gjeldende unntak fra taushetsplikten. Den viderefører gjeldende unntak i § 25 andre ledd, § 29 c, § 29 d og § 29 e, men med enkelte utvidelser. I tillegg fastsettes et nytt unntak for opplysninger som gjøres tilgjengelig for helsepersonell som er ekstern veileder for gjennomføring av vedtak om faglig pålegg eller begrenset autorisasjon, og et nytt unntak for å kunne benytte pasientjournaler til å identifisere og kontakte potensielle deltakere til forskningsprosjekter. Se punkt 6.3.

Første ledd fastsetter flere unntak fra taushetsplikten for tilgjengeliggjøring av opplysninger. Med tilgjengeliggjøring menes ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige på, se merknadene til § 25 og punkt 4.3.2.

Unntakene fra taushetsplikten er «kan»-bestemmelser. Dette innebærer at det ikke er en plikt til å tilgjengeliggjøre selv om vilkårene er oppfylt. Dersom tilgjengeliggjøringen er arbeidskrevende og personellet av kapasitetshensyn ikke

kan prioritere dette, kan virksomheten avvise forespørselen.

Tilgjengeliggjøring av opplysninger etter § 28 skal dokumenteres jf. forslaget til ny § 22 a i pasientjournalloven. Den enkelte vil ha rett til innsyn i denne oversikten, noe som også foreslås lovfestet i ny § 22 a i pasientjournalloven.

Etter *bokstav a* kan opplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter § 48 og § 49 som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, og som skal bruke opplysningene til egen læring eller for kvalitetsforbedring av helsehjelpen. Dette er en videreføring av gjeldende § 29 c i helsepersonelloven. Ordlyden er imidlertid endret ved at begrepet «kvalitetssikring» er erstattet med «kvalitetsforbedring», se merknaden til § 29 a der det er gjort tilsvarende endring. Pasienten kan motsette seg at opplysningene tilgjengeliggjøres, jf. § 29.

Etter *bokstav b* kan opplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell som har undervisningsansvar, og som arbeider i virksomheten der pasientene har mottatt helsehjelp, for å finne opplysninger om pasienter som egner seg i undervisning for å sikre forsvarlig utdanning av helsepersonell eller helsefaglige studenter. Bestemmelsen gir ikke unntak fra taushetsplikten for at personellet kan dele opplysningene videre. Opplysninger som brukes i undervisningen må være anonymisert eller pasienten må ha gitt samtykke. Se punkt 6.3.3.

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende § 29 e i helsepersonelloven. I tillegg er det gjort en språklig endring i bestemmelsen, ved at «opplæring» endres til «utdanning».

Den nye bestemmelsen utvider gruppen helsepersonell som kan slå opp i pasientjournaler for å finne opplysninger. Unntakshjemmelen skal ikke ikke lenger bare gjelde leger og tannleger, men alt helsepersonell med undervisningsansvar som arbeider ved virksomheten der pasienten har fått helsehjelp. Dette vil først og fremst være personell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48 a eller § 49. Det vil imidlertid også kunne være annet personell som yter helsehjelp, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd.

Opplysningene må være *egnet* til å brukes i undervisningen. Og bestemmelsen åpner kun for at personell med undervisningsansvar kan gjøre oppslag i journalen. Det er virksomheten der helsepersonellet utfører sine arbeidsoppgaver som må autorisere personellet og gi de tilgangene som er nødvendige for at disse kan utføre sine arbeids-

oppgaver. Virksomheten har gjennom krav til internkontroll og informasjonssikkerhet, som styring gjennom rutiner og prosedyrer og logging av oppslag som gjøres i journalsystemene, et ansvar for å forebygge urettmessige oppslag i journal.

Det er en forutsetning at helsepersonellet har et tjenstlig behov for å få opplysningene. Hva som anses som tjenstlig behov må i denne sammenheng knyttes til det enkelte helsepersonellens undervisningsansvar. Det vil være naturlig at helsepersonell har undervisningsansvar for personell og helsefaglige studenter i samme profesjon eller som utfører samme type helsehjelp, som helsepersonellet selv. Muligheten til å søke i pasientjournaler etter opplysninger som er egnet for undervisning, bør i utgangspunktet være avgrenset til de tilgangene det enkelte helsepersonellet har i forbindelse med behandling av pasienter. Dersom tilgangen skal utvides, må dette begrunnes konkret i den enkeltes undervisningsansvar. Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysningene, jf. helsepersonelloven § 29.

Bestemmelsen i *bokstav c* er ny. I de tilfellene der det brukes en ekstern veileder for å følge opp vedtak om faglig pålegg eller begrenset autorisasjon etter helsepersonelloven § 56 eller § 59, kan helseopplysninger som er nødvendige for gjennomføringen av det faglige pålegget eller vilkår for begrenset autorisasjon, tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt. Se punkt 6.3.4.

Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysningene, jf. helsepersonelloven § 29.

Bestemmelsen i *bokstav d* slår fast at opplysninger kan tilgjengeliggjøres for personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, når dette er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende § 25 andre ledd og skal fortolkes på samme måte.

Bestemmelsen i *bokstav e* slår fast at opplysninger kan tilgjengeliggjøres for virksomhetens pasientadministrasjon når det gjelder pasientens fødselsnummer eller annen unik identifikator og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende § 26 tredje ledd og skal fortolkes på samme måte.

Bestemmelsen i *bokstav f* slår fast at opplysninger kan tilgjengeliggjøres for samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. § 10 a. Bestemmelsen er en vide-

reføring av gjeldende § 25 tredje ledd og skal fortolkes på samme måte. Pasientenes rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring er imidlertid ikke videreført, se punkt 6.3.6.

Bestemmelsen i *bokstav g* slår fast at opplysninger kan tilgjengeliggjøres for virksomhetens ledelse for å identifisere pasientgrunnlag eller kontakthinformatjon til pasienter for inklusjon i konkrete forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter. Denne bestemmelsen er ny. Se punkt 6.3.5.

Virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten kan gjøre oppslag i sine pasientjournalsystemer for å kartlegge om virksomheten har et tilstrekkelig relevant pasientgrunnlag for at virksomheten selv eller andre, skal kunne starte opp eller delta i et forskningsprosjekt.

Bestemmelsen gir kun hjemmel til identifikasjon av et pasientgrunnlag, altså en ren telling av pasientkasus og ikke til å bruke opplysningene videre. Bestemmelsen hjemler heller ikke at grunnlaget lagres ved opprettelse av et register med potensielle forskningsdeltakere. Dette betyr at dersom det blir aktuelt for virksomheten å igangsette eller for at virksomheten skal kunne delta i et forskningsprosjekt, må det gjøres en ny identifisering av potensielle deltakere i det konkrete forskningsprosjektet. Videre må en beslutning om å kunne foreta en slik kartlegging være forankret i ledelsen, tilgjengeliggjøringen må logges og pasientene kan reservere seg mot slik tilgjengeliggjøring. I tillegg må vedkommende personell som utfører kartleggingen ha tjenstlig behov for å utføre oppgaven. I dette tilfellet betyr det at personellet har fått delegert oppgaven på vegne av virksomhetens ledelse.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til utlevering av opplysninger om den enkelte, men hjemler en ren telling av om en virksomhet har pasientgrunnlag som egner seg for inklusjon i et mulig framtidig konkret forskningsprosjekt. Pasientgrunnlaget kan utgis i anonym form til interne og eksterne forskere. Dersom det blir aktuelt å starte opp eller delta i et forskningsprosjekt, kreves et annet rettslig grunnlag for å behandle opplysningene. Dette kan være pasientens samtykke, eller dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 e.

Virksomhetens ledelse kan også få tilgjengeliggjort pasienters kontakthinformatjon der formålet er å rekruttere pasienter til et konkret forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekt. Det er virksomheten selv som skal få kontaktopplysningene, og som på vegne av institusjonen som er ansvarlig for prosjektet sender ut forespørsel om

samtykke til deltakelse i et konkret prosjekt. Alle medisinsk- og helsefaglige forskningsprosjekter må ha en forhåndsgodkjenning fra REK etter helseforskningsloven § 9 før en virksomhet kan sende ut forespørsel om å deltakelse.

Det er ikke en plikt til å tilgjengeliggjøre selv om vilkårene er oppfylt. En konsekvens av dette er at dersom for eksempel et konkret kvalitets-sikringsprosjekt ikke er av en slik kvalitet, at virksomheten ønsker å bidra til at den gjennomføres, eller av kapasitetshensyn ikke ønsker å prioritere slikt arbeid, kan virksomheten avvise forespørselen om å sende ut samtykkeskriv til deltakelse.

Bestemmelsen i *bokstav h* sier at opplysninger kan gjøres tilgjengelige for klinisk etikkomité når opplysningene er nødvendige for at komiteen skal kunne bistå helsepersonellet med råd eller drøftelse av etiske utfordringer i et konkret tilfelle. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende § 29 d i helsepersonelloven. Pasienten har rett til å motsette seg tilgjengeliggjøringen av opplysningene jf. § 29.

Det presiseres i *andre ledd* at opplysninger som tilgjengeliggjøres skal være relevante og nødvendige for formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta det aktuelle formålet, og opplysningene skal så langt det er mulig gis uten pasientens navn eller fødselsnummer. Det samme følger av prinsippet om dataminimering i personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c, men er tatt inn i loven av pedagogiske hensyn. Ved tilgjengeliggjøring til klinisk etikkomité etter første ledd bokstav h, skal det uansett ikke tilgjengeliggjøres navn eller fødselsnummer.

Til § 29 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Paragrafen er ny og fastsetter i *første ledd* pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger etter helsepersonelloven § 25, § 26, § 27 og § 28 bokstav a, b, c og h. Dette er en delvis videreføring av gjeldende rett, der retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring (reservasjonsretten) er spredt i flere paragrafer. Ordlyden er harmonisert med pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 og skal forstås på samme måte.

På samme måte som i pasient- og brukerrettighetsloven står det i *andre ledd* at opplysningene heller ikke kan tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel.

Tredje ledd sier som pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 at tilgjengeliggjøring likevel kan skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

Dette vil i praksis være alle situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade. Dette gjelder også i de tilfeller der det er *pasienten selv* som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Se punkt 4.3.6 og 6.3.6.

Til § 29 a Opplysninger til virksomhetens ledelse

Paragrafen viderefører og erstatter gjeldende § 26. Den fastsetter unntak fra taushetsplikten ved tilgjengeliggjøring av opplysninger for virksomhetens ledelse, når formålet er helsehjelp, internkontroll, intern kvalitetsforbedring av tjenesten eller kvalitetsforbedring av behandlingsforløp. Se nærmere i punkt 6.3.1 og 6.3.2.

Nytt er at unntaket også omfatter utarbeidelse av statistikk, uavhengig av hva statistikken skal brukes til. Bestemmelsen vil gi unntak fra taushetsplikten for å kunne overføre opplysningene til virksomhetens ledelse, som vil ha rettslig grunnlag til å utarbeide statistikk som skal brukes i internkontrollen, kvalitetsforbedringen mv. Statistikken skal være anonym slik at enkeltpersoner ikke kan identifiseres ut fra statistikken.

Begrepet tilgjengeliggjøring omfatter ulike måter og tekniske løsninger for å gjøre opplysningene tilgjengelige på. En måte å gjøre opplysningene tilgjengelige på er at lederen gis autorisasjon til selv å søke etter relevante opplysninger (tilgang eller oppslag). En annen måte er at vedkommende får opplysningene utlevert, enten ved utskrift på papir eller ved elektronisk oversendelse. Se punkt 4.3.2.

Opplysningene kan etter § 29 a bare tilgjengeliggjøres for virksomhetens ledelse. Hva som er virksomhetens ledelse, skal forstås på samme måte som etter gjeldende § 26. Med virksomhetens ledelse innen den offentlige spesialisthelsetjenesten menes helseforetaket. Innenfor den enkelte kommune betyr kravet om nødvendighet og dataminimering at det i praksis vil være ledelsen i helse- og omsorgstjenesten.

Unntaksadgangen gjelder for det første tilgjengeliggjøring internt i virksomheten, jf. *første ledd første punktum*. Dette er en videreføring av gjeldende § 26 første ledd.

For det andre åpner *første ledd andre punktum* for tilgjengeliggjøring på tvers av virksomheter. Dette skal som nå gjelde opplysninger mellom virksomheter som har etablert felles behandlingsrettet helseregister etter pasientjournalloven § 9. I tillegg er unntaket utvidet i *andre ledd* til også å gjelde behandlingsforløp på tvers av virksomheter.

Det kan da tilgjengeliggjøres opplysninger om *egne* pasienter til en *annen* virksomhet når opplysningene skal brukes til kvalitetsforbedring av behandlingsforløp. Utvidelsen avgrenses således til pasienter som virksomheten har eller har hatt en behandlerrelasjon til.

Unntakene i første og andre ledd gjelder blant annet «intern kvalitetsforbedring av tjenesten» og «kvalitetsforbedring av behandlingsforløp». Begrepet «kvalitetssikring» er erstattet med «kvalitetsforbedring». Kvalitetsforbedring er knyttet til en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Dette vil også omfatte plikten til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødige skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser, og innebærer blant annet å identifisere svikt og risikoområder som grunnlag for å forhindre og unngå unødige pasientskader.

Det presiseres i *tredje ledd* at opplysningene som tilgjengeliggjøres skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta det aktuelle formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten at pasientens navn og fødselsnummer fremgår. Dette er en presisering av prinsippet om data-minimering etter personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c. Se også punkt 6.3.7.

Det følger av ny § 22 a i pasientjournalloven at tilgjengeliggjøring av opplysninger etter helsepersonelloven § 29 a skal dokumenteres. Den enkelte vil ha rett til innsyn i denne dokumentasjonen. Virksomhetens ledelse og behandlingen av opplysningene vil være underlagt lovpålagt taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 fjerde ledd og pasientjournalloven § 15 om taushetsplikt.

Til § 29 b Opplysninger som sakkyndig

Paragrafen er en videreføring av gjeldende § 27 i helsepersonelloven. Taushetsplikt er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver.

Til § 29 c Opplysninger til arbeidsgiver

Paragrafen er en videreføring av gjeldende § 28 i helsepersonelloven. Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren.

Til § 29 d Opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger

Paragrafen er en videreføring av gjeldende § 29 a i helsepersonelloven.

Til § 29 e Dispensasjon fra taushetsplikt

Paragrafen er en videreføring av gjeldende § 29 i helsepersonelloven som sier at departementet kan bestemme at opplysninger skal tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt. Dispensasjonsadgangen gjelder opplysninger fra pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre, dvs. journalopplysninger i helse- og omsorgstjenesten, og ikke helseopplysninger for eksempel hos NAV.

Det er tatt inn endringer i *første ledd* som er foreslått i Prop. 109 L (2024–2025) om endringer i helseforskningsloven mv., punkt 14.5.2 og punkt 16.2 merknadene til § 29. Endringene gjelder dispensasjon for å utvikle eller bruke beslutningsstøtteverktøy. Det er også satt inn et vilkår om at det skal være umulig eller vanskelig å innhente samtykke fra et tilstrekkelig utvalg av de registrerte. I *fjerde ledd andre punktum* er henvisningen til helseforskningsloven § 33 endret til § 9. Helseforskningsloven § 33 om krav om forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ved behandling av helseopplysninger i forskning, er også foreslått opphevet i Prop. 109 L (2024–2025). Kravet om forhåndsgodkjenning følger da bare av helseforskningsloven § 9. Henvisningen i helsepersonelloven er dermed endret tilsvarende.

I fjerde ledd er det tatt inn et nytt *tredje punktum* som foreslått i Prop. 152 L (2024–2025) om endringer i helselovgivningen (tilgjengeliggjøring av helsedata og krav til tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak).

Gjeldende § 29 femte ledd, om at når noen mottar taushetsbelagte opplysninger etter denne paragrafen, gjelder taushetsplikten etter § 21 tilsvarende for mottakeren, er opphevet og flyttet til ny § 21 fjerde ledd.

Til § 29 f Deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse

Departementet kan etter søknad bestemme at taushetsplikt ikke skal være til hinder for deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse. Bestemmelsen tilsvarende forslag til ny dispensasjonshjemmel som er fremmet i Prop. 109 L (2024–2025) om endringer i helseforskningsloven

mv., punkt 14.5.1 og punkt 16.2 merknadene til § 29 b.

Til § 32 Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I *første og andre ledd* er henvisningene til helsepersonelloven § 21 tatt ut. Unntaket fra taushetsplikt gjelder uavhengig av hvor taushetsplikten er hjemlet, på samme måte som de andre unntakene i helsepersonelloven.

Til § 33 Opplysningsplikt til barnevernet

I *andre ledd* er henvisningen til helsepersonelloven § 21 tatt ut. Unntaket fra taushetsplikt gjelder uavhengig av hvor taushetsplikten er hjemlet, på samme måte som de andre unntakene i helsepersonelloven.

Til § 34 b Adgang til å gi opplysninger i forbindelse med sviktende dyrehold

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi melding til Mattilsynet eller politiet når det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig. Bestemmelsen er flyttet fra gjeldende § 23 nr. 5 i helsepersonelloven. Ordlyden er justert noe, men forslaget innebærer ikke innholdsmessige endringer.

Det kreves ikke at helsepersonellet skal ha sikker kunnskap om at det foreligger mishandling eller svikt, jf. begrepet «grunn til å tro». Helsepersonellet må imidlertid ha en berettiget mistanke om at dyrene utsettes for mishandling eller alvorlig svikt.

Paragrafen gir bare helsepersonellet en varslingsrett, ikke en varslingsplikt. Selv om det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell, må helsepersonellet likevel foreta en konkret helhetsvurdering av om det er «rettmessig» å gi opplysninger videre. Se for øvrig Ot.prp. nr. 15 (2008–2009) *Om lov om dyrevelferd* punkt 2.2.3.4.

Til § 62 a Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv

Endringene i *første og andre ledd* innebærer at ansvaret for oppbevaring av pasientjournalarkiv som er innlevert etter tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon flyttes fra Helsedirektoratet til

Nasjonalarkivet. I høringen ble det foreslått at ansvaret for oppbevaringen ble lagt til Riksarkivaren. Det er fremmet forslag om ny lov om dokumentasjon og arkiv der begrepet «Riksarkivaren» er endret til «Nasjonalarkivet». Se også Prop. 52 L (2024–2025) og Innst. 304 L (2024–2025). For øvrig innebærer forslaget ingen endringer i gjeldende rett. Se Prop. 99 L (2011–2012) *Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.)*. Se også punkt 9.3.

Til § 67 Straff

Paragrafen gjelder blant annet straff for brudd på taushetsplikten i § 21. Se punkt 3.3.8.

Det fremgår av nytt *andre ledd* at overtredelse av taushetsplikten straffes etter straffeloven § 209, men likevel slik at medvirkning straffes. Bestemmelsen er likelydende pasientjournalloven § 30. Dette innebærer ingen endringer i gjeldende strafferammer. Se også Prop. 30 L (2018–2019) merknadene til pasientjournalloven § 30 i punkt 6.

Tredje og fjerde ledd er nye og fastsetter straff for urettmessig tilegnelse mv. av taushetsbelagte opplysninger. Bestemmelsen tilsvarende pasientjournalloven § 30 a. Dette innebærer ingen endringer i gjeldende strafferammer. Se også Prop. 30 L (2018–2019) merknadene til pasientjournalloven § 30 a i punkt 6.

11.2 Endringer i lov om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning

Til § 3 Beregning av tilskudd

Andre ledd bestemmer hvilke fradrag som skal gjøres i tilskudd til private virksomheter som har levert spesialisthelsetjenester som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a eller barneverntjenester som staten har finansieringsansvaret for etter barnevernsloven § 9-4, til dekning av årlig premie til offentlig tjenstepensjonsordning som regulert i forsikringsvirksomhetsloven kapittel 4. Uttrykket tilleggsavsetninger i *bokstav a* er endret til bufferfond. Dette er en konsekvens av at tidligere regler om tilleggsavsetninger er erstattet av regler om bufferfond. Tilsvarende endring i forsikringsvirksomhetsloven § 4-11 trådte i kraft 1. januar 2022, jf. Innst. 51 L (2021–2022). Også i annet forsikringsregelverk er tilleggsavsetninger erstattet med bufferfond.

11.3 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 5-3 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger i journal

Paragrafen fastsetter pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger med en henvisning til helsepersonelloven § 29 og pasientjournalloven § 17. Den er en videreføring av gjeldende rett, men ordlyden er harmonisert med helsepersonelloven § 29. Se punkt 4.3.6 og 6.3.6.

Til § 6-4 Barns rett til opplæring i helseinstitusjon

Paragrafen angir av opplysningshensyn retten til opplæring og spesialpedagogisk hjelp etter opplæringslova og barnehageloven, for barn i helseinstitusjon. Begrepsbruken og paragrafens tittel er endret slik at den samsvarer med begrepsbruken i opplæringslova og barnehageloven. Dette innebærer ingen innholdsmessig endring av gjeldende rett.

Tredje ledd angir at barn under opplæringspliktig alder har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av barnehageloven. Henvisningen til opplæringslova er endret til en henvisning til barnehageloven, da hjemmelen for barns rett til spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder er flyttet fra den tidligere opplæringslova § 5-7 til barnehageloven § 31. Dette innebærer heller ingen innholdsmessig endring av gjeldende rett.

11.4 Endringer i pasientjournalloven

Til § 7 Krav til behandlingsrettede helseregistre

I *andre ledd* bokstav g er det tilføyd en henvisning til ny § 22 a i pasientjournalloven.

Tredje ledd er ny. Dette er en følge av at spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 om journal- og informasjonssystemer oppheves, og at virksomhetens ansvar i stedet presiseres i pasientjournalloven § 7. Pasientjournalloven § 7 stiller krav til behandlingsrettede helseregistre, herunder at disse skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles.

Kravene i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven følger i stor grad også av gjeldende § 7 i pasientjournalloven. Bestemmelsen stiller krav som er tett knyttet til

muligheten for å yte forsvarlige helsetjenester. Endringen innebærer at dette bare reguleres i én lov, ikke i tre lover som i gjeldende rett.

At spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta hensyn til behovet for effektiv samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer, følger ikke av pasientjournalloven. Dette kravet er derfor inntatt som nytt tredje ledd. Effektiv samhandling mellom journal- og informasjonssystemer forutsetter at disse er digitale. Se også forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 3, med krav om at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk.

Endringene er kun av teknisk karakter og endrer ikke gjeldende rett. Se Prop. 72 L (2013–2014) *Pasientjournalloven og helseregisterloven*.

Se punkt 4.3.7 og 7.3.3.

Til § 13 Nasjonal kjernejournal

Henvisningen i fjerde ledd, fjerde punktum er endret fra § 45 i helsepersonelloven til § 25 og § 29. Dette er en teknisk endring siden helsepersonelloven § 45 oppheves og endrer ikke gjeldende rett.

Til § 17 Rett til å motsette seg behandling av helseopplysninger

Henvisningene i *første ledd bokstav a* til bestemmelser i helsepersonelloven er endret, fra §§ 25 og 45 til § 29, som er den nye paragrafen i helsepersonelloven som regulerer retten til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger. Se også punkt 4.3.6.

Til § 18 Informasjon og innsyn

Av pedagogiske hensyn er det i første ledd er tatt inn en henvisning til ny § 22 a om dokumentasjon av tilgjengeliggjøring. Den registertres rett til informasjon om dokumentasjon i logg fremkommer av ny § 22 a andre ledd.

Til § 19 Helseopplysninger ved helsehjelp

Nytt andre punktum i *første ledd* presiserer at personen har rettslig grunnlag for å behandle opplysningene, jf. EUs personvernforordning artikkel 6 og 9. Endringen i *andre ledd* klargjør at tilgjengeliggjøringen skal skje innenfor rammene fastsatt i lov og forskrift.

Til § 22 a Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring

Paragrafen er ny og fastsetter krav om dokumentasjon i logg eller i pasientens journal ved tilgjengeliggjøring av opplysninger. Den lovfester kravene i pasientjournalforskriften § 14 ved å oppstille enkelte minimumskrav til hva som skal dokumenteres, den registrerte rett til innsyn i logg mv. og plikt til å varsle ved urettmessig tilgjengeliggjøring av journalopplysningene. I tillegg innføres et krav om dokumentasjon av hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort.

Pasientjournalssystemer er digitale og alle oppslag logges automatisk. Ikke alle former for tilgjengeliggjøring skjer digitalt og dokumenteres automatisk i logg. Opplysninger om pasienten kan også deles muntlig.

I *første ledd* stilles det derfor krav om at tilgjengeliggjøringen enten må dokumenteres i logg eller i journal. Hvor det dokumenteres er avhengig av måten opplysningene gjøres tilgjengelige på. Det er presisert i første ledd andre punktum at minimumskravet til hva som skal dokumenteres, kun gjelder for logg.

Muntlig videreformidling under morgenmøter, visitt, rapporter, i akutt-team e.l. omfattes av bestemmelsens ordlyd, men vil ofte være upraktisk å dokumentere i logg eller i journal. For muntlig videreformidling kan derfor virksomhetene finne hensiktsmessige rutiner som lar seg gjennomføre i praksis. I den grad det gjøres oppslag i pasientjournal for å videreformidle informasjon om pasientene under morgenmøter, visitt, i akutt-team e.l., er det tilstrekkelig at det loggføres hvem som har gjort oppslaget, ikke hvem informasjonen deles med.

Opplysninger i Folkeregisteret kan hjelpe til å avsløre om personellet bruker tilgangen til pasientjournalene til ulovlige formål. Det følger av pasientjournalloven § 21 første ledd at den dataansvarlige kan innhente personopplysninger fra Folkeregisteret når dette er nødvendig for å oppfylle den dataansvarliges plikter etter loven. Dette gjelder uten hensyn til om opplysningene er underlagt taushetsplikt etter folkeregisterloven.

I *andre ledd* er den registrertes rett til å få innsyn i logg mv. tatt inn. Det er av pedagogiske hen-

syn også tatt inn en henvisning til denne retten i § 18. Denne bestemmelsen er flyttet fra pasientjournalforskriften § 14 andre ledd og er en videreføring av gjeldende rett.

I *tredje ledd* reguleres virksomhetenes plikt til å varsle den registrerte og den virksomheten opplysningene her hentet fra dersom noen har fått urettmessig tilgjengeliggjort opplysninger fra pasientjournalen eller andre personopplysninger. Dette er en lovfesting av pasientjournalforskriften § 14 tredje ledd og innebærer ingen endring av gjeldende rett.

I *fjerde ledd* er det tatt inn en forskriftshjemmel, hvor departementet kan gi nærmere bestemmelser om dokumentasjon av tilgjengeliggjøring.

Se nærmere i punkt 4.3.7.

Til § 30 Straff for brudd på taushetsplikt

Paragrafen fastsetter straff for brudd på taushetsplikten og er likelydende med § 67 andre ledd i helsepersonelloven. Det er gjort en mindre språklig endring som ikke innebærer noen endringer i gjeldende rett.

Til § 30 a Straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

Paragrafen fastsetter straff for brudd på forbudet mot urettmessig tilegnelse mv. av helseopplysninger og tilsvarende forslaget til § 67 tredje og fjerde ledd i helsepersonelloven. Det er gjort noen mindre språklige endringer som ikke innebærer noen endringer i gjeldende rett.

11.5 Endringer i abortloven

Til § 9 Gravide som mangler beslutningskompetanse

Uttrykket samtykkekompetanse er endret til beslutningskompetanse. Dette er en lovteknisk rettelse som ikke innebærer innholdsmessige endringer. Tilsvarende endring er vedtatt i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. Prop. 31 L (2024–2025). Det fremgår av Prop. 117 L (2023–2024) punkt 14.6.2 at abortloven bør endres tilsvarende ved en eventuell endring av dette i pasient- og brukerrettighetsloven.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

Kapittel 5 overskriften skal lyde:

Kapittel 5. Taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av opplysninger

§ 21 skal lyde:

§ 21 Helsepersonells taushetsplikt

Opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell, er underlagt taushetsplikt.

Taushetsplikten innebærer at helsepersonell

- a. ikke skal tilgjengeliggjøre opplysningene for andre*
- b. skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene*
- c. ikke skal utnytte opplysningene til private formål*
- d. ikke skal lese, søke etter eller på annen måte tillegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp eller administrasjon av slik hjelp eller har hjemmel i eller i medhold av lov.*

Første og andre ledd gjelder også opplysninger som kan røpe identiteten til personer som tar kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste. Dette gjelder likevel ikke når tilgjengeliggjøring av opplysninger om identiteten er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse.

Første til tredje ledd gjelder tilsvarende for andre som mottar opplysninger etter §§ 25, 28, 29 a, 29 e og 29 f.

§ 21 a oppheves.

§ 22 skal lyde:

§ 22 Bortfall av taushetsplikt ved samtykke m.m.

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for den som opplysnin-

gene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tilsvarende for samtykke etter første ledd. For personer over 16 år som mangler beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 *andre* ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Et forsikringsselskap skal ikke få opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd.

§ 23 skal lyde:

§ 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt er ikke til hinder for:

- a. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene*
- b. at opplysninger gis videre når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold*
- c. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig*
- d. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i forskrift når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikten ikke skal gjelde.*

§ 24 første ledd første punktum skal lyde:

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette.

§ 25 skal lyde:

§ 25 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en pasient gjøres tilgjengelige for helsepersonell eller annet samarbeidende personell, når opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten.

Opplysningene kan gjøres tilgjengelige av virksomheten med ansvar for opplysningene eller av det

helsepersonellet som har dokumentert opplysningene etter § 39. Dette kan blant annet skje ved direkte tilgang mellom virksomheter.

Personellet som skal bruke opplysningene, har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige.

Departementet kan gi forskrift om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp og adgangen til å motsette seg slik tilgjengeliggjøring.

§ 25 a og § 25 b oppheves.

§ 26 skal lyde:

§ 26 Oversendelse av epikrise

Ved utskrivning fra helseinstitusjon, etter poliklinisk behandling eller etter behandling hos spesialist, skal en epikrise sendes til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege. Med epikrise menes et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger som gjelder en undersøkelse eller behandling av en pasient, og som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrisen samtidig med utskrivning eller avslutning av behandlingen, skal den sendes innen forsvarlig tid etter dette.

Departementet kan gi forskrift om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrisen skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

§ 27 skal lyde:

§ 27 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsepersonell uten behandlerrelasjon

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for

- a. helsepersonell i helsefaglige arbeidsfellesskap, når formålet er å støtte helsepersonellet i å treffe beslutninger om helsehjelp, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp
- b. helsepersonell som har autorisasjon eller lisens etter §§ 48 eller 49, når formålet er ytelse av helsehjelp til en annen pasient enn den som opplysningene gjelder.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første ledd skal være relevante og nødvendige for formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, gjøres tilgjengelige uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår.

Departementet kan gi forskrift om at enkelte personellgrupper med særskilte oppgaver i et

behandlingsforløp, kan få tilgjengeliggjort opplysninger etter første ledd bokstav b på samme vilkår som helsepersonell med autorisasjon eller lisens.

§ 28 skal lyde:

§ 28 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til undervisning, eksternt veiledning mv.

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for

- a. helsepersonell som har autorisasjon eller lisens etter §§ 48 eller 49 som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, og som skal bruke opplysningene til egen læring eller for kvalitetsforbedring av helsehjelpen
- b. helsepersonell med undervisningsansvar, som arbeider i virksomheten der pasientene har motatt helsehjelp, når formålet er å finne opplysninger om pasienter som egner seg i undervisning for å sikre forsvarlig utdanning av helsepersonell eller helsefaglige studenter
- c. helsepersonell som er eksterne veiledere når opplysningene er nødvendige for gjennomføring av vedtak truffet av tilsynsmyndigheten etter §§ 56 og 59
- d. personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon
- e. virksomhetens pasientadministrasjon når det gjelder pasientens fødselsnummer eller annen unik identifikator og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato og relevante administrative data
- f. samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. § 10 a
- g. virksomhetens ledelse for å identifisere pasientgrunnlag eller kontaktinformasjon til pasienter for inklusjon i konkrete forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter
- h. en klinisk etikkkomité når opplysningene er nødvendige for at komiteen skal kunne bistå helsepersonellet med råd eller drøftelse av etiske utfordringer i et konkret tilfelle, det ikke er praktisk mulig eller det er klart uhensiktsmessig å innhente samtykke fra pasienten, det er registrert i pasientjournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første ledd skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i

større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, tilgjengeliggjøres uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår. Ved tilgjengeliggjøring etter første ledd bokstav h, skal navn eller fødselsnummer ikke fremgå.

§ 29 skal lyde:

§ 29 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Pasienten kan motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelige etter §§ 25 til 27 og 28 første ledd bokstavene a, b, c og h.

Opplysningene kan heller ikke tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel.

Tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

§ 29 a skal lyde:

§ 29 a Opplysninger til virksomhetens ledelse

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for virksomhetens ledelse når formålet er helsehjelp, internkontroll, intern kvalitetsforbedring av tjenesten eller utarbeidelse av statistikk. Ved samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven § 9 kan slike opplysninger også gjøres tilgjengelig for ledelsen i samarbeidende virksomhet.

Taushetsplikt er heller ikke til hinder for at ledelsen i en annen virksomhet får tilgjengeliggjort opplysninger som gjelder denne virksomhetens pasienter når formålet er kvalitetsforbedring av behandlingsforløp.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første og andre ledd skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, tilgjengeliggjøres uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår.

Ny § 29 b skal lyde:

§ 29 b Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiveren, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

§ 29 c skal lyde:

§ 29 c Opplysninger til arbeidsgiver

Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

§ 29 d skal lyde:

§ 29 d Opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger

Taushetsplikt er ikke til hinder for at det gis nødvendige opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger til utlendingsmyndighetene til bruk i en utvisningssak.

Ved utvisning av en utlending som utholder en strafferettslig særreaksjon, er taushetsplikt ikke til hinder for at det til helse- og omsorgstjenesten i mottakerstaten gis opplysninger som er nødvendige for at mottakerstaten skal kunne vurdere vedkommendes behov for helsemessig oppfølging eller behov for å underlegges en behandling som kan beskytte samfunnet der mot gjentakelsesfare som nevnt i straffeloven § 62.

§ 29 e skal lyde:

§ 29 e Dispensasjon fra taushetsplikt

Departementet kan etter søknad bestemme at opplysninger fra pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre skal tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt, når:

- opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål knyttet til statistikk, helseanalyser, forskning, utvikling og bruk av beslutningsstøtteverktøy, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade eller gi bedre helse- og omsorgstjenester
- det er umulig eller vanskelig å innhente samtykke fra et tilstrekkelig utvalg av de registrerte
- mottakeren har gjort rede for hvilke egnede tekniske og organisatoriske tiltak som skal settes i verk for å ivareta informasjonssikkerheten
- behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet.

Det skal ikke tilgjengeliggjøres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet. Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller andre direkte personentydige kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

Departementet kan sette som vilkår for tilgjengeliggjøring at mottakeren setter i verk særlige tiltak for å verne den registrertes grunnleggende rettigheter og interesser.

Opplysningene kan bare tilgjengeliggjøres dersom det er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske

ske og helsefaglige hensyn. For tilgjengeliggjøring til medisinsk og helsefaglig forskning skal mottakeren ha fått forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. *helseforskningsloven § 9. Deresom tilgjengeliggjøring av opplysninger kan true samfunnets evne til å verne grunnleggende verdier og funksjoner og sette liv og helse i fare, skal opplysningene ikke gjøres tilgjengelige.*

Myndigheten etter første ledd kan delegeres til underordnet forvaltningsorgan eller legges til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Departementet kan gi forskrift om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning og om helsepersonells adgang til tilgjengeliggjøring og bruk av taushetsbelagte opplysninger til formål som ikke gjelder helsehjelp, og som pasienten samtykker til.

Ny § 29 f skal lyde:

§ 29 f Deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse

Departementet kan etter søknad bestemme at taushetsplikt ikke skal være til hinder for deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse. Vilkårene i § 29 e gjelder tilsvarende.

Myndigheten etter første ledd kan delegeres til underordnet forvaltningsorgan eller legges til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

§ 32 første ledd og andre ledd første punktum skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av *taushetsplikt*.

Uten hinder av *taushetsplikt skal* helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

§ 33 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal uten hinder av *taushetsplikt melde* fra til barnevernstjenesten uten ugrunnet opphold

- a. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved

den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,

- b. når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling,
- c. når det er grunn til å tro at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrenende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring,
- d. når et barn har vist alvorlige atferdsvansker ved å begå alvorlige eller gjentatte lovbrudd, ved problematisk bruk av rusmidler, eller ved å ha vist annen form for utpreget normløs atferd,
- e. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.

Ny § 34 b skal lyde:

§ 34 b Adgang til å gi opplysninger i forbindelse med sviktende dyrehold

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi melding til Mattilsynet eller politiet når det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig.

§ 45 og § 45 a oppheves.

§ 62 a første og andre ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn kan ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning pålegge helsepersonell å levere inn sitt pasientjournalarkiv til *Nasjonalarkivet*.

Hvis det ved vedtak om tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for alltid etter § 57 andre ledd ikke er aktuelt å overføre pasientjournalarkivet til et bestemt helsepersonell eller til en bestemt virksomhet, skal helsepersonellet straks levere inn sitt pasientjournalarkiv til *Nasjonalarkivet*.

§ 67 skal lyde:

§ 67 Straff

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

Overtredelse av § 21 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at også medvirkning straffes.

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer forbudet i § 21 andre ledd bokstav d mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år.

Grov urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger straffes med fengsel i inntil tre år. Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen er grov, skal det særlig legges vekt på

- a. faren for stor skade eller ulempe for pasienten eller brukeren*
- b. om det foreligger en tilsiktet vinning med overtredelsen*
- c. overtredelsens varighet og omfang*
- d. den utviste skyld*
- e. om handlingen er begått av noen som tidligere er ilagt en strafferettslig reaksjon for liknende handlinger.*

II

I lov 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning skal § 3 andre ledd bokstav a lyde:

- a. virksomhetens avkastning på premiereserve og bufferfond forvaltet av tjenstepensjonsleverandør for den andel som tilskuddsordningen dekker, fratrullet administrative kostnader*

III

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. oppheves § 3-2.

IV

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 5-3 skal lyde:

§ 5-3 *Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger i journal*

Pasienten og brukeren *kan motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger i journal i samsvar med helsepersonelloven § 29 og pasientjournalloven § 17.*

Opplysningene kan heller ikke tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det ved forespørsel.

Tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

§ 6-4 skal lyde:

§ 6-4 *Barns rett til opplæring og spesialpedagogisk hjelp i helseinstitusjon*

Barn i *opplæringspliktig* alder har rett til *grunn-skoleopplæring* under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Ungdom har rett til *videregående opplæring* under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Barn under opplæringspliktig alder har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av *barnehageloven*.

V

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. oppheves § 5-10.

VI

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp gjøres følgende endringer:

§ 7 andre ledd bokstav g skal lyde:

- g. informasjonssikkerhet, logg og internkontroll, jf. §§ 22, 22 a og 23.*

§ 7 nytt tredje ledd skal lyde:

Virksomheten skal ta hensyn til behovet for effektiv samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine behandlingsrettede helseregistre.

Nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 13 fjerde ledd fjerde punktum skal lyde:

Ved unntak fra samtykke gjelder helsepersonelloven § 25 første ledd og § 29 tilsvarende.

§ 17 første ledd bokstav a skal lyde:

- a. helseopplysninger i et behandlingsrettet helseregister etablert med hjemmel i §§ 8 til 10 gjøres tilgjengelige for helsepersonell etter § 19, jf. helsepersonelloven § 29 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3,*

§ 18 første ledd skal lyde:

Pasienten eller brukeren har rett til informasjon og innsyn i henhold til § 22 a, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 tredje ledd og § 5-1 og til personvernforordningen artikkel 13 og 15.

§ 19 første og andre ledd skal lyde:

Innenfor rammen av taushetsplikten *etter helsepersonelloven* skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre *helsehjelp*. *Personellet kan innenfor rammene av denne taus-*

hetsplikten behandle opplysningene så langt det er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp.

Med mindre annet er fastsatt i lov eller i medhold av lov, skal den dataansvarlige bestemme på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.

Ny § 22 a skal lyde:

§ 22 a Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring

Tilgjengeliggjøring av helseopplysninger etter denne loven og helsepersonelloven skal dokumenteres i en logg eller i pasientens journal. I logg skal det minst dokumenteres informasjon om:

- a. identiteten og den organisatoriske tilhørigheten til den som får helseopplysningene*
- b. grunnlaget for tilgjengeliggjøringen*
- c. tidsperioden for tilgjengeliggjøringen*
- d. hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort.*

Den registrerte har rett til innsyn i dokumentasjonen.

Dersom oversikten viser at noen urettmessig har hentet frem journalopplysninger, skal virksomheten opplysningene er hentet fra og den registrerte, varsles, jf. personvernforordningen artikkel 33 og 34.

Departementet kan gi forskrift om dokumentasjon av tilgjengeliggjøring av helseopplysninger.

§ 30 skal lyde:

§ 30 Straff for brudd på taushetsplikt

Overtredelse av § 15 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at også medvirkning straffes.

§ 30 a skal lyde:

§ 30 a Straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer forbudet i § 16 mot urettmessig tilegnelse av

helseopplysninger, straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år.

Grov urettmessig tilegnelse av helseopplysninger straffes med fengsel i inntil tre år. Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen av helseopplysninger er *grov*, skal det særlig legges vekt på

- a. faren for stor skade eller ulempe for pasienten eller brukeren
- b. om det foreligger en tilsiktet vinning med overtredelsen
- c. overtredelsens varighet og omfang
- d. den utviste skyld
- e. om handlingen er begått av noen som tidligere er ilagt en strafferettslig reaksjon for liknende handlinger.

VII

I lov 20. desember 2024 nr. 96 om abort gjøres følgende endringer:

§ 9 overskriften skal lyde:

Gravide som mangler beslutningskompetanse

§ 9 første ledd første punktum skal lyde:

Dersom den gravide mangler *beslutningskompetanse* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd, og har en verge eller fremtidsfullmektig som har et mandat som omfatter bistand i spørsmålet om abort, kan vergen eller fremtidsfullmektigen kreve abort på den gravides vegne.

VIII

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Vedlegg 1**Lovspeil**

Oversikten viser i venstre spalte gjeldende paragrafer i helsepersonelloven kapittel 4 om taushetsplikt, samt § 45 og § 45 a. I høyre spalte vises paragrafnumrene i forslaget til endringer i helseperso-

nelloven (eventuelt pasientjournalloven der dette er angitt). Speilingen sier ikke noe om likheter eller forskjeller mellom gjeldende bestemmelser og forslaget til nye bestemmelser.

Gjeldende lovparagrafer	Forslaget til lovendringer
§ 21 <i>Hovedregel om taushetsplikt</i>	§ 21 første og andre ledd
§ 21 a <i>Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger</i>	§ 21 andre ledd bokstav d
§ 22 <i>Samtykke til å gi informasjon</i>	§ 22
§ 23. <i>Begrensninger i taushetsplikten</i>	
Nr. 1	§ 23 bokstav a
Nr. 2	§ 23 bokstav b
Nr. 3	Videreføres ikke
Nr. 4	§ 23 bokstav c
Nr. 5	§ 34 b
Nr. 6	§ 23 bokstav d
§ 24 <i>Opplysninger etter en persons død</i>	§ 24
§ 25 <i>Opplysninger til samarbeidende personell</i>	
Første ledd	§ 25 første ledd og § 29
Andre ledd	§ 28 første ledd bokstav d
Tredje ledd	§ 28 første ledd bokstav f
Fjerde ledd	§ 21 fjerde ledd
§ 25 a <i>Opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap</i>	
Første ledd første og andre punktum	§ 27 første ledd bokstav a
Første ledd tredje punktum	§ 29
Andre ledd	Videreføres ikke

Gjeldende lovparagrafer	Forslaget til lovendringer
<i>§ 25 b Opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient</i>	
Første ledd første punktum	§ 27 første ledd bokstav b
Første ledd andre punktum	§ 27 tredje ledd første punktum
Andre ledd	Videreføres ikke
Tredje ledd	Pasientjournalloven § 22 a
Fjerde ledd	§ 29
<i>§ 26 Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer</i>	
Første ledd første punktum	§ 29 a første ledd første punktum
Første ledd andre punktum	§ 29 a tredje ledd
Andre ledd	§ 29 a første ledd andre punktum
Tredje ledd	§ 28 første ledd bokstav e (og pasientjournalloven § 19 første ledd)
Fjerde ledd	§ 21 fjerde ledd
<i>§ 27 Opplysninger som sakkyndig</i>	
	§ 29 b
<i>§ 28 Opplysninger til arbeidsgiver</i>	
	§ 29 c
<i>§ 29 Dispensasjon fra taushetsplikt</i>	
	§ 29 e og § 21 fjerde ledd
<i>§ 29 a Opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger</i>	
	§ 29 d
<i>§ 29 b (opphevet)</i>	
<i>§ 29 c Opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring</i>	
Første ledd første	§ 28 første ledd bokstav a
Første ledd andre punktum	§ 28 andre ledd
Første ledd tredje punktum	§ 29
Andre ledd	Pasientjournalloven § 22 a
<i>§ 29 d Opplysninger til klinisk etikkomite</i>	
Første ledd første punktum	§ 28 første ledd bokstav h
Første ledd andre punktum	§ 28 første ledd bokstav h og § 29
Første ledd tredje punktum	§ 28 andre ledd fjerde punktum
Første ledd fjerde punktum	§ 28 første ledd bokstav h
Andre ledd første punktum	§ 28 andre ledd
Andre ledd andre punktum	§ 21 fjerde ledd

Gjeldende lovparagrafer	Forslaget til lovendringer
<i>§ 29 e Oppslag i journal for undervisningsformål</i>	
Første ledd	§ 28 første ledd bokstav b
Andre ledd første punktum	§ 29
Andre ledd andre punktum	§ 28 andre ledd første punktum
Tredje ledd	Pasientjournalloven § 22 a
<i>§ 45 Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger</i>	
Første ledd første punktum	§ 25 første ledd og § 29 (og pasientjournalloven § 19 første ledd)
Første ledd andre punktum	Pasientjournalloven § 22 a
Andre ledd	§ 25 andre ledd første punktum
Tredje ledd	§ 25 fjerde ledd
<i>§ 45 a Epikrise</i>	§ 26

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og

serviceorganisasjon – 06/2025

