



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 59 L

(2019–2020)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i helsepersonelloven mv.  
(enklere tilgang til helseopplysninger  
om tidligere pasienter)



# Innhold

<b>1</b>	<b>Hovedinnholdet i proposisjonen</b>	5	6.2	Forslagets personvern- konsekvenser .....	20
<b>2</b>	<b>Gjeldende rett</b> .....	6	6.3	Tilgjengeliggjøring .....	22
<b>3</b>	<b>Høringen</b> .....	8	6.4	Dokumentasjonskrav .....	23
<b>4</b>	<b>Forslagene i høringsnotatet</b> .....	13	6.5	Retten til å motsette seg at helseopplysninger tilgjengeliggjøres .....	24
<b>5</b>	<b>Høringsinstansenes syn</b> .....	14	6.6	Nåværende behandler kan kontakte tidligere behandler .....	25
5.1	Generelt .....	14	<b>7</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	26
5.2	Høringsinstansene om pasientens reservasjonsrett .....	16	<b>8</b>	<b>Merknader til bestemmelsene</b>	27
5.3	Høringsinstansene om at nåværende behandler også kan kontakte tidligere behandler .....	16	<b>Forslag til lov om endringer i helsepersonelloven mv. (enklere tilgang til helse- opplysninger om tidligere pasienter)</b> .....		
5.4	Høringsinstansene om loggføring og tilgangsstyring .....	17	29		
<b>6</b>	<b>Departementets vurderinger og forslag</b> .....	19			
6.1	Enklere tilgang til opplysninger om tidligere pasienter .....	19			





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 59 L

(2019–2020)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

## Endringer i helsepersonelloven mv. (enklere tilgang til helseopplysninger om tidligere pasienter)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 3. april 2020,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*

### 1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i helsepersonelloven som skal forenkle helsepersonells tilgang til opplysninger for kvalitetssikring av helsehjelp eller for egen læring. Helsepersonell som tidligere har tatt del i undersøkelse eller behandling av en pasient kan, for egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen, ha behov for å gjøre seg kjent med hvordan det har gått med pasienten. Dette vil typisk gjelde der helsepersonellet ønsker å få avklart om de vurderingene og tiltakene som ble gjort, var riktige. Det er et gode for pasientene at helsepersonell stadig lærer og kvalitetssikrer sine vurderinger.

Taushetsbelagte opplysninger kan etter særskilt anmodning gjøres tilgjengelige for helsepersonell som *tidligere har ytt* helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, jf. helsepersonelloven § 29 c. Formålet må være kvalitetssikring av helsehjelpen eller egen læring.

Departementet foreslår å fjerne kravet om at helsepersonell må særskilt *anmode* om å få opp-

lysninger om en pasient vedkommende tidligere har ytt helsehjelp til. Helsepersonell kan dermed på vanlig måte søke opp opplysninger i tidligere pasienters journal, for kvalitetssikring av helsehjelp eller for egen læring.

Departementet foreslår å erstatte § 29 c siste punktum med en mer pedagogisk oversikt over hvilken informasjon som må dokumenteres når helseopplysninger tilgjengeliggjøres for helsepersonellens læring- og kvalitetssikring.

I tillegg foreslår departementet at tilgangen til opplysninger om tidligere pasienter skal gjelde for helsepersonell med autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller lisens etter § 49.

I proposisjonen foreslår departementet også å rette opp feile lovhenvvisninger i pasient- og brukerrettighetsloven, bioteknologiloven, pasientskade-loven og spesialisthelsetjenesteloven. Endringene er av teknisk karakter.

## 2 Gjeldende rett

Helsepersonelloven § 29 c åpner for innsyn i, eller tilgjengeliggjøring av, taushetsbelagte opplysninger om en pasient for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten. Bestemmelsen lyder:

§ 29 c. Opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger etter særskilt anmodning gjøres tilgjengelige for annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, for kvalitetssikring av helsehjelpen eller egen læring. Behandlingen av anmodningen kan automatiseres. Første punktum omfatter opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet. I pasientens journal skal det dokumenteres hvem opplysninger har blitt gjort tilgjengelige for, og hvilke opplysninger som har blitt gjort tilgjengelige, jf. § 40.

Flere vilkår må være oppfylte for å kunne gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger. Formålet med å gjøre seg kjent med opplysningene må være egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Et ønske om innsyn som er begrunnet i andre formål må vurderes etter annet regelverk. Bestemmelsen gir ikke grunnlag for å etablere kvalitetsregistre.

Videre er det ikke krav om å innhente samtykke fra pasienten først. Dersom en pasient har motsatt seg slikt innsyn, må imidlertid dette respekteres.

Det helsepersonellet som ønsker å gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger må ha ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp. Bestemmelsen gir ikke rett til taushetsbelagte opplysninger om behandlingsforløp som helsepersonellet ikke selv har vært involvert i og det kan uansett bare utleveres opplysninger som er nødvendige og relevante for læringsarbeid eller kvalitetssikring av helsehjelpen.

Helsepersonell som ønsker å gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger må særskilt anmode om dette. Vurdering av en slik anmod-

ning kan skje automatisert, det vil si uten at en fysisk person i hvert enkelt tilfelle må ta stilling til anmodningen. Hensikten med en slik ordning er å lette administrasjonen og å gi lettere tilgang for helsepersonell så fremt bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylte. Den dataansvarlige må i så fall bestemme hvilke prosesser som skal følges, innenfor rammene av reglene om taushetsplikt og informasjonssikkerhet, inkludert pasientens rett til vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger.

Opplysningene kan gjøres tilgjengelige ved utlevering eller ved at helsepersonellet gis tilgang til å søke opp de aktuelle opplysningene i journal-systemet. Bestemmelsens ordlyd er altså teknologinøytral ved at den åpner for at helsepersonellet også kan få opplysninger ved at det gis tilgang i systemene, fremfor ved utlevering av data på andre måter, herunder muntlig eller ved utskrift. Når helsepersonell gis tilgang på denne måten, må det aksepteres en viss grad av søking etter «nødvendige og relevante» helseopplysninger i pasientens journal. Dermed må en slik løsning kunne innebære at det enkelte helsepersonell også vil kunne få tilgang til opplysninger som ut fra en streng fortolkning ikke er nødvendige og relevante for læringsarbeid eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Se også pasientjournalloven § 19 om tilgang i forbindelse med aktuell helsehjelp, der avgrensningen «relevante og nødvendige helseopplysninger» må tolkes på samme måte.

Bestemmelsen åpner også for at det kan gis tilgang eller utleveres opplysninger fra annet helseforetak eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten enn der hvor helsepersonellet arbeider. Dette vil typisk gjelde situasjoner hvor pasienten etter innledende undersøkelse eller behandling ved et helseforetak henvises eller overføres til et annet helseforetak for videre undersøkelse eller behandling. Et annet eksempel er der hvor ambulanspersonell ber om opplysninger fra et helseforetak for å få avklart om deres vurderinger eller behandlingsmessige tiltak i ettertid viste seg å være riktige.

I pasientens journal skal det dokumenteres hvem opplysninger har blitt gjort tilgjengelige for,

og hvilke opplysninger som har blitt gjort tilgjengelige, jf. helsepersonelloven § 29 c siste punktum. Se også pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften § 14 om krav til informasjonssikkerhet og dokumentasjon. Etter forskriften § 14 første ledd bokstav b skal dokumentasjonen også vise grunnlaget for tilgjengeliggjøringen og hvilken tidsperiode opplysningene ble tilgjengeliggjort.

I hvilken grad innhentet pasientinformasjon også skal dokumenteres i pasientens journal der det tidligere er ytt helsehjelp, må vurderes kon-

kret. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 40 og pasientjournalforskriften.

Departementet viser også til reglene om epikrise i helsepersonelloven § 45 a. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon sendes epikrise til blant annet henvisende helsepersonell. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Epikrise er et sammendrag av journalopplysninger.

### 3 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 21. juni 2019 på høring et forslag til endringer i helsepersonelloven § 29 c for å forenkle helsepersonellens tilgang til opplysninger. Fristen for høringen var 19. september 2019. Høringsnotat ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Bioteknologirådet  
 Datatilsynet  
 De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)  
 De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål  
 De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)  
 Den rettsmedisinske kommisjon  
 Direktoratet for e-helse  
 Folkehelseinstituttet  
 Fylkesmennene  
 Fylkesrådet for funksjonshemmede  
 Helsedirektoratet  
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)  
 Høgskolene med helsefaglig utdanning  
 Institutt for helse og samfunn HELSAM  
 Krefregisteret  
 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)  
 Norges forskningsråd  
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)  
 Pasient- og brukerombudene  
 Personvernemnda  
 Regelrådet  
 Regjeringsadvokaten  
 Råd for et aldersvennlig Norge  
 Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo  
 Senter for omsorgsforskning  
 Statens helsetilsyn  
 Statens legemiddelverk  
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede  
 Sysselmannen på Svalbard  
 Universitetene

Riksrevisjonen  
 Sametinget  
 Sivilombudsmannen

De fylkeskommunale eldrerådene  
 Fylkeskommunene  
 Helse- og sosialombudet i Oslo  
 Kommunene

De regionale helseforetakene  
 Helseforetakene  
 Norsk helsenett SF  
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Actis  
 ACOS AS  
 ADHD Norge  
 Afasiforbundet i Norge  
 Akademikerne  
 A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling  
 Aleris Helse AS  
 Alliance Healthcare Norge AS  
 Allmennlegeforeningen  
 Amnesty International Norge  
 Anonyme alkoholikere  
 Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund  
 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  
 CGM (Compugroup Medical Norway AS)  
 Dedicare  
 Delta  
 De private sykehusene  
 Den Norske Jordmorforening  
 Den norske legeförening  
 Den norske tannlegeforening



Diabetesforbundet	Landsforeningen for slagrammede
DIPS ASA	Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
Erfaringssentrum	Landsforeningen we shall overcome
Europharma AS	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Fagforbundet	Landsgruppen av helsesøstre, NSF
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Landslaget for rusfri oppvekst
Familieklubbene i Norge	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Fana medisinske senter	Legeforeningens forskningsinstitutt
Farma Holding	Legemiddelgrossistforeningen
Fellesorganisasjonen (FO)	Legemiddelindustrien
Forbundet mot rusgift	Legemiddelparallellimportørforeningen
Foreningen for blødere i Norge	Legestudentenes rusopplysning
Foreningen for hjertesyke barn	LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord
Foreningen for human narkotikapolitikk	LISA-gruppene
Foreningen for Muskelsyke	Marborg
Foreningen for kroniske smertepasienter	Matmerk
Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)	Mental Helse Norge
Foreningen tryggere ruspolitikk	Mental Helse Ungdom
Foreningen vi som har et barn for lite	MIRA-senteret
Forskerforbundet	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
Forskningsstiftelsen FAFO	Munn- og halskreftforeningen
Frambu	MS-forbundet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	NA – Anonyme Narkamone
Fürst medisinske laboratorium AS	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Helsetjenestens Lederforbund	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Helseutvalget	Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
HIV-Norge	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU
Hjernerådet	Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse	Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI
Hørselshemmedes Landsforbund	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA
IKT Norge	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
Infodoc	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Informasjonssenteret Hieronimus	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Innvandrerne Landsorganisasjon, INLO	Norges Astma- og Allergiforbund
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Norges Blindeforbund
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Norges Døveforbund
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)	Norges Farmaceutiske Forening
Kreftforeningen	Norges Fibromyalgi Forbund
KS	Norges Handikapforbund
Laboratorium for Patologi AS	Norges kristelige legeforening
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norges kommunerevisorforbund
Landsforeningen Alopecia Areata	Norges kvinne- og familieforbund
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norges Parkinsonforbund
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)	Norges Tannteknikerforbund
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norlandia
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	

Normal Norge	Norsk Tourette Forening
Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening	Norske Fotterapeuters Forbund
Norsk Biotekforum	Norske Homeopaters Landsforbund
Norsk Cøliakiforening	Norske Kvinners Sanitetsforening
Norsk Epilepsiforbund	Norske Ortoptister forening
Norsk Ergoterapeutforbund	Norske Sykehusfarmasøytters Forening
Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin	NUPI
Norsk Forbund for psykoterapi	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Norsk Forbund for Svaksynte	Organisasjonen Voksne for Barn
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Parat Helse
Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)	Pensjonistforbundet
Norsk Forening for cystisk fibrose	Personskadeforbundet
Norsk Forening for Ernæringsfysiologer	Praksiseierforeningen
Norsk forening for infeksjonsmedisin	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norsk forening for kognitiv terapi	Prima Omsorg
Norsk Forening for nevrofibromatose	PRO-LAR
Norsk forening for palliativ medisin	Psykiatricalliansen BIL
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Pårørendealliansen
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)	Pårørendesenteret
Norsk forening for slagrammede	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Ryggforeningen i Norge
Norsk Fysioterapeutforbund	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Gestaltterapeut forening	Rådet for psykisk helse
Norsk gynekologisk forening	Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Helsesekretærforbund	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Immunsviktforening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk Intravenøs Forening	Selvhjelpstiftelsen
Norsk karakteranalytisk institutt	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Kiropraktorforening	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk legemiddelhåndbok	Senter for seniorpolitikk
Norsk Logopedlag	SINTEF Helse
Norsk Manuellterapeutforening	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk Medisinaldepot AS	Spekter
Norsk OCD forening, ANANKE	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk Ortopedisk Forening	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og varested
Norsk Osteopatforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Osteoporoseforening	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Norsk Pasientforening	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norsk Presseforbund	Stiftelsen Det er mitt valg
Norsk Psoriasis Forbund	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Norsk Psykiatrisk Forening	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norsk Psykoanalytisk Forening	Stiftelsen iOmsorg
Norsk Psykologforening	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norsk Radiograførforbund	Stiftelsen Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon
Norsk Revmatikerforbund	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Norsk selskap for ernæring	Stiftelsen Organdonasjon
Norsk senter for stamcelleforskning	Stiftelsen Phoenix Haga
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre
Norsk sykepleierforbund	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	
Norsk Tannpleierforening	
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	

Stiftelsen Pårørendesenteret	Akershus universitetssykehus HF
Stoffskiftetforbundet	Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF
Teknologirådet	Finnmarkssykehuset HF
Trust Arktikugol	Forvaltningssenter EPJ i Helse Nord
Turner Syndrom foreningen i Norge	Helgelandssykehuset HF
Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse	Helse Bergen HF
Ungdom mot narkotika – UMN	Helse Møre og Romsdal HF
Uni Research AS	Helse Stavanger AMK
Unio	Helse Stavanger HF
Universitets- og høyskolerådet	Helse Sør-Øst RHF
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund	Helse Vest RHF
Utdanningsforbundet	Nordlanssykehuset HF
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemme- tjenester	Oslo universitetssykehus HF
Veiledningssenteret for pårørende til stoffmis- brukere og innsatte	St. Olavs hospital
Velferdsforskningsinstituttet NOVA	Sykehuset i Vestfold HF – Prehospital klinikk
Verdighetscenteret	Sykehuset Innlandet HF
Vestlandske Blindeforbund	Sykehuset Telemark HF
Virke	Sykehuset Østfold HF
Visma	Sørlandet Sykehus HF
Volvat Medisinske Senter AS	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge	Vestre Viken HF
Yngre legers forening	Arbeidstakerorganisasjonen Delta
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Astrid Weber (erfaringskonsulent, psykisk helse- vern UNN HF)
Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og barn- løshet	Den norske jordmorforening
	Den norske legeförening
	Den norske tannlegeforening
	Fagforbundet
Departementet har mottatt høringsuttalelser med realitetsmerknader fra 75 instanser. Foruten syv uttalelser fra privatpersoner og fire anonyme uttalelser, fikk departementet realitetsmerknader fra følgende instanser:	Forbundsstyret i Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund
	Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling
Datatilsynet	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
Direktoratet for e-helse	Legemiddelindustrien (LMI)
Fylkeseldrerådet i Hordaland	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Fylkesrådet for menneske med nedsett funksjons- evne i Hordaland	Mental Helse
Helsedirektoratet	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Det psykologiske fakultet (Universitetet i Bergen)	Nasjonalt kompetansetjeneste TSB
Kreftregisteret	Nasjonalföreningen for folkehelsen
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helse- klage)	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Statens helsetilsyn	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Statens legemiddelverk	Norges Optikerforbund
Bergen kommune	Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Molde kommune	Norsk Tannpleierforening
Oslo kommune (inkl. Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold)	Norske ortoptisters forening
Stavanger kommune	Norske Sykehusfarmasøytters Forening
	Pasient- og brukerombudene
	Sandefjord Røde Kors
	Stabburshella
	Tannhelsesekretærenes Forbund i Parat
	We Shall Overcome

Følgende høringsinstanser, som ikke er privatpersoner og/eller anonyme, hadde ikke merknader til forslagene:

Forsvarsdepartementet  
Justisdepartementet  
Klima- og miljødepartementet  
Landbruks- og matdepartementet  
Samferdselsdepartementet  
Utenriksdepartementet

Bioteknologirådet  
Den rettsmedisinske kommisjon  
Regionsenter for barn og unges psykiske helse,  
Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør)

Kristiansund kommune  
Sørreisa kommune

Arbeidsgiverforeningen Spekter

## 4 Forslagene i høringsnotatet

Departementet foreslo å forenkle helsepersonells tilgang til opplysninger etter helsepersonelloven § 29 c. Helsepersonell som ønsker å gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven § 29 c må i dag særskilt *anmode* om dette. Departementet foreslo å fjerne kravet om særskilt anmodning. Dette innebærer at helsepersonell som ønsker opplysninger om en tidligere pasient, selv må gjøre vurderingen av om vilkårene i helsepersonelloven § 29 c er oppfylte. Departementet foreslo at dersom helsepersonellet kommer til at vilkårene er oppfylte, kan vedkommende gjøre oppslag i journalen til en pasient helsepersonellet tidligere har behandlet. Det vil etter forslaget, som før, ikke være krav om å innhente samtykke fra pasienten først. Det ble ikke

foreslått endringer i hvilke formål det kan gjøres oppslag på bakgrunn av.

Departementet foreslo også å oppheve § 29 c siste punktum om at det skal dokumenteres i pasientens journal hvem opplysninger har blitt gjort tilgjengelige for, og hvilke opplysninger som har blitt gjort tilgjengelige. Høringsinstansene ble bedt om å komme med innspill om det er behov for særskilte dokumentasjonskrav i bestemmelsen.

Forslaget videreførte nåværende behandlers adgang til å ta kontakt med tidligere behandler for å tilgjengeliggjøre opplysninger som skal bidra til tidligere behandler sin læring eller kvalitets-sikring.

## 5 Høringsinstansenes syn

### 5.1 Generelt

Det kom inn 75 hørings svar med merknader. Flertallet av høringsinstansene som hadde merknader er positive til forslaget. Dette gjelder blant annet samtlige helseforetak som har uttalt seg, *Direktoratet for ehelse, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Den norske jordmorforening, Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Bergen Kommune, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Pasient- og brukerombudene*. Litt over halvparten av høringsinstansene som ikke støtter forslaget, er privatpersoner. Utover dette er det seks høringsinstanser som ikke støtter forslaget, herunder *Mental Helse Norge, Stavanger kommune og Datailsynet*.

De som støtter forslaget viser i stor grad til høringsnotatet og vurderingene der. Flere sykehus, for eksempel *Sørlandet Sykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helgelandssykehuset HF, Akershus universitetssykehus HF, St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF*, peker på at forslaget vil bidra til effektivitet og økt læring.

*Helse Møre og Romsdal HF* uttaler:

«Forslaget er etter vårt syn godt begrunnet og bidrar til å øke muligheten for læring og kvalitetssikring av egen innsats i behandlingsforløpet. Klinikere i vår virksomhet har lenge etterlyst muligheter for enklere å få en oppdatering av pasientens tilstand, når pasienten har blitt flyttet videre i «systemet». I mange tilfeller er det kun helt begrenset informasjon som er av interesse, så som pasientens endelige diagnose.»

Flere høringsinstanser peker på at dagens krav om anmodning for å få opplysninger om tidligere pasienter har vært et hinder for læring og kvalitetssikring. *St. Olavs hospital* uttaler:

«St. Olavs hospital er av den oppfatning at dagens ordning der helsepersonell må anmode om å få opplysninger utlevert er for tungvint og

har vært et hinder for læring og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten. Den foreslåtte endringen ved å fjerne kravet om at helsepersonell må anmode om å få de aktuelle opplysninger for egen læring og kvalitetssikring, vil bidra til å gjøre bestemmelsen mer praktisk anvendbar og formålstjenlig. Muligheten til læring og kvalitetssikring av egne vurdering og pasientforløp man har vært delaktig i er en viktig forutsetning for et kontinuerlig kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid.»

*Helse Sør-Øst RHF* støtter også forslaget:

«Forslaget vil også bedre legge til rette for at helsepersonell kan lære av hverandre på tvers av virksomheter når virksomheter har felles pasientjournal og/eller digital tilgang til hverandres pasientjournaler. Helse Sør-Øst RHF mener at det er positivt at forslaget også åpner for at pasientens nye behandler kan gi opplysninger til tidligere behandler. Helse Sør-Øst RHF mener at forslaget innebærer en betydelig mindre ulempe for den enkelte pasients personvern enn de fordelene som vil oppnås med forslaget til endring.»

Det samme synspunktet støttes av *Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helgelandssykehuset HF*, som begge peker på at anmodningskravet «har vært et alvorlig hinder for læring og kvalitetssikring.»

De som er negative til forslaget peker blant annet på hensynet til personvern, tilliten til helse- og omsorgstjenesten, økt risiko for «snoking» og faren for at pasienter ikke vil oppsøke helsehjelp eller ikke gi alle opplysninger. *Datailsynet* støtter intensjonen med forslaget, men mener at personvernkonsekvenser ikke er godt nok utredet. De vurderer at den tekniske tilgangen til helseopplysninger for læring- og kvalitetssikring i praksis gjøres tilnærmet ubegrenset. De uttaler at

«[Det er] en stor risiko for at løsningen gjennom dette forslaget gir bestemmelser som medfører at utgangspunktet om taushetsplikt

får for store unntak, begrunnet i at teknologien og journalløsningen vi har ikke er i stand til å ivareta både konfidensialitet og effektiviteten.»

*Mental Helse Norge* peker på at forslaget kan svekke tilliten til helse- og omsorgstjenesten:

«Innen psykisk helse- og rusfeltet kan forslaget om lovendring svekke tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, noe som kan føre til at pasienter ikke lenger gir informasjon om seg selv og sin helsetilstand som kan være viktig og relevant for helsehjelpen. En konsekvens kan også være at helsepersonell ikke lenger nedtegner viktige personsensitive og skambelagte opplysninger, fordi de vet at tilgangen til disse opplysningene blir for vid. Dette er ikke bare alvorlig for pasienten, men det kan også få store konsekvenser for samfunnet for øvrig.»

Andre høringsinstanser mener at forslaget tvert imot kan bidra til å øke tilliten til helsepersonell og til helse- og omsorgstjenesten. *Akershus universitetssykehus HF* uttaler:

«En slik endring vil styrke signalene om en tillit til helsepersonell. Vi slutter oss til departementets vurdering om at krav til logg, tilgangsstyring og etterfølgende kontroll er viktig for å hindre urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Det enkelte foretak har et stort ansvar for å utvikle gode interne prosedyrer og rutiner for å avdekke og sanksjonere uautoriserte oppslag i journal, samt bygge en kultur blant helsepersonell hvor den enkelte er sitt ansvar bevisst. Dette vil bidra til en økt bevissthet om oppslag i journal, taushetsplikt og hvilket ansvar som hviler på hvert enkelt helsepersonell.»

Andre aktører fra sentralforvaltningen betoner betydningen endringsforslaget har for pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. *Statens helsetilsyn* framhever pasientsikkerhetsperspektivet:

«Læring og kvalitetssikring av helsehjelp i helse- og omsorgstjenestene er etter vårt syn av stor betydning for å sikre forsvarlige tjenester av høy kvalitet og forebygge uønskede hendelser, feilbehandling og klagesaker. Dette vil være positivt i et pasientsikkerhetsperspektiv.»

*Helsedirektoratet* peker på betydningen av læring for å yte forsvarlig helsehjelp:

«Helsedirektoratet er positive til at det gjøres enklere for helsepersonell å lære. Å legge til rette for lærende organisasjoner er viktig blant annet for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.»

*Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)* adresserer helsepersonells rolle i helsetjenesten:

«Helseklage støtter at prosessen med tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger til helsepersonell i kvalitetssikrings- og læringsøyemed forenkles noe. Systemet i helsetjenesten er generelt basert på at helsepersonell forstår og respekterer de grenser som er satt for tilgang til og deling av pasientopplysninger. Dette vil også være utgangspunktet her.»

Representanter fra pasienter og brukere støtter også forslaget. *Landets pasient- og brukerombud* viser til at de fleste pasientene som kontakter dem gjerne vil bidra med sin historie for læring:

«Pasient- og brukerombudene mottar årlig over 15 000 henvendelser fra pasienter og brukere. [...] Fremlagte forslag til lovendring vil møte pasientene i deres ønske om å være et eksempel i læringsøyemed uten at de selv må gå videre med klagesaker mot involvert helsepersonell eller være frontfigurer i krevende klageprosesser.»

Selv om rammene for taushetsplikten ikke endres, antar departementet at oppslag i journal vil bli brukt i større grad enn tidligere. Dette gjelder både i form av at antall oppslag vil øke og at det i større grad vil gjøres oppslag direkte i journaler sammenlignet med den tidligere praksisen som i all hovedsak innebar utlevering. Den rettslige adgangen til å tilegne seg opplysninger er den samme som før.

De høringsinstansene som uttaler seg om økt oppslag i journal, peker i all hovedsak på de positive følgene. *Vestre Viken HF* uttaler at:

«(...) en slik forenkling kan forventes å føre til at adgangen vil bli brukt i noe større grad. Det vurderes imidlertid som entydig positivt, og vil være gunstig for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.»

*Helse Møre og Romsdal HF* viser at endringen vil føre til besparelse, og uttaler at «Lovforslaget vil frigjøre tid for helsepersonell som i dag brukes til administrativ kontroll av om vilkårene for tilgang er oppfylt».

*Den norske tannlegeforening* peker også på positive følger for pasientsikkerheten:

«Vi er også enige med departementet i at dette antageligvis vil føre til at helsepersonell i større grad enn tidligere vil tilegne seg slike opplysninger. Dette er viktig for pasientsikkerheten.»

Andre instanser, som *Datatilsynet*, peker på at økt tilegnelse av helseopplysninger er negativt for pasientenes personvern. De var kritiske til omfanget av helseopplysninger som gjøres tilgjengelig, og at det vil strekke seg utover det som regnes som relevant og nødvendig.

## 5.2 Høringsinstansene om pasientens reservasjonsrett

Etter helsepersonelloven § 29 c kan pasienten motsette seg at helseopplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell som tidligere har behandlet han eller henne. Departementet foreslo ikke endringer i denne retten. Dette støttes i all hovedsak av høringsinstansene. Et illustrerende eksempel er *Nasjonalforeningen for folkehelsen*, som uttalte:

«Vi er enige i at slik informasjon ikke krever samtykke fra pasienten, men støtter at pasienter som eksplisitt har motsatt seg innsyn i ettertid skal respekteres. Det er naturlig at slik motstand dokumenteres i pasientjournalen.»

Flere høringsinstanser, for eksempel *Datatilsynet*, *Nasjonalforeningen for folkehelsen*, *Norsk Sykepleierforbund*, *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse* og *Norsk sykepleierforbund*, peker på viktigheten av at reservasjonsadgangen er reell. De understreker at helsepersonell må informere om reservasjonsadgangen, slik at den blir kjent for pasienten.

Dette poenget utdypes av *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*:

«For at denne retten skal være reell, må imidlertid pasientene kjenne til den. Vi ønsker derfor et tillegg i loven, hvor helsepersonell har plikt til å opplyse pasienter om muligheten for at tidligere behandlere kan få innsyn i journal, for læringsformål, og at de har anledning til å reservere seg.»

*Datatilsynet* mener at reservasjonsadgangen er lite kjent for pasientene. De peker også på at økt

bruk av reservasjon kan innebære utilsiktede konsekvenser, fordi praksisen i dag er at enhver reservasjon hindrer all utlevering utover området til helsepersonelloven § 29 c. Den norske legeforening pekte også på praktiske utfordringer ved bruk av reservasjonsrett:

«Vi har tidligere påpekt at det er en vesentlig mangel at det i flere systemer i dag ikke er tekniske muligheter til å begrense innsyn i de tilfellene pasienten eksplisitt motsetter seg. Dette vil bli enda viktigere om denne endringen trer i kraft.»

## 5.3 Høringsinstansene om at nåværende behandler også kan kontakte tidligere behandler

Någjeldende helsepersonellov § 29 c stiller ikke krav om at det er helsepersonellet som ønsker opplysninger om hvordan det har gått med en pasient, som må initiere innsyn i opplysningene. Dette innebærer at helsepersonell som overtar behandlingen av en pasient og som for eksempel oppdager forbedringspotensiale i tidligere behandling, kan kontakte tidligere behandler slik at vedkommende kan lære av dette. Departementet foreslo å videreføre dette.

I all hovedsak var høringsinstansene som uttalte seg om dette, positive til at nåværende behandler kan kontakte tidligere behandler innenfor rammene av helsepersonelloven § 29 c. Eksempler er *Oslo universitetssykehus HF*, *Helse Sør-Øst RHF*, *Stavanger kommune*, *Kreftregisteret* og *Den norske legeforening*. *Oslo universitetssykehus* uttaler at

«Forslaget til endret bestemmelse innebærer også at helsepersonell som overtar en pasientbehandling kan kontakte pasientens tidligere behandler når man oppdager forbedringspotensiale i tidligere behandling og tidligere behandler kan lære av dette. OUS støtter dette og mener at det er positivt med tanke på forbedring av helsepersonells kunnskap og en styrking og forenkling av pasientsikkerhetsarbeidet.»

*Den norske legeforening* uttaler at

«Overføring av pasienter er et kritisk punkt i et forløp, hvor berettiget tilgang for den som overfører pasienten oppleves som en nyttig sikkerhetsfaktor. Det er positivt at det også åpnes for



at behandler kan ta kontakt med tidligere behandler med tilbakemelding om ytt helsehjelp, i tillegg til nødvendig konsultativ bistand.»

I tillegg uttaler *Stavanger kommune* at

«Stavanger kommune støtter imidlertid at muligheten for informasjon skal kunne gå begge veier, dvs. at helsepersonell som deltar senere i et behandlingsforløp på eget initiativ skal kunne gi informasjon til helsepersonell tidligere i forløpet for å ivareta kvalitetssikring av helsehjelp og læring.»

#### 5.4 Høringsinstansene om loggføring og tilgangsstyring

I høringsnotatet foreslo departementet å oppheve siste punktum i § 29 c, om at det skal dokumenteres i pasientens journal hvem opplysninger har blitt gjort tilgjengelige for, og hvilke opplysninger som har blitt gjort tilgjengelige. Begrunnelsen var at det allerede eksisterer lovkrav om at det finnes en oversikt (logg) over hvem som har hentet fram opplysninger fra pasienters journaler og at denne kan gjøres tilgjengelig for pasienten, se pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften § 14. På denne bakgrunnen vurderte departementet at det ikke var behov for en særskilt regulering om dokumentasjon i pasientjournal. I høringsnotatet spurte imidlertid departementet om det var behov for særskilte krav til dokumentasjon av tilgjengeliggjøring, ut over det som følger av pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften § 14.

Høringsinstansene som uttalte seg om dette, understreket betydningen av å dokumentere tilgjengeliggjøring av opplysninger fra journal for å hindre urettmessig bruk, som for eksempel snoking. Flere høringsinstanser ønsket at tilgangen for helsepersonell burde begrenses på ulike vis. Et eksempel er *Tannhelsesekretærenes Forbund i Parat* som uttalte at tilgangen bør begrenses til de helsepersonell som har autorisasjon.

*Helsedirektoratet* pekte på at det er problematisk å fjerne siste setning i dagens bestemmelse, da det ikke lenger vil være et krav om å dokumentere *hvilke* opplysninger som er tilgjengeliggjorte. *Direktoratet for e-helse* pekte også på at direkte oppslag kan loggføres etter pasientjournalforskriften § 14, mens tilgang via nåværende helsepersonell (via utlevering som utskrift ol.) bør fortsatt dokumenteres i journal, slik som § 29 c siste punktum tilsier.

*Stavanger kommune* frykter økt risiko for misbruk av pasientopplysninger:

«En hjemmel for at helsepersonell skal kunne innhente opplysninger om tidligere pasienter vil alltid medføre en risiko for misbruk, såkalt snoking i pasientjournal. I dagens lovverk ligger det en sperre/kontrollfunksjon i det faktum at man må anmode helsepersonell som deltar senere i behandlingsforløpet om opplysningene, og begrunne anmodningen. Dette medfører en transparens som sannsynligvis vil ha en disiplinerende effekt, og dermed redusere risikoen for misbruk. Høringsforslaget innebærer at denne kontrollfunksjonen forsvinner.»

Flere høringsinstanser, blant annet *Kreftregisteret*, trekker paralleller mellom logg og pasientens tilitt:

«Vi tror hensynet til pasientens personvern med dette fortsatt vil være tilstrekkelig ivare tatt, og er av den oppfatning at pasientene også videre kan ha tillit til at opplysningene om en selv behandles på en trygg måte. At opprettholdelsen av kravet om oversikt (logg) over hvem som har hatt tilgang til opplysninger fra pasientens journal opprettholdes, og at loggen er tilgjengelig for pasienten, anser vi som viktig».

*Datatilsynet* foreslår ulike begrensninger i § 29 c for å avgrense hvem som skal få tilgang til journal for lærings- og kvalitetssikringsformål. Videre mente *Datatilsynet* at det ikke er mulig å skille mellom forskjellige formål som helsehjelp og egen læring i dagens systemer når man styrer tilgang til pasientopplysninger. I tillegg etterspurte de en nærmere avklaring av hvordan kontroll med loggføring skal skje i praksis for å sikre at den fungerer etter sin hensikt:

«Etter forslaget er det kun den som har dataansvar for opplysningene, som har plikt til å loggføre oppslaget. Dette betyr at loggføringen skjer av helsepersonell som ikke er tilknyttet samme virksomhet som helsepersonellet som får tilgang til helseopplysningene/en annen virksomhet, enn virksomheten som får tilgang til helseopplysningene. Datatilsynet mener at muligheten for å føre kontroll med logger er betydelig dårligere når oppslagene som skal kontrolleres er gjennomført av helsepersonell som er tilknyttet andre enn den dataansvarlige.»

Høringsinstansene pekte også på betydningen av tilgangsstyring for at krav til informasjonssikkerhet overholdes. *Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling* tar også opp dette:

«Det gis ingen tidsbegrensing i henhold til hvor nært i tid innsynet skal være. Fra pasient-

ens ståsted vil tidligere behandlere man eventuelt har vært i konflikt med kunne lese nåværende journalnotater, noe som vil kunne føre til frykt for at disse opplysningene kan bli brukt imot pasienten i en eventuell senere tvist.»

## 6 Departementets vurderinger og forslag

### 6.1 Enklere tilgang til opplysninger om tidligere pasienter

Helse- og omsorgsdepartementet opprettholder forslaget om å forenkle helsepersonells tilgang til opplysninger etter helsepersonelloven § 29 c. Forenklingen består i at helsepersonell ikke lenger må særskilt anmode om å få tilgang til opplysninger om tidligere pasienter for egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen.

Gode helsetjenester forutsetter at relevante pasientopplysninger kan deles. Helsepersonell som tidligere har tatt del i undersøkelse eller behandling av en pasient kan i ettertid ha behov for å gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger om pasienten, for eksempel ved innsyn i pasientens journal. Dette vil typisk gjelde der helsepersonellet ønsker å få avklart om de vurderingene og tiltakene som ble gjort, var riktige. Det er et gode for pasientene at helsepersonell stadig lærer og kvalitetssikrer sine vurderinger. Departementet mener derfor at det ikke må være for omstendelig for helsepersonell å få tilgang til denne typen informasjon.

Helsepersonell har rapportert om at de møter vanskeligheter når de vil undersøke hvordan det har gått med en pasient de har behandlet. Departementet ønsker derfor å forenkle tilgangen til slik informasjon. Samtidig må hensynet til pasientens personvern ivaretas, slik at pasienten har den nødvendige tilliten til at opplysningene om seg selv behandles på en trygg måte.

Forslaget får også støtte fra det fleste av høringsinstansene. Departementet har imidlertid merket seg innvendingene fra blant annet *Mental Helse Norge* og *Datatilsynet*. Departementet foreslår derfor enkelte presiseringer som skal sikre personvernet og hindre utlevering av opplysninger til uvedkommende.

Helsepersonell som ønsker å gjøre seg kjent med taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven § 29 c må i dag særskilt anmode om dette. Departementet foreslår som nevnt å fjerne kravet om særskilt anmodning. Forslaget innebærer at helsepersonell som ønsker opplysninger om en tidligere pasient, selv må gjøre vurderingen

av om vilkårene i helsepersonelloven § 29 c er oppfylte. Departementet foreslår at dersom helsepersonellet kommer til at vilkårene er oppfylte, kan vedkommende gjøre oppslag i journalen til en pasient helsepersonellet tidligere har behandlet. Det vil, som før, ikke være krav om å innhente samtykke fra pasienten først.

En slik endring vil være arbeidsbesparende for både helsepersonellet som ønsker opplysninger, og personen som tidligere har måttet ta stilling til anmodningen og eventuelt funnet fram de relevante opplysningene. Departementet antar at forenklingen vil føre til at helsepersonell i større grad enn før vil tilegne seg slike opplysninger for egen læring og kvalitetssikring av helsehjelpen. Økt tilegnelse av helseopplysninger kan utgjøre et inngrep i pasientens personvern. Departementet vurderer at de positive følgene for læring og pasientsikkerhet overstiger personvernulempene. Se nærmere om vurderingen av forslagets personvernkonsekvenser i punkt 6.2.

Det foreslås ikke endringer i hvilke formål det kan gjøres oppslag på bakgrunn av. Det kan dermed fortsatt kun gjøres oppslag i journalen dersom formålet er kvalitetssikring av helsehjelpen eller egen læring.

Det er fortsatt kun opplysninger som er «relevante og nødvendige» for formålet som helsepersonell kan få innsyn i. Når helsepersonell gis tilgang til journaler til pasienter helsepersonellet tidligere har ytt helsehjelp til, må det aksepteres søking etter «relevante og nødvendige» helseopplysninger i pasientens journal. Dermed vil en slik løsning kunne innebære at det enkelte helsepersonell også vil kunne få tilgang til opplysninger som ut fra en streng fortolkning ikke er nødvendige og relevante for læringsarbeid eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Dette må imidlertid aksepteres. Departementet mener at forenklingen vil skape bedre læring og kvalitet i helsetjenesten. Dette er et gode som overstiger ulempene en slik søking i journal medfører for pasientens personvern, se personvern vurderingene i punkt 6.2. Det vises til at helsepersonell også i dag har slik adgang til å søke i journaler, se beskrivelsen av gjeldende rett i kapittel 2.

Når helsepersonellet som ønsker opplysninger ikke selv gjør oppslag i journal, men ber andre om å få utlevert opplysningene, er det den som utleverer opplysningene som må ta stilling til om vilkårene for utlevering er oppfylte. Dette kan for eksempel være aktuelt i tilfeller hvor helsepersonellet som ønsker opplysninger ikke har direkte tilgang til det aktuelle journalsystemet.

Helsepersonelloven § 29 c skiller ikke mellom hvorvidt opplysningene gjøres tilgjengelige for helsepersonell i samme virksomhet eller helsepersonell i andre virksomheter. Spørsmål om innsyn i journalopplysninger etter helsepersonelloven § 29 c er imidlertid ikke utelukkende et spørsmål om hva regelverket åpner for. Slike innsyn er også betinget av at de tekniske løsningene gir tilgang til de opplysningene bestemmelsen gir unntak fra taushetsplikten for. Det er for eksempel ikke gitt at pasientjournalsystemene hos ulike fastleger, psykologer, kommuner og helseforetak er så integrerte at det er mulig med direkte tilgang til journaler mellom ulike virksomheter. Dette innebærer som nevnt at helsepersonell ved aktuelle virksomheter, på forespørsel må ta stilling til hvilke opplysninger som kan utleveres.

Deling av opplysninger må i alle tilfeller oppfylle kravene til informasjonssikkerhet, herunder tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll, se blant annet pasientjournalloven § 22 og omtalen av dette i punkt 6.4.

Forslaget til endret helsepersonellov § 29 c stiller ikke krav om at det er helsepersonellet som ønsker opplysninger om hvordan det har gått med en pasient, som tar initiativ til innsyn i opplysningene. Høringsinstansene støttet dette. Departementet viderefører denne adgangen, slik at initiativet både kan komme fra nåværende og tidligere behandler. Dette innebærer at helsepersonell som overtar behandlingen av en pasient og som for eksempel oppdager forbedringspotensiale i tidligere behandling, kan kontakte tidligere behandler slik at behandler kan lære av dette. Senere behandler kan gi tidligere behandler opplysninger som omfattes av unntaket fra taushetsplikten i helsepersonelloven § 29 c. Dette gjelder med andre ord opplysninger om pasienten som er nødvendige og relevante for den tidligere behandlerens egen læring eller for kvalitetssikring av helsehjelpen.

I høringsnotatet foreslo departementet at adgangen til å gjøre oppslag for egen læring også skal gjelde Nasjonal kjernejournal. Direktoratet for e-helse uttalte i sitt høringsinnspill at pasientjournalen er bedre egnet som kilde til informasjon for lærings- og kvalitetssikringsarbeid enn

kjernejournal. De viser til at kjernejournal kun er en sammenstilling av de mest vesentlige helseopplysningene om pasienten som er hentet fra andre kilder. På denne bakgrunn vil ikke departementet videreføre dette forslaget i denne omgang.

## 6.2 Forslagets personvernkonsekvenser

---

Adgangen til å søke i journalen til en pasient som man ikke lenger yter helsehjelp til, finnes allerede. Forskjellen på dagens ordning og forslaget er at helsepersonellet etter dagens ordning særskilt må anmode om slik tilgang. Med forslaget vil helsepersonellet som ønsker opplysninger selv, som utgangspunkt, måtte gjøre en vurdering av om vilkårene i helsepersonelloven § 29 c er oppfylte i det konkrete tilfellet. I tilfeller hvor helsepersonellet som ønsker opplysninger ikke selv gjør oppslag i journal, men ber andre om å få opplysningene, er det den som utleverer opplysningene som må ta stilling til om vilkårene for utlevering er oppfylte.

Høringsinstansene mente i all hovedsak at endringsforslagets positive følger for helsepersonellens læring, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten, overstiger ulempene for pasientens personvern. Dette gjelder for eksempel *Kreftregisteret*, *Helseklage*, *Bergen kommune* og *Helse Bergen HF*. *Datatilsynet* mente at personvernkonsekvensene ikke var godt nok utredet.

Som nevnt vil det innebære en endring at det er helsepersonellet selv som skal vurdere om vilkårene for å få tilgang er oppfylte. Dette betyr at helsepersonell som trenger informasjon for egen læring og kvalitetssikring må selv vurdere konkret hvilke helseopplysninger som er relevante og nødvendige. Dette innebærer at det må aksepteres at helsepersonell må søke seg frem til de relevante opplysningene, og dermed kan se flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig. Personvernkonsekvensene er likevel begrenset da vilkårene for å få tilgang ikke er endret.

Det vil også fortsatt være straffbart for helsepersonell å ulovlig tilegne seg helseopplysninger, og den dataansvarlige og databehandleren skal fortsatt blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll.

Departementet vurderer at adgangen til å gjøre oppslag i journaler for kvalitetssikring eller egen læring trolig vil bli brukt i noe større grad når prosessen for å få slik tilgang forenkles. Det er også knyttet noen personvernkonsekvenser til at helsepersonell som i dag får tilgjengeliggjort opp-

lysninger på andre måter enn ved tilgang til journal, trolig vil foretrekke å heller gjøre oppslag i journal. Departementet mener at økt oppslag i pasientjournal for egen læring vil skape mer kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene. Det er et gode for pasientene at helsepersonell stadig lærer og kvalitetssikrer sine vurderinger. Å lære av egne erfaringer er en svært viktig kilde for å kvalitetsforbedre helsehjelpen. Tilgang til helseopplysninger for egen læring, for eksempel å få vite om diagnosen var riktig, mener departementet er avgjørende for å skape en trygg helse- og omsorgstjeneste. På denne bakgrunn overstiger fordelene ved lovendringene de personvernulempene som økt oppslag medfører.

De fleste høringsinstansene var positive til de følger økt oppslag har, se avsnitt 5.2. *Datatilsynet* var kritisk til omfanget av helseopplysninger som gjøres tilgjengelig, og at det vil strekke seg utover det som regnes som relevant og nødvendig. *Datatilsynet* stilte også spørsmål ved om helsepersonellet som vurderer lovlig tilgang vil vektlegge egen læring mer ensidig, på bekostning av hensyn til pasient og det helsepersonellet unntaket gjøres gjeldene overfor. Dette mener *Datatilsynet* utfordrer tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, personvernforordningens prinsipp om nødvendighet i artikkel 5 nr. 1 bokstav c) og kravene til tilfredsstillende sikkerhet etter forordningen artikkel 32. *Datatilsynet* stilte også spørsmål ved forslaget forhold til EMK artikkel 8, særlig forpliktelser denne gir til statene om fysisk sikring og kontroll med helsedata

Departementet presiserer at det fortsatt kun skal være «relevante og nødvendige» opplysninger som helsepersonellet får adgang til etter § 29 c. Som nevnt, må det aksepteres at helsepersonell finner frem til relevante og nødvendige opplysninger i journalen, og dermed kan se andre opplysninger. Oppslag i journalen skal fortsatt kun gjelde relevante og nødvendige opplysninger for helsepersonellens læring eller kvalitetssikring av helsehjelp, og dette må være styrende når helsepersonell leter frem opplysningene. I tillegg kan helsepersonellet kun få innsyn i helseopplysninger som gjelder en pasient vedkommende tidligere har behandlet. Dette er også en viktig begrensning for hvilke helseopplysninger helsepersonellet får innsyn i.

Ved å fjerne anmodningskravet i gjeldende bestemmelse, er det sannsynlig at antall oppslag i journal for egen læring eller kvalitetssikring vil kunne øke fordi tilgangen forenkles. Økt antall oppslag i journal har personvernkonsekvenser, ved at helsepersonellet får tilgang til sensitiv infor-

masjon om pasienten, uten at det skjer som ledd i et aktuelt behandlingsforløp. Det er også en risiko for at helsepersonellet får tilgang til flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig for egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Dette kan ha negative konsekvenser for tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten.

Personvernkonsekvensene må veies mot de samfunnsnyttige formålene bestemmelsen skal ivareta. Formålet med forslaget om enklere tilgjengeliggjøring av opplysninger er å bidra til kvalitetssikring og læring i helsetjenesten. Departementet mener at læringsarbeid og kvalitetssikring er legitime og svært viktige formål, og at det er et gode for pasientene at helsepersonell stadig lærer og kvalitetssikrer sine vurderinger. Etter departementets syn er ulempene for den enkelte betydelig mindre enn fordelene ved at helsepersonell stadig lærer og kvalitetssikrer sine vurderinger. Ved å forenkle adgangen til egen læring, vil helsepersonellet kunne yte bedre helsehjelp og pasientsikkerheten vil øke.

Departementet vurderer at forslaget er i tråd med menneskerettighetene. Forslaget er ikke i strid med dommen fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD), *I mot Finland* fra 17. juli 2008, som *Datatilsynet* viser til. EMD anser beskyttelse av helseopplysninger som grunnleggende for individets rett til privatliv og familieliv etter artikkel 8, se for eksempel dommen *Z mot Finland* av 25. februar 1995. I tillegg er dette avgjørende for å bevare tilliten til helsepersonell og helsetjenesten. I dommen *I mot Finland*, vurderte EMD at det var en krenkelse av statens positive forpliktelse til å sikre rett til privatliv, at klagers pasientjournal, som inneholdt opplysninger om HIV-smitte, ikke var tilstrekkelig beskyttet mot uberettiget tilgang. Klager var ansatt på et sykehus og hadde grunn til å tro at kollegaer kjente til sykdommen. Det fantes generelle regler mot uberettiget tilgang i den finske lovgivningen, men sykehuset hadde ikke implementert disse på en slik måte at de visste hvem som hadde hatt tilgang til journalen.

Departementet viser til at norsk lovgivning om informasjonssikkerhet, herunder tilgangsstyring, logging og kontroll med logg, går videre enn den finske lovgivningen fra 90-tallet, som EMD vurderte. Pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften pålegger dataansvarlig plikt til å føre logg over oppslag i journal, som bl.a. viser hvem som har hatt innsyn i helseopplysningene. Departementet foreslår også å presisere kravene til dokumentasjon i § 29 c, se punkt 6.4. På denne bakgrunn vurderer departementet at forslaget om

endring av § 29 c er i tråd med våre menneskerettslige forpliktelser, herunder den konkrete dommen Datatilsynet viser til.

Departementet viser også til at dagens helsepersonell har god erfaring med å vurdere hvilke opplysninger som er nødvendige og relevante for sitt arbeid. For eksempel vurderer helsepersonell hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte, se helsepersonelloven §§ 25 og 45 og pasientjournalloven § 19. På denne bakgrunnen mener departementet at helsepersonell er godt rustet til å foreta forsvarlige vurderinger etter helsepersonelloven § 29 c.

*Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)* adresserte også helsepersonells rolle i helsetjenesten i sitt høringssvar:

«Helseklage støtter at prosessen med tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger til helsepersonell i kvalitetssikrings- og læringsøyemed forenkles noe. Systemet i helsetjenesten er generelt basert på at helsepersonell forstår og respekterer de grenser som er satt for tilgang til og deling av pasientopplysninger. Dette vil også være utgangspunktet her.»

I tillegg viser departementet til at det ikke er noe nytt at opplysninger om en pasient brukes i opplæring av helsepersonell. Både sykehusene og ytere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til å utdanne helsepersonell, se spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1. Studenter og annet helsepersonell i opplæring vil for eksempel kunne ha behov for å følge og observere mer erfarne helsepersonell i deres tjeneste. Personen i opplæring vil dermed få tilgang til pasientopplysninger for å lære, uten at dette nødvendigvis gir bedre helsehjelp til den aktuelle pasienten i det aktuelle tilfellet.

### 6.3 Tilgjengeliggjøring

I høringsnotatet foreslo ikke departementet særskilte regler om tilgangsstyring eller hvordan opplysninger på annen måte skal tilgjengeliggjøres. På bakgrunn av innspill fra høringsinstansene om behovet for å avgrense tilgangen, foreslår departementet at det presiseres i § 29 c at det kun er *autorisert* helsepersonell som skal få tilgjengeliggjort helseopplysninger til egen læring eller kvalitetssikring. Med dette menes autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller lisens etter § 49.

For øvrig må deling av opplysninger oppfylle kravene til informasjonssikkerhet, herunder tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll, se blant annet pasientjournalloven § 22. Dette betyr at dataansvarlig også må ha andre tiltak som trengs for å tilfredsstille kravene til informasjonssikkerhet.

Flere høringsinstanser ønsket at tilgangen for helsepersonell burde begrenses på ulike vis. Et eksempel er *Tannhelsesekretærenes Forbund i Parat* som uttalte at tilgangen bør begrenses til de helsepersonell som har autorisasjon. Videre uttrykte *Datatilsynet* bekymring over at dersom forslaget skal ha effekt, kan man ikke lenger ha teknisk styring av tilgang til data slik man har hatt til nå. *Datatilsynet* foreslo ulike begrensninger i helsepersonellens adgang, for at ikke adgangen skulle bli for vid når helsepersonellet selv vurderer om tilgang til helseopplysningene er lovlig for kvalitetssikrings- og læringsformål.

Departementet vurderer at det er lite hensiktsmessig med en uttømmende regulering av hvordan dataansvarlig skal sikre informasjonssikkerheten, for eksempel gjennom tilgangsstyring. Den enkelte dataansvarlig må foreta konkrete vurderinger tilpasset risikoen for brudd på kravene til informasjonssikkerhet. I tillegg mener departementet at det er hensiktsmessig at ordlyden i § 29 c i størst mulig grad er teknologinøytral, for å ivareta at teknologiske løsninger kan videreutvikles uten å være i strid med ordlyden.

Departementet er for øvrig enig med *Datatilsynet* i at tilgangen til pasientjournal i lærings- og kvalitetssikringsøyemed bør styres etter enkelte forhåndsgitte kriterier om behov. Det er derfor som nevnt departementets vurdering at personell uten autorisasjon ikke bør ha tilgang til pasientjournal etter § 29 c. Tilgang til pasientjournal, som også kan være direkte, bør begrenses til autorisert personell. Autorisasjonen innebærer en forsikring om at vedkommende innehar et visst nivå av faglige kvalifikasjoner. Departementet mener at personell som selv skal vurdere tilgang til journal ut i fra hvilke opplysninger som er relevant og nødvendig for egen læring, bør ha et slikt nivå av faglige kvalifikasjoner.

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 presiserer igjen at dataansvarlig fortsatt må vurdere og iverksette andre tiltak for å sikre tilstrekkelig informasjonssikkerhet ved deling av opplysninger, se blant annet pasientjournalloven § 22. Dette kan for

eksempel innebære ytterligere tilgangsstyring for ulike grupper helsepersonell.

Forslaget stiller heller ikke krav til hvordan helsepersonell skal få tilgjengeliggjort opplysninger. Dette innebærer at helsepersonell kan få tilgjengeliggjort opplysninger ved at det gis tilgang i journalsystemene, eller ved utlevering av data på andre måter, herunder muntlig eller ved utskrift. Helsepersonellet må fortsatt anmode om tilgjengeliggjøring dersom de ikke har direkte tilgang til pasientjournalen.

Departementet antar imidlertid at helsepersonell, i den grad det er praktisk mulig, vil velge å selv gjøre oppslag i pasientens journal, heller enn å anmode andre om å få utskrift e.l. Dette kan være positivt for pasientens personvern, ved at opplysningene om vedkommende da leses i journalen, heller enn at det tas utskrift e.l. som det ikke kan loggføres hvem som får tilgang til.

Det vil, som før, ikke være krav om å innhente samtykke fra pasienten først. Dersom en pasient motsetter seg innsyn, må dette likevel respekteres, se punkt 6.5. Forslaget åpner heller ikke for at en større personkrets enn før skal kunne få helseopplysninger om pasienten. Bestemmelsen begrenser fortsatt adgangen til helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten. Formålsbegrensningen er heller ikke utvidet.

## 6.4 Dokumentasjonskrav

I høringsnotatet foreslo departementet å oppheve siste setning i helsepersonelloven § 29 c, om at det i pasientens journal skal dokumenteres hvem opplysninger har blitt gjort tilgjengelige for, og hvilke opplysninger som har blitt gjort tilgjengelige. Departementet opprettholder dette forslaget, men foreslår et nytt ledd om dokumentasjon på bakgrunn av høringsinstansenes innspill.

I høringsrunden understreket flere høringsinstanser, blant annet *Datatilsynet*, *Mental Helse* og *Helsedirektoratet*, betydningen av å dokumentere tilgjengeliggjøring av helseopplysninger fra journal for å føre kontroll og hindre at helsepersonell urettmessig gjør oppslag i pasienters journaler («snoking»). Departementet foreslår derfor et nytt ledd i § 29 c som sammenfatter dagens minimumskrav til dokumentasjon av tilgjengeliggjøring. Dette er minimumskrav som allerede fremgår av dagens siste setning i § 29 c samt pasientjournalforskriften § 14.

*Helsedirektoratet* pekte på at det er problematisk å fjerne siste setning i dagens bestemmelse, da det ikke lenger vil være et krav om å dokumen-

tere *hvilke* opplysninger som er tilgjengeliggjorte. Direktoratet for e-helse pekte på at direkte oppslag skal loggføres etter pasientjournalforskriften § 14, mens tilgang via nåværende helsepersonell (via utlevering som utskrift ol.) fortsatt bør dokumenteres i journal, slik som § 29 c siste setning tilsier.

Pasientjournalforskriften § 14 inneholder krav om å loggføre identitet og organisatorisk tilhørighet til den som har hentet fram opplysningene, grunnlaget for tilgjengeliggjøringen og tidsperioden for tilgjengeliggjøringen. Krav om å dokumentere hvilke opplysninger som er gjort tilgjengelige fremgår ikke direkte av bestemmelsen. Imidlertid inneholder den bransjestyrte Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (*Normen*) anbefalinger om dette. Loggkravene i *Normen* er forpliktende for de virksomhetene som har tegnet medlemskapsavtale til Norsk Helsenet. Det fremgår av denne at det i tillegg til minimumskravene i pasientjournalforskriften bør vurderes å logge «type opplysninger det er gitt tilgang til», se pkt. 5.4.4. Loggen skal kunne gjøres tilgjengelig for pasienten.

Departementet vurderer at dokumentasjon av tilgjengeliggjøring er et av de viktigste tiltakene for å sikre at oppslag i pasienters journal for egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen skjer på en rettmessig måte. Det er avgjørende at dataansvarlige dokumenterer tilstrekkelig informasjon til at det kan føres kontroll på en forsvarlig måte. Dokumentasjonskrav er derfor viktig for å skape tillit blant pasientene, i tillegg til at det er et viktig personverntiltak. Informasjon om *hvilke* opplysninger som er tilgjengeliggjort, for eksempel hvilke journalnotater, er sentral informasjon. For at dataansvarlig, eller andre kontrollinstanser, skal kunne overprøve hvorvidt oppslag var lovlig, bør det dokumenteres hvilke deler av journalen som er tilgjengeliggjort.

På denne bakgrunn vurderer departementet at det fortsatt bør være et krav om at dataansvarlig dokumenterer hvilke opplysninger som er tilgjengeliggjorte for helsepersonellens læring eller kvalitetssikring.

Det er hensiktsmessig at minimumskravene til dokumentasjon om tilgjengeliggjøring for lærings- og kvalitetssikringsformål fremgår klart og tydelig av bestemmelsen. Det er også pedagogisk at kravene ikke er spredt utover flere lover og forskrifter.

På denne bakgrunn foreslår departementet å erstatte § 29 c siste setning med et nytt ledd som inneholder samme dokumentasjonskrav, i tillegg

til de som følger av pasientjournalforskriften § 14. Forslag til nytt siste ledd er:

*Tilgjengeliggjøring etter første ledd skal dokumenteres. Dataansvarlige skal minst dokumentere informasjon om:*

- a) *identitet og organisatorisk tilhørighet til den som helseopplysninger har blitt gjort tilgjengelige for*
- b) *at grunnlaget for tilgjengeliggjøringen er læring og kvalitetssikring knyttet til tidligere pasient*
- c) *tidsperioden for tilgjengeliggjøringen*
- d) *hvilke opplysninger som er tilgjengeliggjort.*

Tilgjengeliggjøring av helseopplysning kan enten gjøres ved direkte tilgang eller ved utlevering. I utleveringstilfellene har ikke tidligere behandler direkte tilgang til journal, og det er derfor nåværende helsepersonell som gir ut opplysningene etter anmodning (ved utskrift ol.). For disse utleveringstilfellene påpekte *Direktoratet for e-helse* i sitt høringssvar, at utleveringen bør dokumenteres i pasientens journal. Dette har en sammenheng med at noen loggsystemer ikke lagrer like mye informasjon når det er *nåværende* behandler som gjør oppslag, sammenliknet med oppslag fra en *tidligere* behandler. For å ta høyde for ulike tekniske systemer for journalføring og logging, foreslår departementet en teknologinøytral bestemmelse.

Dette er en endring fra någjeldende § 29 c, som krever at informasjonen om hvem som har fått tilgang mv, dokumenteres i pasientens journal. Dataansvarlig kan imidlertid fortsatt velge å dokumentere denne informasjonen i journal.

Departementet mener bestemmelsen bør angi hvilken informasjon dataansvarlig minst må dokumentere ved tilgjengeliggjøring av helseopplysninger for læring- og kvalitetssikringsformål. Hvilke tekniske systemer som brukes for å dokumentere disse, herunder om det nedtegnes i et journalnotat eller i en logg, blir opp til den dataansvarlige. Det er imidlertid viktig at pasientens rett til innsyn i helsepersonellens oppslag i journal ivaretas på en god måte. Det må være enkelt for pasientene å få oversikt over hvem som har gjort oppslag og hvorfor. Dataansvarlig kan sikre dette gjennom ulike tiltak, for eksempel gjennom god informasjon om hvordan en får innsyn eller ulike e-løsninger, som for eksempel innsyn via helse-norge.no.

I høringsrunden stilte *Datatilsynet* spørsmål om hvem som skal kontrollere logg over oppslag og hvordan avvik skal forfølges. I tilfeller hvor helseopplysninger tilgjengeliggjøres fra en virk-

somhet til en annen, mener *Datatilsynet* at det gir dårlig mulighet for kontroll av loggen dersom denne gjennomføres av helsepersonell som er tilknyttet andre enn den dataansvarlige.

Departementet viser til at dataansvarlig har ansvar for å føre logg over tilgjengeliggjøring av opplysninger i sin virksomhet, og føre kontroll over denne, jf. pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften § 14. I tilfeller hvor helseopplysninger tilgjengeliggjøres fra en virksomhet til en annen, er det virksomheten som er dataansvarlig for journalen, som har plikt til å føre logg og føre kontroll med denne. Departementet har også presisert dette i nytt siste ledd i bestemmelsen for å sikre klarhet om dette.

Urettmessig tilegnelse av opplysninger er straffbart, jf. helsepersonelloven § 21 a, jf. § 67 og pasientjournalloven § 30 a, jf. § 16.

## 6.5 Retten til å motsette seg at helseopplysninger tilgjengeliggjøres

Departementet opprettholder forslaget om å videreføre pasientens adgang til å motsette seg at sine opplysninger tilgjengeliggjøres for helsepersonellens læring eller kvalitetssikring, slik det fremgår av § 29 c i dag. Det vil fortsatt ikke være et krav om at helsepersonell innhenter samtykke før opplysninger tilgjengeliggjøres. Departementets forslag fikk støtte av høringsinstansene.

Pasientens rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger fremgår også av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 og pasientjournalloven § 17. Denne retten er et viktig personverntiltak, fordi det gir den enkelte kontroll med bruken av opplysningene. Pasienten skal kunne følge og styre informasjonsflyten så langt det er mulig. Det følger av forarbeidene til helsepersonelloven at pasienten så langt råd er skal gjøres kjent med at det utleveres opplysninger i samarbeidsøyemed, og kan motsette seg dette.

Enkelte kategorier av helseopplysninger kan være særlig sensitive for pasienten. Dette kan være opplysninger om psykiske lidelser, visse smittsomme sykdommer eller andre spesielt følsomme opplysninger. Gjennom pasientens rett til å motsette seg, har pasienten mulighet til å skjerme/sperre journal eller deler av journal, også for helsepersonellens læring eller kvalitetssikring. Opplysninger kan ikke tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det ved forespørsel, se pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.



Dersom en pasient eller bruker motsetter seg tilgjengeliggjøring av helseopplysninger for læring- og kvalitetssikringsformål etter § 29 c, skal dette nedtegnes i journal dersom det er relevant og nødvendig, se pasientjournalforskriften § 7 bokstav c. I høringsrunden bemerket flere instanser, blant annet *Norsk Sykepleieforbund*, betydningen av at dette dokumenteres i journal av hensyn til pasientens tillit til helse- og omsorgstjenesten.

I Direktoratet for e-helse sin standard for elektronisk pasientjournal fremgår det at det skal være mulig å sperre visse deler av journalen, dersom pasienten ønsker det, se EPJ-standarden om tilgangsstyring, retting og sletting, kapittel 3.2.2. Sperringen kan for eksempel gjelde opplysninger som er registrert i forbindelse med et behandlingsopphold, alt som er registrert i et bestemt tidsrom og lignende. Opplysninger skal videre kunne sperres overfor enkeltpersoner, grupper av helsepersonell og virksomheter.

*Datatilsynet* og *Den norske legeforening* pekte på de utilsiktede konsekvensene som kan forekomme dersom sperring for læring- og kvalitetssikringsformål også hindrer enhver utlevering. *Molde kommune* peker også på tekniske utfordringer ved å begrense tilgang etter at pasienten har motsatt seg. Departementet ser at dette kan være en utfordring med dagens tekniske løsninger. Når en pasient motsetter seg læring og kvalitetssikring kan dette nedtegnes i journal, men en elektronisk sperring mot et slikt formål må i praksis også omfatte alle andre formål. Departementet viser imidlertid til at dataansvarlig også kan bruke andre tiltak for å begrense personkretsen som skal ha tilgang til journal for læring- og kvalitetssikring, for eksempel gjennom tilgangsstyring. En streng tilgangsstyring kan være aktuelt for deler av journal som er særlig sensitiv. Departementet viser også til pasientens rett til å sperre utvalgte deler av journalen og adgangen til å sperre mot enkeltpersoner, grupper av helsepersonell og virksomheter.

Flere høringsinstanser, for eksempel *Helgelandssykehuset HF* og *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*, var opptatt av

at retten til å motsette seg skal være reell, herunder at pasienten får tilstrekkelig informasjon om hvordan en reserverer seg. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse* foreslo at § 29 c bør inneholde en plikt for helsepersonellet til å informere om retten til å motsette seg. Departementet ser ikke behov for en særregulering av dette, da dette kravet uansett følger av annen lovgivning. Departementet viser blant annet til det generelle lovkravet om at pasienten får den informasjon som er nødvendig for å ivareta sine rettigheter, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 siste ledd.

## 6.6 Nåværende behandler kan kontakte tidligere behandler

---

Någjeldende helsepersonellov § 29 c stiller ikke krav om at det er helsepersonellet som ønsker opplysninger om hvordan det har gått med en pasient, som må initiere innsyn i opplysningene. Departementet foreslår å videreføre dette, noe som fikk støtte fra høringsinstansene.

Dette betyr at det ikke bare er helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten som kan kontakte senere eller nåværende behandlere. Kontakten kan også gå motsatt vei. Dette kan for eksempel gjelde tilfeller hvor en senere behandler oppdager forbedringspotensiale i tidligere behandling. Da kan senere behandler kontakte tidligere behandler slik at tidligere behandler kan lære av dette.

Det vil fortsatt ikke være mulighet til å gi flere opplysninger enn hva som ville vært lovlig dersom det var tidligere behandler som kontaktet senere behandler.

I en del tilfeller vil tidligere behandler allerede etter dagens ordning få epikrise. I svært alvorlige tilfeller vil også helsepersonelloven § 23 nr. 4 om unntak fra taushetsplikten når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre, kunne komme til anvendelse. Dette kan blant annet være tilfeller der det er farlig å videreføre gjeldende behandlingspraksis.

## 7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å fjerne kravet til særskilt anmodning for å få tilgang til opplysninger etter helsepersonelloven § 29 c, vil være arbeidsbesparende for både helsepersonellet som ønsker opplysninger, og personen som tidligere har måttet ta stilling til anmodningen og eventuelt funnet fram de relevante opplysningene. Departementet antar at forenklingen vil føre til at helsepersonell i noe større grad enn før vil tilegne seg slike opplysninger for læring og kvalitetssikring.

Tilgjengeliggjøring av opplysninger skal dokumenteres automatisk hos virksomheten som er dataansvarlig for opplysningene. Departementet foreslår å oppheve bestemmelsens siste punktum om dokumentasjon, og erstatte dette med et nytt ledd som sammenfatter minstekravene til dokumentasjon. Dette er krav som i all hovedsak følger av pasientjournalforskriften § 14 og gjeldende § 29 c. Det antas derfor ikke at forslaget har økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for virksomhetene.

## 8 Merknader til bestemmelsene

### *Til helsepersonelloven § 29 c*

Kravet om særskilt anmodning som forutsetning for å få opplysninger om tidligere pasient, blir opphevet.

Helsepersonell kan dermed gjøre direkte oppslag i tidligere pasienters journal, for kvalitetssikring av helsehjelpen eller for egen læring. Dette gjelder også journaler i annen virksomhet. Forutsetningen er at helsepersonellet har de nødvendige tilganger til journalsystemet. Helsepersonell kan også fortsatt anmode annet helsepersonell om å få utlevert eller på annen måte tilgjengeliggjort opplysningene.

Departementet foreslår også å begrense gruppen av personell som kan få tilgang til opplysninger etter § 29 c. Tilgang skal bare kunne gis til personer med autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

Departementet foreslår også å erstatte siste punktum med en mer pedagogisk oversikt over hvilken informasjon som må dokumenteres når helseopplysninger tilgjengeliggjøres for helsepersonellens læring- og kvalitetssikring. Informasjonen kan dokumenteres i logg eller journal.

Se også vurderingene i kapittel 6.

### *Til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 annet ledd første punktum*

I bestemmelsen er henvisningen til § 2-1 b femte ledd endret slik at det henvises til § 2-4 a annet ledd bokstav a istedet. Ved en feil ble henvisningen i bestemmelsen ikke foreslått endret samtidig som rettigheten som var regulert i § 2-1 b femte ledd ble flyttet til ny § 2-4 a annet ledd bokstav a, jf. Prop. 80 L (2018–2019) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet).

### *Til bioteknologiloven § 2A-6 første ledd annet punktum*

I bestemmelsen er henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd endret slik at det henvises til § 2-4 a annet ledd bokstav a

istedet. Ved en feil ble henvisningen i bestemmelsen ikke foreslått endret samtidig som rettigheten som var regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd ble flyttet til ny § 2-4 a annet ledd bokstav a, jf. Prop. 80 L (2018–2019) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet).

### *Til pasientskadeloven § 19 annet punktum*

I bestemmelsen er henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd endret slik at det henvises til § 2-4 a annet ledd bokstav a istedet. Ved en feil ble henvisningen i bestemmelsen ikke foreslått endret samtidig som rettigheten som var regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd ble flyttet til ny § 2-4 a annet ledd bokstav a, jf. Prop. 80 L (2018–2019) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet).

### *Til spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 første ledd*

I bestemmelsen er det tatt inn en henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a annet ledd bokstav a. Ved en feil ble henvisningen ikke foreslått samtidig som rettigheten som var regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd ble flyttet til ny § 2-4 a annet ledd bokstav a, jf. Prop. 80 L (2018–2019) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet).

### *Til spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd*

I bestemmelsen er henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd endret slik at det henvises til § 2-4 a annet ledd bokstav a istedet. Ved en feil ble henvisningen i bestemmelsen ikke foreslått endret samtidig som rettigheten som var regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd ble flyttet til ny § 2-4 a annet ledd bokstav a, jf. Prop. 80 L (2018–2019) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet).

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 mv. (enklere tilgang til helseopplysninger om tidligere pasienter).

---

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 mv. (enklere tilgang til helseopplysninger om tidligere pasienter) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i helsepersonelloven mv. (enklere tilgang til helseopplysninger om tidligere pasienter)

#### I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. skal § 29 c lyde:

*§ 29 c Opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring*

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp. Opplysningene må være nødvendige og relevante for helsepersonellens egen læring eller for kvalitetssikring av helsehjelpen. Helsepersonellet må ha autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

*Tilgjengeliggjøring etter første ledd skal dokumenteres. Den dataansvarlige skal minst dokumentere informasjon om:*

- a) identitet og organisatorisk tilhørighet til den som helseopplysninger har blitt gjort tilgjengelige for*
- b) at grunnlaget for tilgjengeliggjøringen er læring og kvalitetssikring knyttet til tidligere pasient*
- c) tidsperioden for tilgjengeliggjøringen*
- d) hvilke opplysninger som blir tilgjengeliggjort.*

#### II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 3-11 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4, § 2-4 a annet ledd bokstav a og § 2-5.

§ 5-2 tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling,

forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd eller § 2-4 a annet ledd bokstav a, og en annen norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

#### III

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter skal § 7-2 annet ledd første punktum lyde:

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-4 a annet ledd bokstav a ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet.

#### IV

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. skal § 19 annet punktum lyde:

Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd eller § 2-4 a annet ledd bokstav a eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.

#### V

I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. skal § 2A-6 første ledd annet punktum lyde:

Dette gjelder uavhengig av om vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a annet ledd bokstav a er oppfylt.

#### VI

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan sette i verk de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.





