

# Kommunikasjon mellom samarbeidende personell i helsevesenet

*Adgangen til å dele pasientopplysninger etter  
helsepersonelloven § 25 første ledd.*

Kandidatnummer: 13

Antall ord: 11369



JUS399 Masteroppgave  
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

01.06.2017

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	1
1 Innledning.....	2
1.1 Tema og problemstilling.....	2
1.2 Bakgrunn og aktualitet.....	2
1.3 Avgrensninger .....	4
1.4 Kilder og metode .....	5
1.5 Fremstillingen videre .....	7
2 Personvern og taushetsplikt.....	8
3 Kommunikasjon mellom samarbeidende personell (helsepersonelloven § 25) .....	13
3.1 Innledning .....	13
3.2 «Nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp» .....	14
3.2.1 Innledning.....	14
3.2.2 Formålskravet.....	14
3.2.3 Nødvendighetskravet.....	16
3.3 Personkretsen «samarbeidende personell» .....	20
3.3.1 Innledning.....	20
3.3.2 «Samarbeidende personell».....	20
3.3.3 Kommunikasjon med annet personell enn helsepersonell .....	22
3.4 Pasientens adgang til å motsette seg informasjonsutvekslingen .....	26
3.4.1 Innledning.....	26
3.4.2 Pasientens rolle og helsepersonells informasjonsplikt.....	26
3.4.3 Når pasienten er ute av stand til å mene noe om kommunikasjonen .....	30
3.4.4 Kommunikasjon selv om pasienten motsetter seg det .....	32
Litteraturliste .....	34

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og problemstilling

Avhandlingen vil behandle rammene som i dag gjelder for informasjonsutveksling mellom samarbeidende personell ved ytelsen av helsetjenester. Jeg vil se dette i lys av samfunnsutviklingen og reformer i helsesektoren i de siste årene, herunder den økte utbredelsen av tverrfaglig samarbeid innad i helsetjenestene. Lov av 2. juli 1998 nr. 64 om helsepersonell mv. § 25 første ledd er oppgavens hovedtema.

Taushetsplikten til helsepersonell er viktig for å hindre at sensitive personopplysninger kommer på avveie, og at en som pasient trygt kan gi ømfintlig informasjon til sine behandlere. Samtidig er det et stort behov for at ansatte i helsesektoren skal kunne utveksle informasjon seg imellom. Dette gjelder både muntlige og skriftlige opplysninger, for eksempel i situasjoner hvor helsepersonell skal samarbeide om å hjelpe en pasient, når helsepersonell trenger å samarbeide med andre som ikke er helsepersonell og når helsepersonell trenger opplysninger fra tidligere behandlere. Temaet for denne oppgaven er de to førstnevnte situasjonene, altså adgangen til kommunikasjon mellom samarbeidende personell i helsetjenestene, med særlig fokus på taushetsplikten som grense for kommunikasjonen.

For å besvare hvilken utstrekning § 25 første ledd tillater kommunikasjon, må bestemmelsen analyseres. De sentrale problemstillingene er for det første hva som ligger i at informasjon må være «nødvendig» for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. For det andre er spørsmålet hvem som kan være «samarbeidende personell». For det tredje er spørsmålet hva som ligger i at pasienten må «motsette seg» informasjonsspredningen for at helsepersonell likevel ikke kan dele opplysningene.

## 1.2 Bakgrunn og aktualitet

De begrensninger og muligheter taushetsplikten og unntakene fra denne fører med seg er omdiskutert. Temaet er aktuelt fordi det er skjedd viktige reformer i helsevesenet de siste årene, særlig samhandlingsreformen. Den har ført til nye arbeidsmetoder og samarbeidsformer. I stortingsmeldingen som ligger bak samhandlingsreformen uttales det at regelverket rundt informasjonsflyten mellom helsepersonell har «ligget noe tilbake for den helsefaglige,

organisatoriske og teknologiske utviklingen», og at «dagens lovverk er formulert i en tid da helsehjelpen i langt mindre grad forutsatte behandlingsskjeder på tvers av juridiske enheter».<sup>1</sup> Det har skjedd «en utvikling innen helsesektoren som gir nye undersøkelses- og behandlingsmetoder, og som medfører økende spesialisering», noe som innebærer «at pasienten oftere behandles av samarbeidende personell som tilhører forskjellige virksomheter, og som alle trenger tilgang til pasientdata».<sup>2</sup> På bakgrunn av teknologiske og helsefaglige grunner ble det foreslått å åpne for nye informasjonssystemer og mer fleksibel tilgang til disse for å løse helsefaglige behov. Stortinget vedtok ny pasientjournallov<sup>3</sup> og ny helseregisterlov<sup>4</sup> i 2014, og det har blitt utarbeidet en nasjonal kjernejournal<sup>5</sup>. Etter disse endringene har det blitt lettere for helsepersonell å få tilgang til helseopplysninger på tvers av enheter i helsevesenet. Aslak Syse karakteriserer det vernet pasientene i dag har om personlige opplysninger etter disse endringene som «ganske utvannet», og etterlyser en bred utredning hvor hensynene bak reglene kan avveies på en åpen måte.<sup>6</sup>

Selv om informasjonsflyten har blitt praktisk og teknologisk lettere etter endringene, er det fortsatt taushetsplikten og unntakene fra denne etter helsepersonelloven som må legges til grunn som grense for hvilken informasjon som kan gis til hvem.<sup>7</sup> Det er desto viktigere å være bevisst på dette nå som teknologien tillater fri flyt og hyppigere tilgang til informasjon. Helse- og sosialarbeidere opplever ofte at det er vanskelig å vite hvordan taushetsplikten skal forstås i mange sammenhenger. Som et eksempel uttaler Norges Sykepleierforbund i et høringsnotat fra 15.03.2016 at det særlig er § 25 som volder problemer i praksis.<sup>8</sup> Høringsnotatet ble skrevet på bakgrunn av et representantforslag fra Justiskomiteen om å «fremme et lovforslag i løpet av høsten 2016 for å revidere og tydeliggjøre helsepersonelloven § 25 første og tredje ledd». Særlig er det samtykkeproblematikken som tas opp.<sup>9</sup> Forslaget fikk ikke flertall i Stortinget.<sup>10</sup>

---

<sup>1</sup> St.meld. nr. 47 (2008–2009) s. 35–36. Kjønstad (2009) s. 281 mener imidlertid at dette var en uriktig beskrivelse av rettsutviklingen og rettstilstanden.

<sup>2</sup> Innst. O. nr. 110 (2008–2009) s. 1.

<sup>3</sup> Lov av 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp.

<sup>4</sup> Lov av 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

<sup>5</sup> Forskrift av 31. mai 2013 om nasjonal kjernejournal.

<sup>6</sup> Syse (2015) s. 515.

<sup>7</sup> Jf. pasientjournalloven § 15 og helseregisterloven § 17.

<sup>8</sup> «Høringsnotat – om taushetsplikt og regelverk, volds- og overgrepssatte barn» - tilgjengelig på <https://www.nsf.no/nsf-mener/horingsuttalelser> 09.05.2017.

<sup>9</sup> Dokument 8:52 S (2015-2016), Representantforslag 52 S fra stortingsrepresentantene Lena Vågsild, Christian Tynning Bjørnø, Tove Karoline Knutsen, Stine Renate Håheim, Lise Christoffersen og Sonja Mandt.

<sup>10</sup> Innst. 337 S (2015-2016) s. 6.

Det er også økt fokus på tverrfaglig samarbeid innad i helsevesenet, noe som reiser nye problemstillinger opp mot taushetspliktens grenser. Flere faggrupper arbeider sammen på tvers av faggrenser. Dette innebærer at den personkretsen som er med i pasientbehandlingen er større enn hva som var vanlig tidligere. Et eksempel på en slik arbeidsform er prosjektet for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) ved Universitetet i Bergen og Høgskulen på Vestlandet. Studentene som deltar utplasseres på sykehjem i tverrfaglige team fra blant annet medisin, farmasi, fysioterapi, sykepleie, musikkterapi, ergoterapi, psykologi, odontologi, vernepleie, sosionom og juss. Sammen utreder teamene pasienter på bakgrunn av de deltakende studentenes forskjellige bakgrunner.<sup>11</sup> Denne arbeidsformen er også aktuell å bruke i arbeidslivet, og analysen vil søke å oppklare rammene for slikt arbeid.

Usikkerheten knyttet til taushetspliktens rekkevidde kan på den ene siden føre til at informasjon om pasientens forhold spres på ulovlig vis på grunn av feil anvendelse av regelverket. På den andre siden kan helsepersonellet bli for forsiktig fordi man er usikker på regelverket, slik at det fører til effektivitetstap, som igjen kan føre til dårligere helsehjelp.

### 1.3 Avgrensninger

Det er samarbeidet mellom helsepersonell i konkrete pasientbehandlinger som er temaet for oppgaven. Dette avgrenser mot situasjoner der helsepersonell bistår eller bes om å bistå andre enn personell i helsevesenet ved deres behandling eller håndtering av pasienten. Taushetsplikt på tvers, for eksempel mellom helsevesenet, NAV, politi og barnevernet, vil derfor ikke bli behandlet. Dette er et stort og omdiskutert tema i seg selv.

Jeg avgrenser videre mot å behandle helsepersonells plikt til å gi opplysninger til senere behandlere, jf. helsepersonelloven § 45. Dette til tross for at flere av problemstillingene som drøftes i denne avhandlingen er like relevante her.<sup>12</sup> Jeg behandler heller ikke lovgivningen knyttet til pasientjournal, helseregistre og kjernejournal.

Helsepersonelloven § 25 andre ledd omfatter dokumentasjonsbehandlere og IT-personells adgang til opplysninger i arbeidet. Paragraf 25 tredje ledd omfatter adgangen til å gi opplysninger med formål å ivareta behovene til pasientens barn. Dette vil heller ikke bli

---

<sup>11</sup> Les mer om TVEPS på [www.uib.no/tveps](http://www.uib.no/tveps).

<sup>12</sup> Se tilsvarende vilkår om at informasjonen må være nødvendig for helsehjelp og at pasienten kan motsette seg tilgangen.

behandlet i denne oppgaven. Dette er fordi bestemmelsene ikke reiser de samme problemstillingene som første ledd. Jeg behandler heller ikke det praktiske unntaket som gjelder deling av opplysninger i lærings- og kvalitetssikringsøyemed etter helsepersonelloven § 29 c. Denne bestemmelsen ble tilført i 2013 for å dekke et praktisk behov, men heller ikke her gjelder de samme prinsipielle problemstillingene.

## 1.4 Kilder og metode

Det rettslige grunnlaget for unntak fra helsepersonells taushetsplikt for å kunne gi opplysninger til samarbeidende personell, er helsepersonelloven § 25 første ledd:

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

Bestemmelsen ble innført med helsepersonelloven av 1999, men tilsvarende bestemmelse fantes i legeloven § 34 før det. Forarbeidene til loven er Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) om lov om helsepersonell. Forarbeidene utdyper bestemmelsen, men viser til at rettsstilstanden fra legeloven «i hovedsak» skal videreføres. Rettsstilstanden etter legeloven er derfor en viktig kilde i oppgaven. Også andre stortingsdokumenter i forbindelse med vedtakelsen av helsepersonelloven vil bli brukt aktivt i analysen.

Det er generelt lite rettspraksis på helserettens område. Det gjelder også for dette temaet. Som en følge av mangelen på rettspraksis blir det særlig relevant til å se på andre typer avgjørelser.<sup>13</sup> Etter søk i saksarkivet til Sivilombudsmannen er det ikke fremkommet noe som har direkte overføringsverdi til oppgaven. Statens helsetilsyn har enkelte uttalelser som belyser problemstillingene. Det er også et par saker fra Helsepersonellnemnda hvor bestemmelsen fortolkes. Disse er tatt med i drøftelsene som eksempler, uten at de gir særlig veiledning eller har særlig rettskildemessig betydning i analysen.

Videre utgir helsemyndighetene rundskriv som inneholder tolkninger av helsepersonelloven. Disse er ment til bruk for opplæring og veiledning. Slike utgivelser blir tradisjonelt sett på som rettskilder som ikke har særlig vekt sammenlignet med lovtekst og forarbeider. De springer ikke ut fra lovgivningsprosessen. Unntaket er innenfor trygderetten og skatteretten, hvor slike retningslinjer har stor påvirkning på rettsanvendelsen i forvaltningen og dermed er styrende for

---

<sup>13</sup> Se Rasmussen (1997) s. 91.

etablert forvaltningspraksis.<sup>14</sup> Dette gjør at de kan få vekt som rettskilde ved at de fungerer som styrende på aktørenes oppfatning og etterlevelse av lovreglene.<sup>15</sup> Forvaltningspraksis kan være en relevant rettskilde også utenfor disse tilfellene. På taushetspliktens område har Asbjørn Kjønstad ment at reglene må være enkle å forstå for å hindre at helsepersonell må gjennom en tolkningsprosess de har små forutsetninger for å beherske. Han mente derfor at forvaltningens praksis må veie tungt på dette området.<sup>16</sup> Dette er et argument for at det kan legges større vekt på rundskrivene. Undersøkelser viser imidlertid at helsepersonell til tross for rundskriv og veiledninger tidvis har lite innsikt i lovbestemmelsene som regulerer taushetsplikt og at det mange steder foreligger praksis i strid med loven.<sup>17</sup> Dette taler for å legge lite vekt på den praksis på bakgrunn av rundskriv som foreligger blant helsepersonell som rettskilde.

På den andre siden er rundskriv skrevet av personer med særskilt kompetanse på det aktuelle området, og kan derfor i beste fall likestilles med juridisk litteratur. Det er også skrevet mye annen juridisk litteratur innenfor helseretten. De fleste lærebøkene tar for seg informasjonsutveksling, taushetsplikten og unntakene fra denne. Som regel er behandlingen ganske kortfattet, og samarbeidssituasjonen problematiseres i liten grad. På noen aspekter har forfattere likevel delvis ulike syn. Disse vil bli behandlet nærmere i de respektive underkapitlene. Jeg har også søkt i tidsskrifter, både juridiske og medisinske.

Utveksling av helseopplysninger er uten tvil viktig, og bidrar sterkt til økt effektivitet i helsevesenet, samt bedre helsehjelp. Ørnulf Rasmussen skriver at «kommunikasjon av personlige medisinske opplysninger virker som en del av blodomløpet for viktige deler av samfunnsmaskineriet».<sup>18</sup> Personvernretten har en dobbel funksjon ved at den ikke bare skal beskytte mot krenkelser ved behandling av personopplysninger, men også legge til rette for god bruk. Dersom en på personvernets område har for stort fokus på beskyttelse, vil en kunne komme til feil lovtolkning.<sup>19</sup> Samtidig taler hensynet til personvernet for at det må legges til grunn andre føringer enn bare hva som er praktisk for helsepersonellet selv. En bredere vurdering av de samfunnsmessige hensyn må derfor legges til grunn.

---

<sup>14</sup> Se Eckhoff (2001) s. 229.

<sup>15</sup> Rasmussen (1997) s. 91.

<sup>16</sup> Rasmussen (1997) s. 95.

<sup>17</sup> Se NOVA rapport 3/13, «Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt», s. 133–138.

<sup>18</sup> Rasmussen (1997) s. 6.

<sup>19</sup> Se Kvam (2014) s. 50 om spenningen mellom bruk og vern av personopplysninger.

I en artikkel fra 2012 drøfter Bjarne Kvam Datatilsynets lovtolkning på personvernrettens område:

*«En problemstilling som går igjen, er spørsmålet om viktige samfunnshensyn utgjør et relevant og viktig argument i avveiningen etter nødvendighetsalternativene i personopplysningsloven § 8. Når det klages på Datatilsynets vedtak, argumenteres det ofte med at samfunnsnyttene ved behandling av de aktuelle personopplysningene overstiger ulempene for personen som opplysningene gjelder.»<sup>20</sup>*

Han mener at tilsynet i for liten grad vektlegger samfunnsmessige hensyn ved lovtolkningen, og at tolkningen derfor ofte er for restriktiv. I vår sammenheng er det viktige samfunnsmessige behovet for å kunne gi god helsehjelp effektivt. Motsetningen er de individuelle hensyn som ligger bak enkeltpersonens ønske om å hindre delingen av personlige opplysninger. Selv om det her er helsepersonelloven som er det primære rettsgrunnlaget, kan det drøftes tilsvarende problemstillinger. En generell tendens er at personvernet i økende grad må vike for helsetjenestens og helseforskningens behov for ellers taushetsbelagt informasjon.<sup>21</sup>

I analysen vil jeg også se til lovgivningen i dansk rett for sammenligning, uten at dette tillegges rettskildemessig vekt for tolkningen av norsk rett.

## 1.5 Fremstillingen videre

I kapittel 2 vil jeg først redegjøre for helsepersonells taushetsplikt og personvernet som hovedprinsipp bak taushetsplikten. Jeg vil også redegjøre for de mest sentrale unntakene fra taushetsplikten. I kapittel 3 vil jeg analysere unntaket for samarbeidende personell i helsepersonelloven § 25. I 3.2 tar for meg formålskravet og nødvendighetskravet. I 3.3 tar jeg for meg begrepet «samarbeidende personell», mens jeg i 3.4 drøfter delingsadgangen opp mot pasientens autonomi.

---

<sup>20</sup> Kvam (2012) s. 49.

<sup>21</sup> Syse (2015) s. 515.



## 2 Personvern og taushetsplikt

Reglene om taushetsplikt i helsevesenet er basert på en avveining mellom nødvendigheten av kommunikasjon mellom de som skal yte helsehjelp og andre, og pasientenes kontroll med bruken av egne personlige opplysninger, personvernet.

Utgangspunktet er at helsepersonell har ytringsfrihet. Dette er en rettighet som både er grunnlovsfestet og som følger av menneskerettighetene.<sup>22</sup> Informasjonsutveksling er også nødvendig og ønskelig for å kunne gi pasienten best mulig helsehjelp. Samtidig har pasientene rett til respekt for sitt privatliv. Denne rettigheten følger også av Grunnloven og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK).<sup>23</sup> Dermed er det klart at helsepersonells ytringsfrihet må avveies mot personverninteresser. Det følger av EMK artikkel 10 (2), at det kan gjøres begrensninger i ytringsfriheten gjennom lov. Forutsetningen er at dette er «nødvendig i et demokratisk samfunn». Et eksempel fra konvensjonen på et slikt formål er «for å forebygge at fortrolige opplysninger blir røpet». Etter artikkel 8 (2) kan det gjøres unntak fra retten til vern av personopplysninger opp mot andre viktige hensyn, for eksempel «for å beskytte helse». Dermed er det åpnet for at både helsepersonells kommunikasjonsrett og pasientenes rett til å holde personopplysninger for seg selv kan tilsidesettes.

Et godt personvern er avgjørende for at befolkningen skal ha tillit til helsetjenestene. Norge har forpliktet seg til FNs konvensjon om økonomiske, sivile og kulturelle rettigheter (ØSK). Etter konvensjonen har innbyggerne rett på «enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health».<sup>24</sup> I dette ligger det også et krav om tilgjengelige helsetjenester. Komiteen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen), som er det organet som fortolker konvensjonen og påser at forpliktelsene blir etterfulgt, har uttalt at konfidensialitet er et avgjørende hensyn i kravet til tilgjengelige helsetjenester etter konvensjonens art. 12.<sup>25</sup> Tilliten er avgjørende for at personer oppsøker helsetjenestene, men også for at nødvendige opplysningene gis for at det skal kunne gis god og forsvarlig helsehjelp. Dette kommer fram gjennom formålsparagrafen til helsepersonelloven, hvor det slås fast at lovens formål blant annet er å bidra til «tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».<sup>26</sup> Taushetsplikten

---

<sup>22</sup> Jf. Grunnloven § 100 og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 10.

<sup>23</sup> Jf. Grunnloven § 102 og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8.

<sup>24</sup> Se konvensjonens artikkel 12.

<sup>25</sup> Se CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) s. 4-5.

<sup>26</sup> Jf. helsepersonelloven § 1.

har også blitt gjort til en tilsvarende rett for pasienten til vern om personlige opplysninger, se pasient- og brukerrettighetsloven<sup>27</sup> § 3-6. I denne pasientrettigheten ligger det et krav til at taushetsplikten overholdes, og denne retten går til enhver tid like langt som helsepersonells taushetsplikt.<sup>28</sup> Denne rettigheten etter pasient- og brukerrettighetsloven har derfor liten selvstendig rettslig betydning utover taushetspliktreglene etter helsepersonelloven.

Helsevesenet behandler sensitive personopplysninger i stor grad. Personopplysningsloven<sup>29</sup> regulerer all bruk av personopplysninger. Denne loven bygger på EUs direktiv om personvern fra 1995 og vil erstattes av EUs personvernforordning i 2018.<sup>30</sup> Dette regelverket har særlig fokus på elektronisk behandling av personopplysninger. Den gjeldende lovens formål er «å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger», jf. § 1. Formålet er dermed ikke å begrense bruken av personopplysninger mest mulig, men å legge til rette for bruken av opplysningene slik at man unngår krenkelser.<sup>31</sup> Det følger av personopplysningsloven § 9 at det kreves at særlige vilkår er oppfylt for at «sensitive personopplysninger» skal kunne brukes. Helseopplysninger regnes som «sensitive personopplysninger», jf. § 2 nr. 8 bokstav c. Ved siden av samtykke, er at lovligheten av bruken er «fastsatt i lov» et av de viktigste tilfellene, jf. § 9 bokstav b. Adgangen til å dele opplysninger mellom samarbeidende personell er et eksempel på et slikt lovfestet unntak.<sup>32</sup> Etter lex specialis-prinsippet går reglene om behandlingen av personopplysninger som følger av helselovgivningen foran personopplysningsloven.

I juridisk litteratur opereres det ofte med et skille mellom den forvaltningsmessige og den yrkesmessige taushetsplikten. Med den forvaltningsmessige taushetsplikten menes taushetsplikten som omfatter alle som jobber for offentlige organer, og som gjennom arbeidet har fått informasjon om noens personlige forhold. Med den yrkesmessige taushetsplikten menes taushetsplikten man har på grunn av utøvelsen av et bestemt yrke, for eksempel helsepersonell eller advokater. Av forvaltningsloven<sup>33</sup> § 13 første ledd nr. 1 framgår det at «enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om ... noens personlige forhold».

---

<sup>27</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

<sup>28</sup> Syse (2015) s. 377.

<sup>29</sup> Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger.

<sup>30</sup> Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data.

<sup>31</sup> Se Kvam (2012) kapittel 2.

<sup>32</sup> Se også helsepersonelloven § 6 om alminnelige vilkår for å behandle helseopplysninger.

<sup>33</sup> Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker.

Denne forvaltningsmessige taushetsplikten er begrenset til å gjelde offentlige organer, jf. forvaltningsloven § 1.<sup>34</sup> Med andre ord ansatte gjelder den bare helsepersonell i offentlige helsetjenester.<sup>35</sup> I forvaltningsloven § 13 andre ledd er det nærmere presisert hva som *ikke* regnes som personlige forhold. Her listes nøytrale opplysninger som «fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerskap, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses personlige». Det er derfor klart at opplysninger om helsetilstand og lignende regnes som personlige forhold som er underlagt taushetsplikt.

For alt helsepersonell følger den yrkesmessige taushetsplikten av helsepersonelloven. Loven «gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket», jf. helsepersonelloven § 2. Dette innebærer at loven ikke bare gjelder for helsepersonell i det offentlige, men også for alle private institusjoner og klinikker hvor det jobber helsepersonell i Norge. Anvendelsesområdet for helsepersonelloven er dermed videre enn forvaltningsloven, hvor anvendelsesområdet er begrenset til offentlige organer, jf. forvaltningsloven § 1. Siden denne loven er *lex specialis* i forhold til både personopplysningsloven og forvaltningsloven, vil den være oppgavens hovedfokus.

Begrepet «helsepersonell» er definert i helsepersonelloven § 3 første ledd. I tillegg til personell med autorisasjon som helsepersonell etter helsepersonelloven § 48, regnes også all annet personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp som helsepersonell. Elever og studenter som utfører helsehjelp regnes også som helsepersonell. Ved at alt personell som yter helsehjelp omfattes, vil for eksempel sosionomer eller barnevernspedagoger også være helsepersonell dersom de utfører pasientrettet, klinisk arbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten.<sup>36</sup> Av forarbeidene til helsepersonelloven følger det at personell som arbeider i andre tjenester, som for eksempel sosialkontor eller barnevernet, ikke vil komme inn under definisjonen i § 3, siden disse etatene ikke yter helsehjelp. Det følger imidlertid av NAV-loven<sup>37</sup> § 13 at kommunen kan avtale med NAV å legge kommunale helse- og omsorgstjenester til NAV. Slik vil også ansatte i NAV kunne gi helsehjelp og dermed regnes som helsepersonell.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> For mer omfattende fremstillinger av forvaltningsmessig taushetsplikt, se for eksempel Graver (2007) s. 365–379.

<sup>35</sup> Se også helseforetaksloven § 5, hvor det presiseres at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet.

<sup>36</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 214.

<sup>37</sup> Lov av 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen.

<sup>38</sup> Se Prop. 91 L (2010–2011) s. 101.

Hvorvidt personell uten autorisasjon faller innunder helsepersonellbegrepet, med andre ord hvorvidt personellet yter helsehjelp, må vurderes konkret etter stillingens og oppgavens karakter.<sup>39</sup> Se nærmere om hva som ligger i begrepet «helsehjelp» nedenfor i punkt 3.2.2.

Taushetsplikten alt helsepersonell har i kraft av sin stilling følger av helsepersonelloven § 21:

*«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 er en personlig plikt for helsepersonellet til å la være å dele personopplysninger de får gjennom jobben med mindre det kan gjøres i kraft av en unntakshjemmel. Ved at taushetsplikten gjelder alle «personlige forhold» går denne yrkesmessige taushetsplikten lengre enn taushetsplikten etter forvaltningsloven. Videre gjelder den opplysninger man får «i egenskap av å være helsepersonell». Dette innebærer at opplysninger mottatt både i arbeidstid og fritid er omfattet, dersom bakgrunnen for at man har fått opplysningene er at man er helsepersonell.<sup>40</sup>

Brudd på taushetsplikten kan føre til store konsekvenser for helsepersonellet. For det første kan det føre til sanksjoner fra arbeidsgiver i form av for eksempel oppsigelse eller suspensjon. For det andre kan Statens helsetilsyn og Helsepersonellnemda iverksette administrative reaksjoner som å gi advarsel eller å tilbakekalle autorisasjonen, jf. helsepersonelloven §§ 56 og 57. Overtredelse kan også føre til straff eller fengsel etter helsepersonelloven § 67 eller straffeloven<sup>41</sup> § 209. Taushetspliktsbestemmelsen utgjør dermed den objektive handlingsbeskrivelsen i straffebestemmelsene.

Siden taushetsplikten etter helsepersonelloven både har et videre anvendelsesområde og omfatter flere opplysninger enn forvaltningsloven, vil helsepersonelloven i praksis bli lagt til grunn.<sup>42</sup> Dette følger for det første som nevnt av prinsippet om *lex specialis*. For det andre har lovgiver vært tydelig på at forvaltningslovens bestemmelser ikke skal legges til grunn. Forvaltningsloven § 13 f er bestemmelsen som regulerer forholdet mellom taushetsplikt etter forvaltningsloven og yrkesmessig taushetsplikt. Det framgår av § 13 f at bestemmelsene i

---

<sup>39</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 215.

<sup>40</sup> Se Rt. 1989 s. 1363, hvor en sosialarbeider ble dømt for å ha delt personlige opplysninger hun hadde fått i festsammenheng. Høyesterett kom til at hun hadde fått opplysningene på bakgrunn av hennes yrke, og at hun derfor hadde brutt sin taushetsplikt ved å gi opplysningene videre til utenforstående.

<sup>41</sup> Lov av 20. juni 2005 nr. 28 om straff.

<sup>42</sup> Se Befring og Ohnstad (2010) s. 206.

forvaltningsloven fungerer som «utfyllende regler» når ikke annet er bestemt i lov eller i medhold av lov. Det følger imidlertid av forarbeidene til bestemmelsen at forvaltningsloven *ikke* kommer supplerende til anvendelse overfor yrkesbetinget taushetsplikt.<sup>43</sup> Med andre ord blir kommunikasjon mellom samarbeidende helsepersonell uttømmende regulert av helselovgivningen. Forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder dermed bare ansatte i helsevesenet som ikke har profesjonsbestemt taushetsplikt og som ikke anses som medhjelpere. For helsepersonell som er ansatt i offentlig forvaltning og som utfører forvaltningsvirksomhet, i motsetning til å yte helsehjelp, vil den forvaltningsbestemte taushetsplikten gjelde.

Utover unntaket for kommunikasjon mellom samarbeidende personell i helsepersonelloven § 25 første ledd, er samtykke fra pasienten et svært viktig grunnlag for unntak i denne sammenheng. Etter helsepersonelloven § 22 er taushetsplikten «ikke til hinder for at opplysningene gjøres kjent ... i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker». Dette samsvarer godt med prinsippet om at pasienten skal ha kontroll og råderett over sine egne personopplysninger. Det følger av forarbeidene til bestemmelsen at det ikke er formkrav til samtykket.<sup>44</sup> Med andre ord kan det gis både muntlig og skriftlig og det kan også gis underforstått. Det følger videre av forarbeidene at samtykket må være informert for at det skal være gyldig. Dette forutsetter at pasienten har fått informasjon om hvilke opplysninger det gjelder, hvordan disse skal anvendes og eventuelle konsekvenser av dette.<sup>45</sup> Et annet viktig unntak fra hovedregelen om taushetsplikt er adgangen til å dele opplysninger i anonymisert form, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 3. Samtykke og anonymisering som unntak fra taushetsplikten er svært praktisk, siden alle problemer knyttet til nødvendigheten av informasjonen og hvilken personkrets opplysningene deles til vil løses gjennom et gyldig samtykke. Spørsmålet for resten av oppgaven er derfor i stor grad hvilke opplysninger som kan deles og til hvem, *uten* at opplysningene anonymiseres eller det innhentes samtykke fra pasienten.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 2 (1985–1986) s. 57.

<sup>44</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 228.

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 228.

<sup>46</sup> For gjennomgang av øvrige unntak fra helsepersonells taushetsplikt, se Befring og Ohnstad (2010) kapittel 5, Duvaland (2016) s. 135–166, Warberg (2011) s. 164–185, Kjelland (2017) s. 155–204 og Molven (2015) kapittel 19.

## 3 Kommunikasjon mellom samarbeidende personell (helsepersonelloven § 25)

### 3.1 Innledning

Til tross for at taushetsplikten er viktig, er behovet for unntak stort. Som nevnt over er det gitt en rekke unntaksbestemmelser for tilfeller hvor lovgiver har ment at andre hensyn veier tyngre enn hensynet til at personlige opplysninger skal holdes tilbake. Ett av disse hensynene er at helsepersonell ofte har behov for både faglig og praktisk bistand fra kollegaer. I mange situasjoner er slikt samarbeid også en plikt for å oppfylle det lovpålagte kravet til å gi forsvarlig helsehjelp.<sup>47</sup> Et slikt samarbeid kan skje på mange måter, også på tvers av rent helsefaglige profesjoner. I denne sammenheng, kommunikasjon mellom samarbeidende personell, er det avgjørende hensynet at helsepersonell må kunne kommunisere seg imellom, både skriftlig og muntlig, for å kunne gi god helsehjelp effektivt.

Helsepersonelloven § 25 gjelder «opplysninger», noe som etter en naturlig språklig forståelse omfatter både muntlig og skriftlig informasjon.<sup>48</sup> Formålet er «å ivareta pasientens behov for oppfølging og for å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helsetjenesten».<sup>49</sup> Begrunnelsen er med andre ord at helsepersonell skal kunne kommunisere effektivt for å kunne gi helsehjelp. Det følger videre av forarbeidene at bestemmelsen i hovedsak er ment å tilsvare § 34 i gamle legeloven.<sup>50</sup> Tolkningen av denne bestemmelsen må derfor regnes som relevante ved tolkningen av dagens helsepersonellov.

---

<sup>47</sup> Se Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 217.

<sup>48</sup> Slik også Befring og Ohnstad (2010) s. 229.

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 90.

<sup>50</sup> Samme sted.

## 3.2 «Nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp»

### 3.2.1 Innledning

Det følger av helsepersonelloven § 25 at kommunikasjonen mellom samarbeidende personell bare kan skje når dette er «nødvendig» for kunne å gi «forsvarlig helsehjelp». Bestemmelsen stiller dermed for det første krav om at formålet må være å gi helsehjelp. Det stilles altså et formålsskrav. For det andre stiller bestemmelsen et krav til at kommunikasjonen må være nødvendig for å gi denne helsehjelpen. Dette er et nødvendighetskrav.

### 3.2.2 Formålsskravet

Den viktigste begrensningen for spredningen av informasjon etter helsepersonelloven § 25 er formålsskravet. Det følger av bestemmelsen at informasjonsdelingen må skje «for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Ordlyden avgrenser dermed mot at informasjonsdelingen skal skje til andre formål enn å gi helsehjelp.

Begrepet «helsehjelp» er i helsepersonelloven § 3 tredje ledd definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell».<sup>51</sup> Den samme definisjonen av helsehjelp er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. En nærmere utdyping følger av forarbeidene til denne bestemmelsen.<sup>52</sup> «Handling» peker på undersøkelser, behandling, utredninger og vurderinger, og dessuten pleie- og omsorgstiltak. Med «pleie- og omsorgsformål» siktes også til tiltak som iverksettes for å opprettholde et best mulig liv tross sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. «Forebyggende» vil si handlinger som kan bidra til å motvirke en negativ utvikling av pasients helsetilstand. «Diagnostisk» vil si ethvert tiltak som kan bidra til å stille en diagnose. «Behandling» vil si aktive og adekvate handlinger som skal bedre pasientens helsetilstand. «Rehabiliterende» mål vil være å stabilisere pasienten til en bedre helsetilstand etter skade eller sykdom.<sup>53</sup>

Begrepet «helsehjelp» er med dette vidt definert, og forklaringen over viser at en rekke yrkesgrupper kan være involvert i helsehjelpen. Samarbeid som innebærer deling av

---

<sup>51</sup> Se nærmere om definisjonen av helsehjelp i Warberg (2011) s. 71–72.

<sup>52</sup> Departementet har gitt uttrykk for at den samme definisjonen må legges til grunn i begge sammenhenger, jf. Prop. 91 L (2010–2011) s. 101.

<sup>53</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) s. 126.

taushetsbelagte opplysninger og som har andre formål, kan ikke hjemles i helsepersonelloven § 25.<sup>54</sup>

Det følger av ordlyden at formålet må være å gi helsehjelp som er «forsvarlig».<sup>55</sup> At all helsehjelp skal være «forsvarlig» følger av helsepersonelloven § 4:

*«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»*

Forsvarlighetskravet er grunnleggende for all ytelse av helsehjelp, og er både en rettslig og en faglig norm for yrkesutøvelsen.<sup>56</sup> Kjernen er at helsepersonell må holde seg innenfor eget faglige kompetanseområde og ikke overskride egne faglige kvalifikasjoner.<sup>57</sup> Videre er det en minstestandard for hvilken helsehjelp som kan gis uten å komme over i det uforsvarlige. Forsvarlighetskravet gjelder både på individnivå og på systemnivå.<sup>58</sup> Plikten til forsvarlighet gjelder ikke bare i forbindelse med den konkrete behandlingen av pasienten, men ved alle deler av yrkesutøvelsen.<sup>59</sup> Forsvarlighetskravet er dermed et alminnelig prinsipp som kan brukes som tolkningsmoment ved presiseringen av de øvrige reglene i helseretten og ved den konkrete rettsanvendelsen.<sup>60</sup> Videre er forsvarlighetskravet «uttrykk for en standard hvis innhold vil endre seg med forholdene og utviklingen», med andre ord er det utformet som en rettslig standard.<sup>61</sup> Dette vil i denne sammenhengen innebære at hvilken kommunikasjon som er i henhold til forsvarlighetsnormen vil kunne endre seg over tid. Et eksempel på slik endring er endringene i forbindelse med samordningsreformen og mer utbredt samarbeid på tvers av fag og enheter.

---

<sup>54</sup> Kjønstad (2007) s. 297 sammenfatter dette som et krav om at det må foreligge et «terapeutisk formål» med kommunikasjonen.

<sup>55</sup> For nærmere om kravet til forsvarlighet, se Kjelland (2016) s. 79–103 og Warberg (2011) s. 146–156.

<sup>56</sup> Se også spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

<sup>57</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) s. 215.

<sup>58</sup> Se Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 216. Se også spesialisthelsetjenesteloven § 2-3, som stiller krav til forsvarlig virksomhet på systemnivå.

<sup>59</sup> Befring og Ohnstad (2010) s. 57.

<sup>60</sup> Kjelland (2016) s. 80.

<sup>61</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979–1980) s. 96.



### 3.2.3 Nødvendighetskravet

I forbindelse med at det gis helsehjelp, trenger ulikt helsepersonell forskjellig grad av informasjon om pasienten, for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver. For eksempel trenger ikke en anestesisykepleier å vite om pasientens psykiske lidelser for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver. Alle ansatte på en sykehusavdeling trenger heller ikke å få all informasjon om alle pasienter på morgenmøtet, med mindre de har med pasientbehandlingen å gjøre. Det følger av helsepersonelloven at i tillegg til å måtte være begrunnet i å gi forsvarlig helsehjelp, må informasjonsdelingen også være «nødvendig» for å kunne gi denne helsehjelpen.<sup>62</sup>

Problemstillingen er for det første om ordlyden «nødvendig» skal forstås som et eget vurderingsmoment i tillegg til at formålet må være å gi forsvarlig helsehjelp. Må helsepersonell vurdere om informasjonen han eller hun sitter med er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, eller er det nok å konstatere at informasjonen gis med sikte på å gi helsehjelp? Dersom det er tilstrekkelig å konstatere at informasjonen gis for å gi helsehjelp er det ikke en nødvendighetsvurdering, men en relevansvurdering. Hvis «nødvendig» må vurderes som et eget vilkår blir spørsmålet for det andre hva slags kunnskap helsepersonellet må ha om nødvendigheten av informasjonen. Ofte har man ikke full oversikt over hva slags helsehjelp som er nødvendig. I andre tilfeller har man ikke selv kunnskapen om opplysningene er nødvendige eller ikke, og da er det nødvendig å kunne diskutere opplysningene med andre.

Etter en alminnelig språklig forståelse peker ordet «nødvendig» på at det må være påkrevd og uunnværlig å gi informasjonen videre for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.<sup>63</sup> Med andre ord kan det tolkes som at hvis helsehjelpen kan gis uten at opplysningen deles, vil dette ikke være nødvendig. Det vil gjelde både hvilken informasjon som gis og hvem den gis til. Ordlyden kan imidlertid også tolkes i den retning at når helsehjelpen først har nådd et forsvarlig nivå, vil det ikke lenger være nødvendig å dele mer informasjon for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Et slikt tolkningsresultat vil likevel være urimelig, siden det som regel er ønskelig at helsehjelpen skal holde et høyere nivå enn et minimum.

Det følger av forarbeidene at formålet med bestemmelsen er å «ivareta pasientens behov for oppfølging» og «å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i

---

<sup>62</sup> Nødvendighetsbegrensningen finnes også i andre bestemmelser som regulerer informasjonsflyten i helsevesenet, se helsepersonelloven § 45 og helseregisterloven § 13.

<sup>63</sup> Slik er også definisjonen i Bokmålsordboka (ordbok.uib.no).

helsetjenesten».<sup>64</sup> Med dette menes at formålet bak taushetspliktsreglene er å ivareta personvernet til pasientene, er hovedformålet bak unntaket i § 25 å legge til rette for effektiv kommunikasjon for å kunne gi bedre behandling til pasienten.

Av forarbeidene følger det videre at vurderingstemaet er «om kommunikasjonen tjener pasientbehandlingen».<sup>65</sup> Dette fremstår som en lavere terskel enn det ordlyden «nødvendig» legger opp til. Det er forskjell på at noe er nødvendig og at noe er tjenlig. Det virker med andre ord som at forarbeidene gir uttrykk for en lavere terskel for informasjonsdeling enn ordlyden. «Nødvendig» nevnes ikke som noe selvstendig vilkår i forarbeidene.

Som nevnt over, følger det av forarbeidene at bestemmelsen i det vesentlige er ment å tilsvare bestemmelsen i den tidligere legeloven § 34. Tolkningen av denne bestemmelsen er derfor relevant.<sup>66</sup> Ordlyden i legeloven § 34 var som følger:

*«taushetsplikten ikke er til hinder for at en lege gir opplysninger til annet helsepersonell eller medhjelper av hensyn til undersøkelsen eller behandlingen av en pasient med mindre denne motsetter seg dette, og det etter forholdene kan og bør respekteres».*

«Av hensyn til» er et annet begrep enn «nødvendig», og ligner forarbeidene til helsepersonelloven sin formulering om at vurderingstemaet er hva som «tjener pasientbehandlingen». Denne språklige forskjellen kan tyde på at lovgiver har ment å innsnevre adgangen til informasjonsdelingen ved vedtakelsen av helsepersonelloven. Forarbeidene til helsepersonelloven nevner likevel ikke denne forskjellen. Dette skyldes nok at det i praksis er utviklet et slikt nødvendighetskrav også etter legeloven.<sup>67</sup> Rasmussen argumenterer i sin avhandling om temaet for at «av hensyn til» i legeloven § 34 må forstås som et strengere nødvendighetskrav. Han viser til at dagjeldende regler for deling av journalopplysninger mellom leger og medhjelpere etter journalforskriften var begrenset til hva som var «nødvendig av hensyn til undersøkelse eller behandling av pasienter, jf. legeloven § 34». Rasmussen mener at formål- og konsekvenshensyn tilsier at samme regler for kommunikasjon bør gjelde, uavhengig av om den gis skriftlig eller muntlig, og at § 34 derfor måtte tolkes strengere enn ordlyden tilsa. Rasmussen drøfter ikke hva som lå i «nødvendig» etter den dagjeldende

---

<sup>64</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 229.

<sup>65</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 229.

<sup>66</sup> Samme sted.

<sup>67</sup> Rasmussen (1997) s. 409 og Oma (1998) s. 94.

journalforskriften.<sup>68</sup> Denne forståelsen av legeloven § 34 taler for at det må gjelde et nødvendighetskrav også etter helsepersonelloven, selv om det ikke er drøftet nærmere i forarbeidene.

I samme retning taler lovkommentaren til helsepersonelloven fra Helsedirektoratet:

*«Det må ... foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av formidlingen og hvilke opplysninger det er behov for å utlevere i den konkrete situasjonen»<sup>69</sup>*

I at det må foretas en «konkret vurdering av nødvendigheten» ligger det at det ikke holder å konstatere at opplysningene gis for å gi helsehjelp, men at det også må være nødvendig.

Juridisk litteratur om temaet drøfter ikke nødvendighetskravet særlig omfattende, bortsett fra å vise til ordlyden og formålskravet.<sup>70</sup> Ofte omtales nødvendighetskravet som et «need-to-know»-prinsipp, og at dette omfatter både hvilken informasjon som gis og hvem som får den.<sup>71</sup> Også «need-to-know» peker på at et strengere vurderingstema en hva som «tjener pasientbehandlingen».

Etter dette kan det slås fast at kommunikasjonen må være nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp i ordets strenge betydning.

Det neste spørsmålet om vurderingen er subjektiv eller objektiv. Ved en streng objektiv vurdering vil en i etterpåklokskapens lys kunne vurdere om opplysningene faktisk var nødvendige, og deretter eventuelt kritisere helsepersonell for å ha delt opplysninger som ikke var nødvendige. Dersom vurderingen er subjektiv er det helsepersonellens egen oppfatning av nødvendigheten av kommunikasjonen som må legges til grunn. Det framgår ikke av lovteksten eller av øvrige bestemmelser at vurderingen er subjektiv. Likevel er pliktsubjektene i helsepersonelloven helsepersonellet selv, jf. helsepersonelloven §§ 2 og 21. Det er helsepersonellet som pålegges taushetsplikten, og det er derfor de som må foreta vurderingen av om det kan gjøres unntak. Hensynet til sensitive personopplysninger blir spredd i så liten grad som mulig taler også for at helsepersonellet ikke skal måtte rådføre seg med andre for å

---

<sup>68</sup> Rasmussen (1997) s. 411.

<sup>69</sup> IS-8/2012, Helsepersonelloven med kommentarer, s. 20.

<sup>70</sup> Se for eksempel Ohnstad (2003) s. 130 og Warberg (2011) s. 176.

<sup>71</sup> Se Duvaland (2016) s. 151, Oma (1998) s. 62, Rasmussen (1997) s. 408 og Helsepersonelloven på Rettsdata, note 93.

finne ut av om kommunikasjonen er nødvendig. Det riktige må være at det er opp til helsepersonellet selv å vurdere hva som er nødvendig.<sup>72</sup>

Når vurderingen er subjektiv er det vanskelig å kritisere spredningen av opplysninger dersom helsepersonellets oppfatning var at det var nødvendig for helsehjelpen. Det vil ofte være vanskelig å skille nødvendige opplysninger fra bare relevante opplysninger. For eksempel kan det være vanskelig for helsepersonellet å vite om opplysningene er nødvendige uten å drøfte dette med annet personell med annen kompetanse. Som nevnt i punkt 1.2 er moderne helsehjelp i høy grad spesialisert. Likevel må det kunne stilles krav til helsepersonellets vurdering av om taushetsplikten kan tilsesettes. Som redegjort for i punkt 3.2.2 er forsvarlighetsnormen et grunnprinsipp for yrkesutøvelsen til helsepersonell. Kravet til forsvarlighet gjelder ikke bare behandlingen av pasienten, men hele yrkesutøvelsen. Dette må da også omfatte hvordan helsepersonell behandler pasientopplysninger. Etter min mening kan ikke bestemmelsen tolkes slik at helsepersonellet må være helt sikker på at opplysningene er nødvendige for å kunne gi de videre. Det må legges vekt på at spredningen av informasjon skjer i pasientens interesse gjennom at pasienten mottar helsehjelp. For eksempel må en sykepleier som har fått informasjon fra pasienten kunne gi denne videre til pasientens lege for vurdering, uten å være helt sikker på at denne informasjonen er nødvendig for pasientens helsehjelp. Også de som mottar informasjonen har taushetsplikt, og derfor vil deling av opplysninger på bakgrunn av en forsvarlig vurdering i liten grad innebære en krenkelse overfor pasienten. Dette samsvarer med at forsvarlighetsnormen er en rettslig standard som utvikler seg i takt med normer og organisasjonsformer i helsevesenet, for eksempel økt spesialisering. Vurderingsmomentet må derfor være om helsepersonellet har foretatt en forsvarlig vurdering av nødvendigheten av informasjonsspredning, både med tanke på hvilken informasjon som gis og hvem den gis videre til.

---

<sup>72</sup> I dansk rett står det eksplisitt i loven at avgjørelsen må tas av den som sitter med opplysningene, jf. sunnhedsloven § 41 fjerde ledd.

## 3.3 Personkretsen «samarbeidende personell»

### 3.3.1 Innledning

I tillegg til at opplysningene som gis videre må være nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp, må personkretsen som mottar opplysningene etter helsepersonelloven § 25 første ledd være «samarbeidende personell». Problemstillingen her er hvem som er «samarbeidende personell» overfor helsepersonellet.

### 3.3.2 «Samarbeidende personell»

Ordlyden «samarbeidende» peker for det første på at det må være et samarbeid mellom helsepersonellet som sitter på opplysninger og den som mottar informasjon. I lys av formålkravet «forsvarlig helsehjelp» må dette være et samarbeid om å gi helsehjelp. Dermed må både den som gir informasjon videre og den som mottar informasjonen være involvert i et samarbeid om den konkrete pasientbehandlingen.

Begrepet «samarbeidende personell» erstattet formuleringen «annet helsepersonell eller medhjelpere» i legeloven § 34. Av forarbeidene framgår det at formålet med denne endringen var å synliggjøre at opplysninger kan gis til andre enn bare medhjelpere, for eksempel helsepersonell i andre avdelinger på sykehus, til helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter.<sup>73</sup> Det kommer dermed klart fram at samarbeid ikke bare kan skje innad på etaten eller avdelingen, men at den også kan gå på tvers av avdelinger, nivåer eller geografiske steder. Dette er svært praktisk i og med at dagens helsevesen er preget av utstrakt samarbeid på tvers av enheter, for eksempel mellom fastlege, legevakt, spesialisthelsetjeneste, sykehjem, helsestasjoner, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og distriktpsikiatrisk senter (DPS), for å nevne noen.

Fortsatt er også medhjelpere omfattet. Medhjelpere kan være både helsepersonell og andre, og kjennetegnes ved at de ut fra sine kvalifikasjoner er tildelt oppgaver av annet helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 5.<sup>74</sup> Dette kan for eksempel være ufaglærte assistenter.

---

<sup>73</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 229.

<sup>74</sup> IS-8/2012, Helsepersonelloven med kommentarer s. 20.

Etter dette er det klart at hovedgruppen av samarbeidende personell vil være helsepersonell som kommuniserer enten innad på avdelinger og sykehus eller på tvers av helseinstitusjoner for å gi opplysninger nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer at det må trekkes en grense mot andre som befinner seg utenfor helsetjenesten, slik som lærere, sosionomer og barnevernspedagoger i for eksempel skolen, NAV og barnevernet. Disse kan ikke regnes som samarbeidende personell siden de ikke er med på å yte helsehjelp.<sup>75</sup> Dette ble også klart forutsatt i sosialkomiteens innstilling.<sup>76</sup>

Når samarbeid om helsehjelp kan skje på tvers av institusjoner og avdelinger, blir den viktigste begrensningen fortsatt at samarbeidet må gjelde helsehjelp til en konkret pasient, jf. punkt 3.2.2. Et illustrerende eksempel på kommunikasjon mellom personell innad på avdelingen som ikke kan anses som samarbeidende personell er en tilsynssak fra Statens helsetilsyn fra 2017. En turnuslege på et helsesenter snakket om en av sine pasienter med navn overfor to sykepleiere på vaktrommet. Sykepleierne var ikke involvert i pasientbehandlingen. Legen mente at dette var innenfor taushetsplikten siden alle involverte var helsepersonell med taushetsplikt, og at opplysningene bare ble brukt for å diskutere eksempler på særlig vanskelige saker. Helsetilsynet la til grunn at opplysningene ble trukket fram uten at dette var i behandlingsøyemed, og at taushetsplikten etter § 21 derfor var brutt.<sup>77</sup>

Helsepersonellnemda har også avgjort to saker hvor problemstillingen har vært relevant. Disse utgjør ikke noe særlig bidrag rettskildemessig i analysen siden resultatet i disse tilfellene var rimelig klart, men de er illustrerende eksempler. Et tilfelle hvor kommunikasjonen hadde skjedd på tvers av enheter er en lege som hadde gitt pasientopplysninger til Rådet for legeetikk. Legen anførte at Rådet for legeetikk måtte anses for samarbeidende personell. Nemda slo fast at rådets hovedoppgave var å gi råd i etiske spørsmål, ikke å bidra i pasientbehandlingen. Rådet kunne da ikke anses som deltakende i pasientbehandlingen og derfor heller ikke samarbeidende personell.<sup>78</sup> Helsepersonellnemda har også avgjort en sak hvor en fysioterapeut ga opplysninger til et firma som på bakgrunn av klager skulle komme med forslag til forbedringer i kvaliteten på fysioterapeutens tjenester. Heller ikke her deltok informasjonsmottakeren i den konkrete

---

<sup>75</sup> Helsepersonell har imidlertid opplysningsplikt overfor nødetater, helse- og omsorgstjenesten og barnevernet om opplysninger som kan eller bør føre til tak fra disse, jf. helsepersonelloven §§ 31–33. Se mer om dette i for eksempel Molven (2015) s. 323–329.

<sup>76</sup> Innst. O. nr. 58 (1998—1999) s. 29. Slik også Molven (2015) s. 317

<sup>77</sup> Saksfremstillingen er tilgjengelig på [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Turnuslege-brudd-pa-taushetsplikt-i-samtale-med-annet-helsepersonell](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Turnuslege-brudd-pa-taushetsplikt-i-samtale-med-annet-helsepersonell). Hentet 10.05.17.

<sup>78</sup> Helsepersonellnemda sak HPN-2006-180.

behandlingen av pasienten, og representanten fra firmaet kunne derfor klart ikke anses som samarbeidende personell.<sup>79</sup>

### **3.3.3 Kommunikasjon med annet personell enn helsepersonell**

Siden det er snakk om helsehjelp, vil profesjonene som vanligvis er involvert i et samarbeid naturlig nok være helsepersonell. Praktiske eksempler er kommunikasjon mellom leger, psykologer, sykepleiere og fysioterapeuter, som alle er helsepersonell med autorisasjon.<sup>80</sup>

En aktuell problemstilling er likevel om det samarbeidende personellet kan være andre profesjoner enn helsepersonell, uten at dette faller utenfor rekkevidden av helsepersonelloven § 25 første ledd. Særlig i forbindelse med TVEPS-metodikken skissert i punkt 1.2 er dette aktuelt. Der legges det opp til at samarbeid skal skje med andre profesjoner. Et eksempel på en slik metodikk er et sykehjem som hver uke har tverrfaglige møter hvor enkeltpasienter drøftes. Til stede er lege, sykepleiere, klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, musikkterapeut, prest og jurist. Kan alle disse profesjonene motta opplysninger om pasientene i kraft av å være «samarbeidende personell»?

Ordlyden «personell» stiller ingen begrensing i at det samarbeidende personellet må være helsepersonell. Odelstingsproposisjonen nevner ikke problemstillingen, men i sosialkomiteens innstilling til Stortinget uttales det at det ikke er avgjørende for opplysningsadgangen om det dreier seg om helsepersonell eller annet personell, så lenge de øvrige vilkårene er innfridd.<sup>81</sup> Dermed stenger heller ikke forarbeidene for at andre grupper enn helsepersonell kan være samarbeidende personell.

I samme retning taler det at det av § 25 fjerde ledd framgår at «personell som nevnt i første ... ledd», altså samarbeidende personell, «har samme taushetsplikt som helsepersonell». Dette ville ikke gitt mening med mindre også andre profesjoner enn helsepersonell var omfattet.

Som nevnt mente lovgiver ved vedtakelsen av helsepersonelloven § 25 å videreføre rettstilstanden fra legeloven § 34. Endringen i ordlyden fra «medhjelper» til «samarbeidende personell» var kun ment som en presisering.<sup>82</sup> Etter legeloven kunne opplysninger gis til «annet

---

<sup>79</sup> Helsepersonellnemda sak HPN-2015-164.

<sup>80</sup> Se helsepersonelloven § 48 for en liste over hvilke profesjoner som er omfattet av autorisasjonsordningen for helsepersonell.

<sup>81</sup> Inst. O nr. 58 (1998–1999) kapittel 2. Merknader til § 25.

<sup>82</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 229.

helsepersonell eller medhjelper». Også etter denne bestemmelsen var rekkevidden av unntaket omdiskutert. Her knyttet imidlertid diskusjonen til begrepet «medhjelper». Særlig var spørsmålet om begrepet kun omfatter de som står i et underordningsforhold til legen eller om det også omfattet samarbeidspartnere i videre forstand. Det sistnevnte var den rådende oppfatningen.<sup>83</sup> Med andre ord omfattet det deltakere i teamarbeid som ikke står i et underordningsforhold til legen, herunder personer som ikke er helsepersonell i tradisjonell forstand. I forbindelse med tilpasningen av taushetspliktsreglene i særlovgivningen til forvaltningsloven, la også Justisdepartementet til grunn en vid bruk av medhjelperbegrepet ved å uttale at «i praksis vil alt personale som kommer i kontakt med pasientene rundt på avdelingene, også vaskehjelpen, komme inn under disse bestemmelsene», det vil si reglene om yrkestaushetsplikt.<sup>84</sup> Rasmussen er enig, og slutter fra dette at bare sykehusansatte som utfører rent administrative oppgaver vil falle utenfor medhjelperbegrepet.<sup>85</sup> Også Arild Oma konkluderer med dette synet, men legger vekt på at det normalt må foreligge «relativt tett og organisert samarbeidsforhold», særlig for at personvernet ikke skal utvannes.<sup>86</sup> Et tett og organisert samarbeidsforhold som regel eksistere dersom det er samarbeid om å gi helsehjelp. Etter dette kan det slås fast at legeloven opererte med et vidt medhjelperbegrep som ikke var begrenset til kun å omfatte helsepersonell. Dette tilsier at det samme gjelder for definisjonen av «samarbeidende personell» etter helsepersonelloven § 25.

Også Helsedirektoratets oppfatning er at «også andre enn helsepersonell kan være samarbeidende personell i den grad de samarbeider med det helsepersonell som yter behandling til pasienten.»<sup>87</sup>

Etter at helsepersonelloven trådte i kraft og begrepet «medhjelpere» ble byttet ut med «samarbeidende personell» har det i mindre grad vært problematisert i litteraturen hvor vidt begreper rekker. Olav Molven ser ut til å åpne for at kommunikasjon kan skje med andre profesjoner, dersom de er ansatt i helsevesenet.<sup>88</sup> Kjørstad skriver at selv om det ikke står i lovteksten at samarbeidende personell må være helsepersonell, «må det være hovedregelen».<sup>89</sup> Han begrunner ikke dette nærmere. Dette må ut fra det øvrige rettskildebildet etter min

---

<sup>83</sup> Se Oma (1998) s. 66 med videre henvisning til Ot.prp. nr. 1 (1979–1980) s. 163.

<sup>84</sup> Ot.prp. nr. 2 (1985–1986) s. 57.

<sup>85</sup> Se Rasmussen (1997) s. 177.

<sup>86</sup> Se Oma (1998) s. 69–70.

<sup>87</sup> IS-8/2012 s. 69.

<sup>88</sup> Se Molven (2015) s. 316–317.

<sup>89</sup> Kjørstad (2007) s. 297.



oppfatning være snakk om en hovedregel som beskriver praksis. Det vil si at det som hovedregel er helsepersonell som samarbeider om å gi helsehjelp, heller enn en rettslig hovedregel som avgrenser mot at andre enn helsepersonell kan motta opplysninger. Derfor legger jeg lite vekt på dette.

Etter dette kan det legges til grunn at helsepersonelloven ikke begrenser personkretsen som er «samarbeidende personell» til kun helsepersonell. Den nærmere grensen for hvem som kan være samarbeidende personell vil likevel avhenge av hvem som faktisk er med på å yte helsehjelp til pasienten. Som Kjørstad skrev, vil dette som regel være helsepersonell.

Bente Ohnstad stiller opp vurderingen av rekkevidden til «samarbeidende personell» slik:

*«Spørsmålet er hvem som naturlig inngår i et behandlingsteam og utgjør en del av det samlede helsetjenestetilbudet, og hvem som eventuelt ikke gjør det. Objektivt sett kan man spørre om hva som er berettigede forventinger fra pasientens side når det gjelder hvem som skal ha adgang til opplysninger i behandlingsøyemed.»<sup>90</sup>*

Denne pasientfokuserende tilnærmingen er i samsvar med helselovgivningens øvrige system. Spørsmålet om «hvem som naturlig inngår i et behandlingsteam» skaper imidlertid assosiasjoner til en avgrenset gruppe helsepersonell som samarbeider om å gi den umiddelbare helsehjelpen, for eksempel et kirurgisk team. Helsehjelp i dag er mer kompleks, og er preget av utpreget samhandling på tvers av geografisk sted og fag. For eksempel kan en pasient bli sendt på en helt annen avdeling enn den han er innlagt på for å ta undersøkelser, og radiologen på den andre avdelingen er neppe en del av dem pasienten har forventinger om at deltar i han eller hennes «behandlingsteam». Den gjengse pasient har heller ikke særlig innsikt i ulike samarbeidsformer på institusjonene. Uttrykket «behandlingsteam» er derfor lite treffende.

Som eksempel på andre profesjoner som kan være ansatte i helsevesenet nevner forarbeidene sosionomer og barnevernspedagoger. Sosionomer i helsefaglig team eller som arbeider i helsevesenet er etter forarbeidene helsepersonell.<sup>91</sup> Dette kan for eksempel være sosionomer som jobber med å gjøre pasientens overgang fra opphold i institusjon til livet utenfor lettere.

Et annet eksempel i forbindelse med spørsmålet om tverrfaglig arbeid er sykehusprester. I litteratur fra før helsepersonelloven trådte i kraft ble det fra flere hold gitt klart uttrykk for at sykehusprester ikke kan få tilgang til taushetsbelagt informasjon i kraft av å være

---

<sup>90</sup> Ohnstad (2003) s. 131.

<sup>91</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–199) s. 214.

helsepersonell, med mindre det bygger på samtykke fra pasienten.<sup>92</sup> Det holdes imidlertid åpent om de kunne være medhjelpere.

Helsepersonellbegrepet er utvidet siden legeloven gjaldt. Heller ikke i dag er sykehusprester omfattet av autorisasjonsordningen for helsepersonell. Tradisjonelt har de hatt som hovedoppgave å fungere som sjelesørgere, men ofte brukes de som en del av behandlingen og er også ofte med i tverrfaglige team. Det følger av forarbeidene til helsepersonelloven at sykehusprester er en yrkesgruppe som vil falle inn under helsepersonelloven når de er ansatt i helsetjenesten.<sup>93</sup> Ohnstad skriver likevel om sykehusprestens rolle i helsevesenet:

*«Slik jeg ser det, kan sykehusprester normalt ikke anses som helsearbeidere med lovlig adgang til taushetsbelagte opplysninger. Her må det utelukkende være pasientens samtykke som eventuelt åpner for adgang til kommunikasjon mellom helsepersonell og sykehusprester om forhold som faller innunder taushetsplikten.»<sup>94</sup>*

Dette er upresist med tanke på det funksjonelle begrepet som helsepersonelloven § 4 legger opp til. Dersom ikke presten er med på noe som faller innunder definisjonen av helsehjelp, vil han eller hun heller ikke falle innunder helsepersonelloven. Derfor må deres funksjon vurderes for å finne ut om de er helsepersonell etter helsepersonelloven, jf. punkt 3.2.2 ovenfor. Etter min mening vil sykehusprester kunne bidra til «helsehjelp». De vil dermed kunne få opplysninger uten pasientens samtykke gjennom å være «samarbeidende personell». Det mest presise vil etter min oppfatning være å spørre om sykehuspresten utfører aktiviteter som kan regnes som helsehjelp. Ut fra denne konkrete vurderingen kan en slå fast om presten er med i et samarbeid om å gi helsehjelp, slik at opplysninger kan gis uten å innhente samtykke. Det vil derfor kunne være nødvendig å dele opplysninger til disse for at de kan bidra til behandlingsopplegget til pasienten.

Jurister er en annen yrkesgruppe som er omfattet av TVEPS-prosjektet, og som potensielt kan tenkes å spille en rolle i tverrfaglige team. For eksempel kan de spille en viktig rolle ved vurderingen av pasientens samtykkekompetanse.<sup>95</sup> Helsehjelp utført med manglende samtykke kan være «svikt med helsehjelpen» som er grunnvilkåret for pasientskadeerstatning, jf.

---

<sup>92</sup> Se Kjønstad (1985) s. 342, Rasmussen (1997) s. 176–177 og Oma (1998) s. 72, med videre henvisning til rundskriv fra Sosialdepartementet.

<sup>93</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 215.

<sup>94</sup> Ohnstad (2003) s. 131.

<sup>95</sup> Se mer om samtykkekompetanse i punkt 3.4.3.

pasientskadeloven<sup>96</sup> § 2.<sup>97</sup> Det er derfor viktig at det foretas en skikkelig vurdering av samtykke. Også i andre sammenhenger kan jurister spille en viktig rolle ved å vurdere om pasientrettigheter blir oppfylt. Likevel er det vanskelig å komme fram til at jurister gir helsehjelp i lovens betydning. Dette innebærer at jurister ikke kan omfattes av «samarbeidende personell». For at jurister skal få tilgang til opplysninger i en slik sammenheng må derfor pasienten anonymiseres eller det må innhentes samtykke.

## **3.4 Pasientens adgang til å motsette seg informasjonsutvekslingen**

### **3.4.1 Innledning**

Problemstillingen her er i hvilken grad pasienten skal involveres når kommunikasjon skal skje mellom samarbeidende personell. Dette er et spørsmål om pasientens autonomi, det vil si hvor stor selvbestemmelsesrett pasienten skal ha over personopplysninger om seg selv. Både etter helsepersonelloven §§ 25 og 45, pasientjournalloven §§ 13 og 17 og etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 har pasienten rett til å motsette seg utlevering av helseopplysninger. Dette samsvarer med grunnprinsippet om pasientautonomi og at pasienten skal ha kontroll over egne pasientopplysninger som er redegjort for i kapittel 2.

For det første er spørsmålet i hvilken grad det kreves samtykke til kommunikasjon fra pasientens side. Her behandler jeg hva som kreves av aksept fra pasienten og spørsmålet om hva slags informasjonsplikt helsepersonellet har overfor pasienten. For det andre skal jeg drøfte hvordan kommunikasjon kan skje i de tilfeller hvor pasienten ikke selv kan ha en bevisst oppfatning om den kommunikasjonen som skal skje, for eksempel på grunn av alvorlig demens. For det tredje skal jeg drøfte om kommunikasjon kan skje selv om pasienten motsetter seg dette.

### **3.4.2 Pasientens rolle og helsepersonells informasjonsplikt**

Opplysninger kan deles hvis de er nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp, «med mindre pasienten motsetter seg det». Etter min oppfatning kan ikke ordlyden etter en naturlig språklig forståelse tolkes som et krav om at pasienten må samtykke til at informasjonen gis videre. Det

---

<sup>96</sup> Lov av 15. juni 2001 nr. 53.

<sup>97</sup> Slik Rasmussen i kommentarer til Pasientskadeloven på Rettsdata, note 6.

er kun når pasienten uttrykkelig protesterer at helsepersonellet må la være. Isolert sett gir ordlyden dermed frie tøyler for kommunikasjon hvis de øvrige vilkårene er oppfylt og pasienten ikke protesterer. En slik tolkning har imidlertid noen problemer. Få pasienter har full oversikt over hvordan informasjonsflyten er i helsevesenet, og det vil være tilfeldig hva slags informasjon pasienten har om de opplysninger som blir spredt om vedkommende. Dette gjelder særlig slik situasjonen i helsevesenet i dag, hvor det er elektroniske systemer og journaler som er hovedkilden for informasjon om pasienten, ikke pasienten selv. Papirene følger pasienten ved at opplysningene pasienten har gitt til for eksempel fastlegen, også er tilgjengelige i de senere behandlingsleddene og søkbare for mange i datasystemer.<sup>98</sup> Pasienten har derfor mindre kontroll over hvilke opplysninger som er i omløp og til hvem informasjonen kommuniseres i dag enn tidligere. Når en ikke vet hva som blir sagt til hvem, er det vanskelig å kunne motsette seg det. En slik tolkning vil på den ene siden legge til rette for effektiv kommunikasjon. På den andre siden i liten grad respektere personvernet til pasientene.

Forarbeidene bekrefter at pasientens rett til å motsette seg informasjonsspredningen ikke innebærer at det må innhentes samtykke før informasjon gis, men at «utgangspunktet [er] det motsatte».<sup>99</sup> Utgangspunktet er dermed at samtykke ikke trenger å bli innhentet. Det samme uttales i Helsedirektoratets kommentarer til loven.<sup>100</sup> Dette er også oppfatningen i litteraturen. Lars Duvaland skriver imidlertid at § 25 bygger på en presumsjon om at den som oppsøker helsevesenet vil samtykke til nødvendig kommunikasjon, og at det derfor ikke er nødvendig å innhente samtykke.<sup>101</sup> Dette bør nyanseres. Før legeloven ble vedtatt var ikke situasjonen lovregulert, men det ble kun operert med pasientens presumerte samtykke som grunnlag for kommunikasjonen. Begrunnelsen var tilsvarende det Duvaland gir uttrykk for, at personer som oppsøker helsehjelp gjennom sin opptreden gir samtykke til den nødvendige informasjonsdelingen.<sup>102</sup> Dette ble kritisert fordi pasientens grunnlag for å mene noe om hvilken kommunikasjon som er aktuell på et sykehus er tynt. Samtykkekonstruksjoner kan dermed lett bli fiksjon.<sup>103</sup> Etter legeloven § 34 kunne ikke informasjonen gis videre hvis

---

<sup>98</sup> Se helsepersonelloven § 45 og pasientjournalloven §§ 13 og 17.

<sup>99</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 95.

<sup>100</sup> IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer s. 70.

<sup>101</sup> Se Duvaland s. 150.

<sup>102</sup> Se Rasmussen (1997) s. 405.

<sup>103</sup> Samme sted s. 406.

pasienten «motsetter seg dette, og det etter forholdene kan og bør respekteres». Heller ikke her krevdes det samtykke fra pasienten.<sup>104</sup> Det var likevel ulike oppfatninger om hva som krevdes.

Rasmussen mener at det ikke kunne snakkes om noen samtykkepresumsjon etter § 34, men at vurderingstemaet må være «en avveining av motstridende interesser, der behovsvurderingen må synliggjøres, vektas og avveies mot personverninteresser».<sup>105</sup> Han mener at helsepersonell ikke kunne anta at en pasient vil samtykke til kommunikasjonen, men at de må foreta en selvstendig vurdering og vektning av de motstridende hensyn. Dette er en vurdering som også kommer til syne i Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven. Her uttales det at helsepersonellet «bør ha grunn til å tro at pasienten ønsker opplysningene videreformidlet».<sup>106</sup> Dette vurderingstemaet ligner den skjønsmessige vurderingen Rasmussen legger opp til, hvor det må foretas en konkret vurdering av behovet for å dele informasjon sett opp mot pasientens antatte personverninteresser, heller enn en samtykkepresumsjon kun basert på det at pasienten ønsker og oppsøker helsehjelp.

Motsetningsadgangen har likevel liten betydning dersom pasienten er ukjent med hva slags opplysninger som deles og hvem som mottar dem. Det følger av forarbeidene at «pasienten skal så langt råd er være kjent med at det at det utleveres opplysninger i samarbeidsøyemed».<sup>107</sup> Forarbeidene legger dermed opp til at helsepersonellet har en informasjonsplikt overfor pasienten om de opplysningene de gir videre til sine samarbeidspartnere. At denne plikten skal strekke seg «så langt råd» innebærer etter ordlyden at helsepersonellet i alle tilfeller hvor det er mulig, må informere pasienten før de kommuniserer informasjon til sine samarbeidspartnere. Tilfeller hvor dette ikke er mulig vil for eksempel være dersom pasienten er bevisstløs. Dette harmonerer godt med hensynet til pasients kontroll over egne personopplysninger. Dette foranledninger også pasientenes reservasjon hvis det er snakk om opplysninger pasienten ikke vil at skal bli delt med de aktuelle samarbeidspartnere. Dermed gir denne informasjonsplikten motsetningsadgangen i helsepersonelloven § 25 reell betydning. Også Syse gir uttrykk for at reservasjonsretten forutsetter at pasienten må være kjent med at opplysningene kan gis til samarbeidende personell.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Ot.prp. nr. 1 (1979–1980) s. 239.

<sup>105</sup> Rasmussen (1997) s. 406.

<sup>106</sup> IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer s. 70.

<sup>107</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 229.

<sup>108</sup> Se Syse (2015). s. 513.

På den andre siden er det lite praktisk ut fra hensynet til rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helsetjenesten at helsepersonell skal måtte informere pasienten hver gang det skal deles informasjon. Moderne helsehjelp er preget av svært mye samarbeid. Som eksempel er det en selvfølge at det å ta en blodprøve vil innebære at legen deler opplysninger til det laboratorium hvor prøven skal analyseres. Det kan derfor stilles spørsmål om formuleringen «så langt råd» må leses med hva som er praktisk og hensiktsmessig som begrensning, og at en må legge vekt på at en pasient er innforstått med at en rekke opplysninger i alle tilfeller kommer til å bli delt. Forarbeider kan ikke tolkes med den samme vekten på ordlyden som lovt tekst. I Helsedirektoratets rundskriv om helsepersonells taushetsplikt uttales det at i «særskilte tilfeller» kan hensynet til personvern tilsi at pasienten informeres før helseopplysninger utveksles.<sup>109</sup> Det er nærliggende å tolke dette som at bortsett fra i «særskilte tilfeller» trenger ikke pasienten orienteres. Det samme skriver Ohnstad:

*«Hensynet til personvern kan imidlertid tilsi at pasienten i enkelte særskilte tilfeller bør informeres før informasjon utveksles med adgang til å motsette seg dette. Det kan dreie seg om særskilt sensitiv informasjon eller hvor det er tvilsomt av andre grunner om pasienten ville samtykke til informasjonsutveksling».*<sup>110</sup>

Både Helsedirektoratet og Ohnstads syn står tilsynelatende i motstrid med forarbeidene. Spenningen står mellom nytte og personvern, og det virker som om bestemmelsen tolkes med mest vekt på sistnevnte.

Et argument i samme retningen er adgangen til å dele ellers taushetsbelagt informasjon på bakgrunn av pasientens samtykke som følger av helsepersonelloven § 22. Som nevnt i kapittel 2, følger det av forarbeidene til helsepersonelloven § 22 at et samtykke kan være underforstått. Dersom en pasient blir informert om hvordan opplysninger vil bli delt, uten å protestere, vil dette i prinsippet være det samme som et underforstått samtykke. Dermed vil adgang til å dele informasjon uten samtykke ha liten betydning.

Etter dette er det vanskelig å si klart hva som egentlig kreves av informasjon til pasienten. Formålet med § 25 er å legge til rette for forsvarlige, hensiktsmessige og rasjonelle forhold i helsevesenet, men samtidig vil en for nytteorientert tolkning kunne utvanne pasientenes personvern. Konklusjonen på spørsmålet om i hvilken grad det kreves at pasienter opplyses om deling av personopplysninger er at rettstilstanden er uklar.

---

<sup>109</sup> IS-6/2010 Helsepersonells taushetsplikt s. 16.

<sup>110</sup> Ohnstad (2003) s. 131.

Til sammenligning er det etter dansk rett adgang til å dele opplysninger uten samtykke fra pasienten mellom samarbeidende personell når det er «nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov».<sup>111</sup> Her er informasjonsplikten overfor pasienten i større grad detaljregulert. Her står det eksplisitt i hvilke tilfeller pasienten må opplyses om informasjonsdelingen.<sup>112</sup> Motsetningsvis trenger pasienten ikke å informeres utenfor disse tilfellene. En slik økt detaljregulering kan etter min mening med fordel også gjøres i Norge. Dette vil gjøre det lettere for helsepersonellet å innrette seg etter lovverket, og vil langt på veg besvare tvilsspørsmål.

Når det gjelder tverrfaglig samarbeid, slik som etter TVEPS-modellen, framgår det av forarbeidene at «tverrfaglig samarbeid bør primært være forankret i pasientens/klientens medvirkning og samtykke».<sup>113</sup> På den ene siden er det her snakk om informasjon som gis til samarbeidende personell som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig moderne helsehjelp, og som dermed kan gis med mindre pasienten motsetter seg det. På den andre siden er slike samarbeidsformer noe som har kommet til i nyere tid, hvor pasienter har enda mindre grunn til å mene noe om hvem som får hvilken informasjon. Dette tilsier at det er mindre grunn til å la være å opplyse eksplisitt om slik kommunikasjon. Som vist i punkt 3.3.3 vil det ofte også være påkrevd med et samtykke når enkelte yrkesgrupper er med i samarbeidet. I andre tilfeller vil det også være tvilsomt om samarbeidet virkelig er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, og også her bør det da innhentes samtykke. Også om helsepersonell er i tvil om pasienten ønsker en slik samarbeidsform rundt sin behandling bør samtykke innhentes.<sup>114</sup> Konklusjonen min er at pasienten eksplisitt bør opplyses om samarbeidsformer som inkluderer profesjoner utover tradisjonell helsehjelp, slik at pasienten eventuelt kan gi et underforstått samtykke eller komme med reserverasjoner. Dersom det er tvil om nødvendigheten, de deltakende profesjonenes stilling som samarbeidende personell eller pasientens ønske om et slikt behandlingstilbud, bør eksplisitt samtykke innhentes.

### **3.4.3 Når pasienten er ute av stand til å mene noe om kommunikasjonen**

Som nevnt over stiller ordlyden i § 25 kun som betingelse at pasienten ikke motsetter seg informasjonsdelingen, men på bakgrunn av forarbeidene og reelle hensyn må det innfortolkes

---

<sup>111</sup> Sunnhedsloven § 41 andre ledd nr. 1.

<sup>112</sup> Se sunnhedsloven § 41 femte ledd.

<sup>113</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 96.

<sup>114</sup> Slik også Befring og Ohnstad (2010) s. 229.

et informasjonskrav overfor pasienten i særskilte tilfeller, eller krav om samtykke. Likevel vil dette være umulig dersom pasienten er ute av stand til å motta informasjon eller å avgi et informert samtykke. Dette kan for eksempel være på grunn av psykose eller alvorlig demens hos pasienten. Særlig ved tverrfaglig samarbeid på sykehjem er demens aktuelt. Problemstillingen er da hva slags tilbud som kan gis til disse som ikke kan samtykke.

Problemstillingen påpekes i forarbeidene til § 25, hvor det henvises til forarbeidene til § 45.<sup>115</sup> Paragraf 45 regulerer helsepersonells tilgang til journal. Der følger det at i tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å gi noe bevisst samtykke, vil det ofte være grunnlag for å forutsette at pasienten ville gi slikt samtykke.<sup>116</sup> Samme synspunkt har Lasse A. Warberg.<sup>117</sup> Det er altså snakk om presumert samtykke når pasienten ikke er i stand til å samtykke.

Av forarbeidene til helsepersonelloven § 22 følger det imidlertid at «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.»<sup>118</sup> Her skilles det mellom samarbeid som åpenbart er i pasientens interesse og samarbeid som ikke er det. Dette harmonerer ikke med uttalelsene i forarbeidene til § 45 om at samtykke som utgangspunkt kan presumeres. Det vil etter min mening være «åpenbart» i pasientenes interesse når det er snakk om nødvendig tradisjonell helsehjelp mot skader og sykdom for å bedre livssituasjonen til pasienten. I mer diffuse samarbeidsformer er det imidlertid mer usikkert at det åpenbart er i pasientens interesse, særlig med tanke på antall personer pasientopplysningene kan bli spredd til. Det er derfor ikke grunn til å anta at pasienten vil samtykke uten videre. Samme synspunkt finner en i forarbeidene til § 25, hvor det uttales at «dersom det ikke er mulig eller hensiktsmessig å la pasienten ... medvirke, bør samarbeidet kun skje etter foran omtalte unntak fra taushetsplikten».<sup>119</sup> Her siktes det til opplysningsrett etter rettstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23 nr. 4, eller en opplysningsplikt etter annen særskilt lovhjemmel. Se mer om rettsstridsreservasjonen i § 23 nr. 4 nedenfor i punkt 3.4.4.

Når det ikke er samarbeid som «åpenbart er i pasientens interesse» kan ikke samtykket presumeres. Det følger av helsepersonelloven § 22 tredje ledd at «for personer over 16 år som

---

<sup>115</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 229.

<sup>116</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 240.

<sup>117</sup> Warberg (2011) s. 177.

<sup>118</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 228.

<sup>119</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 96.



ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd». Sammenholdt med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd kan med andre ord nærmeste pårørende gi samtykke dersom pasienten «åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning». For pasienter som det ikke er åpenbart at ville samtykket til informasjonsdelingen vil en dermed kunne bygge på nærmeste pårørendes samtykke.

#### **3.4.4 Kommunikasjon selv om pasienten motsetter seg det**

Motvilje mot samtykke er mest nærliggende i situasjoner der kommunikasjonen kan få uønskede konsekvenser for den opplysningen gjelder, for eksempel tilfeller hvor pasienten er redd for at sensitive opplysninger blir spredd til personer han ikke ønsker skal få informasjonen. Som nevnt følger det av ordlyden i helsepersonelloven § 25 første ledd at utlevering av opplysninger til samarbeidende personell ikke kan skje dersom pasienten motsetter deg det, selv om disse er nødvendige for å yte helsehjelp.

Av forarbeidene til § 25 følger det likevel at det kan «tenkes tilfeller der helsepersonell, ut fra kravet til forsvarlig helsehjelp, kan utlevere opplysninger til samarbeidende personell selv om pasienten motsetter seg det».<sup>120</sup> Forarbeidene viser til motivene til § 45, hvor det videre vises til utlevering til tross for protest i kraft av den såkalte rettstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23 nr. 4.<sup>121</sup> Unntak etter denne hjemmelen vises det også til i komiteens innstilling: «Komiteen er innforstått med at forsvarlighetskravet kan føre til at opplysninger utleveres til annet personell selv om pasienten motsetter seg det, men da bare etter § 23 nr. 4.»<sup>122</sup>

Det følger av helsepersonelloven § 23 nr. 4 at unntak kan gjøres «... når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre». I forarbeidene presiseres det at det som taler for videreformidling av informasjon må veie tyngre enn formålet med taushetsplikten, og at dette vil kunne være aktuelt i ulike nødrettssituasjoner og andre tilfeller hvor videreformidling av informasjon er egnet til å motvirke skader av et visst omfang.<sup>123</sup> Et mindre dramatisk eksempel følger av forarbeidene til § 45, hvor det brukes som

---

<sup>120</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 228.

<sup>121</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 140.

<sup>122</sup> Innst. O. nr. 58 (1998–1999) s. 29.

<sup>123</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 228.

eksempel en psykiatrisk pasient som tvangsinnlegges og som nekter utlevering av journalopplysninger.<sup>124</sup> Her vil det være av stor betydning at helsepersonellet får kunnskap om sykdom og tidligere behandling, og det har særlig stor betydning for helsepersonellet mulighet til å gi forsvarlig helsehjelp. Tilsvarende hjemmel finnes for utlevering av journalopplysninger i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 andre punktum. Også her er tilfeller hvor det er nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade som er det aktuelle.<sup>125</sup>

Utover slike spesielle tilfeller gir ikke helsepersonelloven § 23 nr. 4 noen adgang til å dele opplysninger uten pasientens samtykke. Det må derfor kunne kalles en snever unntaksregel som ikke kan brukes som et generelt unntak fra hovedregelen om pasientens adgang til å motsette seg informasjonsdelingen.<sup>126</sup> Rettsstridsreservasjonen kan heller ikke brukes som hjemmel for rutinepregede samarbeidsformer mellom personellgrupper og etater uten pasientens samtykke.<sup>127</sup>

---

<sup>124</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 240.

<sup>125</sup> Syse (2015) s. 521–522.

<sup>126</sup> Se nærmere om rettstridsreservasjonen og kritikk av denne i Rasmussen (1997) s. 606–616.

<sup>127</sup> Slik også Oma (1998) s. 192.

# Litteraturliste

## Lover og forskrifter:

Lov 10. februar 1967 nr. 23 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger (legeloven) [opphevet]

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven)

Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 31. mai 2013 nr. 563 om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)

Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

## Forarbeider:

Ot.prp. nr. 1 (1979–1980) *Om lov om leger og om lov om tannleger*

Ot.prp. nr. 2 (1985–1986) *Om lov om endringer i bestemmelser i særlovgivningen om taushetsplikt (tilpassing til forvaltningsloven).*

Innst. O nr. 58 (1998–1999) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven).*

Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).*

Innst. O nr. 110 (2008–2009) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven (tilgang til behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser og etablering av behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomheter)*

St.meld. nr. 47 (2008–2009)	<i>Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid</i>
Prop. 91 L (2010–2011)	<i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester</i>
Innst. 337 S (2015–2016)	<i>Innstilling fra justiskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Lene Vågslid, Christian Tynning Bjørnø, Tove Karoline Knutsen, Stine Renate Håheim, Lise Christoffersen og Sonja Mandt om tiltak for å hindre at taushetsplikt og regelverk står i veien for et godt tilbud til volds- og overgrepsutsatte barn.</i>

### **Rundskriv:**

IS-6/2010	<i>Helsepersonells taushetsplikt – Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtale med pasienten</i>
IS-8/2012	<i>Helsepersonelloven med kommentarer</i>

### **Avgjørelser:**

Rt. 1989 s. 1363

Helsepersonellnemda sak HPN-2006-180

Helsepersonellnemda sak HPN-2015-164

Statens Helsetilsyn, «Turnuslege – brudd på taushetsplikt i samtale med annet helsepersonell». Tilgjengelig på [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Turnuslege-brudd-pa-taushetsplikt-i-samtale-med-annet-helsepersonell](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Turnuslege-brudd-pa-taushetsplikt-i-samtale-med-annet-helsepersonell). Hentet 16.03.2017

### **Internasjonale kilder:**

CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)

Den europeiske menneskerettskonvensjonen

Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data

FNs konvensjon for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

Lov nr. 546 af 24. juni 2005, Den danske sunnhedsloven.

## Litteratur:

Befring, Anne Kjersti, Morten Kjelland og Aslak Syse (red.), *Sentrale helserettslige emner* (Oslo 2016)

Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad, *Helsepersonelloven – med kommentarer*, 3. utgave (2010)

Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad, *Kommentarer til helsepersonelloven*. Tilgjengelig på rettsdata.no

Eckhoff, Torstein, *Rettskildelære*, 5. utgave (Oslo 2001)

Duvaland, Lars, «Taushetsplikt» i *Sentrale helserettslige emner*, Befring, Anne Kjersti, Morten Kjelland og Aslak Syse (red.) (Oslo 2016) s. 135–166

Graver, Hans Petter, *Alminnelig forvaltningsrett*. 3. utgave (Oslo 2007)

Kjelland, Morten, «Forsvarlighetskravet i helseretten» i *Sentrale helserettslige emner*, Befring, Anne Kjersti, Morten Kjelland og Aslak Syse (red.) (Oslo 2016) s. 79–103

Kjelland, Morten, «Taushetsplikt og opplysningsplikt» i *Velferdsrett II*, Kjønstad, Asbjørn, Aslak Syse og Morten Kjelland (red.), 5. utgave (Oslo 2017) s. 155–204.

Kjønstad, Asbjørn, *Sykehusprestene og taushetsplikten*. I Kirke og kultur 1985 s. 329–344

Kjønstad, Asbjørn, *Helserett*, 2. utgave (Oslo 2007)

Kjønstad, Asbjørn, *Juridiske synspunkter på samhandlingsreformen*. I Tidsskrift for velferdsforskning 2009 s. 276–289

Kvam, Bjarne, *Er Datatilsynets lovtolkning for restriktiv?* I Lov og Rett 01/2012 volum 51 side 45–56

Kvam, Bjarne, *Politiets persondatarett: En studie av hjemmels- og formålsskrav med politiets utlevering av personopplysninger til utlandet*. (Bergen 2014)

Molven, Olav, *Helse og jus*, 8. utgave (Oslo 2015)

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), rapport 3/13 *Taushetsrett, opplysningsrett og opplysningsplikt*

Ohnstad, Bente, *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren*, 3. utgave (Lillehammer 2003)

Oma, Arild, *Teieplikt og samarbeid innanfor velferdstenestene* (Bergen 1998)

Rasmussen, Ørnulf, *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet* (Ålesund 1997).

Rasmussen, Ørnulf. *Kommentarer til pasientskadeloven*. Tilgjengelig på rettsdata.no.

Syse, Aslak, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 4. utgave (Oslo 2015)

Warberg, Lasse A., *Norsk helserett*, 2. utgave (Oslo 2011)