

Samhandlingsnotat: Pasientens måldata

23. oktober 2025

1. INNLEDNING	2
1.1. Bakgrunn og mandat.....	2
1.2. Forankring i sektoren	2
1.3. Øvrige dokumenter	3
2. NORSK HELENETTS INFRASTRUKTUR FOR SAMHANDLING	3
3. BESKRIVELSE AV SAMHANDLINGSLØSNINGEN PASIENTENS MÅLEDATA	4
3.1. Behovet	4
3.2. Samhandlingstjenesten mål.....	5
3.3. Hvilke opplysninger behandles i Pasientens måldata?	5
3.4. Nærmere om løsningen	5
3.5. Illustrasjoner av samhandlingsløsningen	6
3.6. Oppsummering av rettslig konstruksjon og forholdet til nasjonal løsning.....	7
4. HELSERETTLIG ANSVAR FOR TILGJENGELIGGJØRING (AVGIVENDE) OG INNHENTING (MOTTAKENDE)	8
4.1. Ansvar for vurderingen av tjenstlig behov	8
4.2. Avgivende dataansvarliges ansvar: Forhåndsvurdering og pasientens ønske.....	8
4.3. Mottagende dataansvarliges ansvar: Tjenstlig behov	9
5. ER SAMHANDLINGSLØSNINGEN PASIENTENS MÅLEDATA ET BEHANDLINGSRETTET HELSEREGISTER?	10
5.1. Innledning	10
5.2. Behandlingen som skjer hos databehandler.....	11
5.3. Behandlingsaktivitetene som gjøres på vegne av avgivende dataansvarlig	12
5.4. Behandlingsaktivitetene som gjøres på vegne av mottakende dataansvarlig	12
5.5. Vurdering	13
6. BEHANDLINGSAKTIVITETENE I SAMHANDLINGSLØSNINGEN	14
6.1. Ansvarlighetsprinsippet	14
6.2. Gjennomgang av behandlingsaktivitetene	15
6.3. Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring	15
7. DATAMINIMERINGSPRINSIPPET OG BRUK AV KOPIDATABASER TIL DELINGSFORMÅL	17
7.1. Innledning	17
7.2. Vurdering fra helsemyndigheten	18
7.3. Vurdering	19
8. PASIENTENS RETTIGHETER	19
9. VIDERE OPERASJONALISERING	20

10. OPPSUMMERING	20
VEDLEGG 1: RETTSLIG RAMMEVERK	21
VEDLEGG 2: NÆRMERE UTPENSLING AV AVGIVENDE OG MOTTAKENDE SITT ANSVAR	27

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn og mandat

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 23. januar 2025 [Mandat for tiltaket Pasientens måledata](#).
Fra mandatet siteres:

«Tiltaket pasientens måledata skal samle og tilgjengeliggjøre medisinske måledata for pasienter som er i behandling og har tett oppfølging av ulike aktører på tvers av helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal sikre helsepersonell enkel tilgang til oppdatert informasjon om pasientens status og dermed skape bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og ulike helsevirksomheter som samarbeider om en pasient».

Mandatet fordeler oppgaver og ansvar til Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunesektoren og Norsk helsenett. Det fremgår også av mandatet at tiltaket skal prøves ut i helsefelleskap der spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlege samarbeider om pasienter som har digital hjemmeoppfølging.

1.2. Forankring i sektoren

Det er opprettet en *juridisk gruppe for Pasientens måledata*, med representanter fra Oslo kommune, Sykehuspartner, OUS og Helsedirektoratet, i tillegg til Norsk helsenett. Juridisk gruppe er den del av tiltaket *Pasientens måledata*. Juridisk gruppe tar stilling til innholdet i dette notatet og kan benytte redegjørelsen til å vurdere eget rettslig grunnlag for å ta i bruk samhandlingsløsningen, med Norsk helsenett som databehandler for tilgjengeliggjøring mellom seg og øvrige samhandlende helsevirksomheter.

Helseopplysningene i samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* behandles av databehandler etter instruks og i henhold til de dataansvarliges hjemmelsgrunnlag. Den løsningen som tilbys av Norsk helsenett som databehandler må derfor vurderes og aksepteres som en hensiktsmessig og lovlig løsning av de dataansvarlige helsevirksomhetene som tar den i bruk.

For å raskere kunne levere samhandlingsløsninger som er etterspurt av – og gir verdi for sektoren – har vi gjort rede for et rettslig konsept som vi ønsker å forankre i sektoren. Målet er å etablere enighet om et rettslig rammeverk for samhandlingsløsninger som aktørene har forsikret seg om at er i tråd med gjeldende rett og dermed kan «gjenbrukes» når nye samhandlingsbehov identifiseres.

Vi ønsker derfor å tilby sektoren en grundig og gjennomarbeidet rettslig vurdering som tar opp i seg de mange grunnleggende avklaringer som er nødvendig for å etablere samhandlingsløsninger basert på databehandleravtaler. Forhåpentligvis vil et slikt grundig arbeid nå, gjøre det mulig å raskere realisere fremtidige samhandlingsløsninger.

Norsk helsenett ønsker å få klarlagt sektorens instruks og behov så tidlig som mulig i utviklingsløpet. Dette for å sikre godt samspill mellom teknisk utvikling og helsefaglige vurderinger. Samhandlingsløsningen må understøtte de helsefaglige behovene og følge helserettens regler.

Etter helsevirksomhetenes ønske kan dette notatet benyttes som underlag for deres respektive personvernkonsekvensvurderinger (DPIA).

1.3. Øvrige dokumenter

I tillegg til denne rettslige vurderingen vil følgende dokumenter måtte utarbeides:

- Databehandleravtale
- Øvrige forvaltningsrutiner¹

Hovedvekten av instrueringen vil gjøres gjennom de standardiserte avtalevilkårene og rettslige dokumentene mellom partene. Instruksene vil være en del av databehandleravtalen. Databehandleravtalen aksepteres som en del av medlemskap i Helsenettet. De standardiserte vilkårene og rettslige dokumentene vil publiseres åpent på Norsk helsenett sine nettsider, og det er de til enhver tid oppdaterte og gjeldende vilkår som gjelder mellom partene.

2. NORSK HELENETTS INFRASTRUKTUR FOR SAMHANDLING

Det er ulike grunner til at eksisterende samhandlingsløsninger er ulike både teknisk og rettslig. I stedet for å være bundet av eller gjenbruke løsningsmønstre som «er blitt som de er blitt» av helt spesifikke grunner, ønsker vi nå å bygge en nasjonal datainfrastruktur som legger til rette for fleksibilitet. Vår nasjonale infrastruktur for datadeling bygges med mål om å:

- Ikke legge bindinger på helsevirksomhetenes organisering av oppgaver og mulighet til å ivareta lokale behov
- Ikke legge bindinger på organiseringen av helsetjenesten (både nå og i fremtiden)
- Ikke legge bindinger på helsepersonellens arbeidsprosesser
- Ikke legge bindinger på mulighetene til å løse fremtidige datadelingsbehov
- Ikke legge bindinger på hvordan leverandørene best mulig kan tilgjengeliggjøre helseinformasjon i helsepersonellens arbeidsflate

Vi ønsker ikke å lage samhandlingsløsninger med unødvendig kompleksitet. For eksempel ønsker vi ikke å gjenbruke løsningsmønsteret benyttet i *Pasientens journaldokumenter*. Dette fordi vi mener løsningsmønsteret der har blitt unødvendig komplekst og ikke skalerbart. Vi mener løsningsmønsteret for pasientens journaldokumenter *ikke er rettslig nødvendig* og at vi kan løse samhandling på en mer hensiktsmessig måte.

Vi har derfor utforsket hvilket handlingsrom gjeldende rett gir for etablering av samhandlingsløsninger – altså uten at samhandlingsløsningen nødvendigvis gjør endringer i regelverket.

Norsk helsenett mener at det innenfor gjeldende rett er mulig å tilby helsesektoren en infrastruktur for samhandling basert på standardiserte databehandleravtaler, og operasjonalisert ved hjelp av mekanismer i et tillitsrammeverk.

- Notat 28. november 2024 *Juridisk vurdering av infrastruktur for samhandling (oversendt separat)*.

Per oktober 2025 arbeider vi med følgende samhandlingstjenester, som vi mener kan realiseres ved hjelp av databehandleravtaler:

¹ Eksempler kan være: (i) Håndtering av incidenter, problemer og brukerstøtte, (ii) Logg, loggkontroll og loggoppfølging og (iii) Ivareta den registrertes rettigheter.

- Pasientens rekvisisjoner
- Pasientens måledata

Ved å utnytte handlingsrommet i regelverket kan samhandlingsløsninger etableres i medhold av gjeldende helselovgivning og personvernforordningen, ved at de dataansvarlige helsevirksomhetene benytter samme databehandler for *tilgjengeliggjøringen* av helseopplysninger mellom helsevirksomhetene.

Norsk helsenett garanterer overfor de dataansvarlige at vår utførelse av databehandlingen skjer i tråd med GDPR, og med egnede tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, jf. GDPR art. 32. Norsk helsenett bistår de dataansvarlige med deres overholdelse av GDPR, fører protokoll som databehandler, samt muliggjør og bidrar til revisjoner og inspeksjoner.

I tillegg til det overordnede notatet 28. november 2024 vil vi foreta en konkret vurdering for hver samhandlingsløsning som inngår i vår infrastruktur for samhandling – her *Pasientens måledata*.

Fra Nasjonal helse- og samhandlingsplan siteres:

«For å møte nye nasjonale behov, skal det være raskere overgang fra planlegging til utprøving og innføring av digitale løsninger. Forslag til løsninger skal testes tidlig, slik at kursen kan justeres underveis, og løsningene kan tas raskere i bruk».

I tråd med dette følger Norsk helsenett smidig utviklingsmetodikk. Denne vurderingen bygger på løsningen så langt den per nå er utpenslet og som beskrevet i dette notatet. Det tas derfor forbehold om endringer som måtte komme som følge av løsningsutviklingen.

3. BESKRIVELSE AV SAMHANDLINGSLØSNINGEN *PASIENTENS MÅLEDATA*

3.1. Behovet

For å nå målet² om at innbygger og helsepersonell skal ha sikker tilgang til relevante helseopplysninger når de trenger det, må deling av helseopplysninger skje digitalt. Dette til erstatning for deling via telefon, faks, brev mv. – eller at deling ikke skjer i det hele tatt – som innebærer risiko for både informasjonssikkerheten og pasientsikkerheten.

Ved utveksling av helseopplysninger over telefon kan eksempelvis ikke avgiver med sikkerhet vite at mottaker er den vedkommende utgir seg for å være eller at vedkommende er tilknyttet en helsevirksomhet.

Å «[g]i lettere tilgang til nødvendig informasjon» er identifisert som et tiltak i rapporten [*Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus*](#).

Hver enkelt helsevirksomhet kan i sine risiko- og sårbarhetsanalyser ta høyde for de konkrete informasjonselementene som virksomheten beslutter at skal tilgjengeliggjøres via samhandlingsløsningen. Vi anbefaler følgende informasjonsvideo om *Pasientens måledata*:

- [Demo Pasientens måledata 060325 on Vimeo](#)

² Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, Meld. St. 9 (2023-2024), punkt 9.1.

3.2. Samhandlingstjenesten mål

Målet med *Pasientens måledata* er å sikre helsepersonell, i første omgang innenfor spesialist og kommunehelsetjenesten, enkel tilgang til oppdatert informasjon om pasienten og dermed bidra til økt pasientsikkerhet, bedre informasjonsflyt og en mer effektiv ressursbruk.

Pasienten kan ivareta sine rettigheter på Helsenorge.no.

Helseopplysninger i form av måledata deles også i dag. Samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* skal bidra til at opplysningene nå kan deles digitalt. I stedet for at måledata kun er tilgjengelig hos en aktør, er det ønskelig at måledataen er tilgjengelig digitalt for både kilde, konsument og pasient.

3.3. Hvilke opplysninger behandles i *Pasientens måledata*?

I *Pasientens måledata* vil klinisk relevante måledata behandles. Fra Helse- og omsorgsdepartementets mandat siteres:

«For pasienter med digital hjemmeoppfølging er det i første rekke vitale målinger som er aktuelt å dele, slik som f.eks. puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning mv. De konkrete helsefaglige vurderingene i utprøvingen gjøres av virksomhetene som deltar, og Helsedirektoratet har et overordnet ansvar som beskrevet i punkt 4».

Eksempler på type målinger som kan deles i *Pasientens måledata* er:

- Puls
- Blodtrykk
- Oksygenmetning
- Blodsukker
- Temperatur
- Kroppsvekt
- NEWS2-score
- CFS-score
- Respirasjonsrate
- Bevissthetsnivå

3.4. Nærmere om løsningen

Dataansvarlig helsevirksomhet (kilde / avgivende virksomhet) sender kopi av måledata til samhandlingsløsningen. Opplysningene som sendes inn til samhandlingsløsningen har som formål tilgjengeliggjøring for samhandlende helsevirksomheter. Samhandlingsløsningen lagrer måledataen. Konsument med tjenstlig behov (mottakende virksomhet) innhenter måledataen(e) ved å sende en forespørsel (et kall) fra sitt fagsystem til samhandlingsløsningen. Samhandlingsløsningen vil validere og autentisere forespørselen. Forespørselen er basert på pasientens fødselsnummer og en kan benytte tilleggskriterier for målinger av en bestemt type for en person, innenfor en bestemt periode. Konsument kan dermed få tilgang til relevante måledata som er tilgjengelig for den aktuelle pasienten, uavhengig av hvem som er kilde til opplysningene.

Den tekniske løsningen og løsningsmønsteret er per oktober 2025 under utvikling, men følgende legges til grunn for denne vurderingen:

Helsevirksomhetenes integrasjon mellom eget fagsystem og samhandlingsløsningen skjer gjennom APIer som utveksler data over Helsenettet. Helsevirksomhetenes fagsystemer vil maskinelt instruere APIet til å utføre instruksene «skriv», «les» og «slett» fra helsevirksomhetenes fagsystemer. Hvert

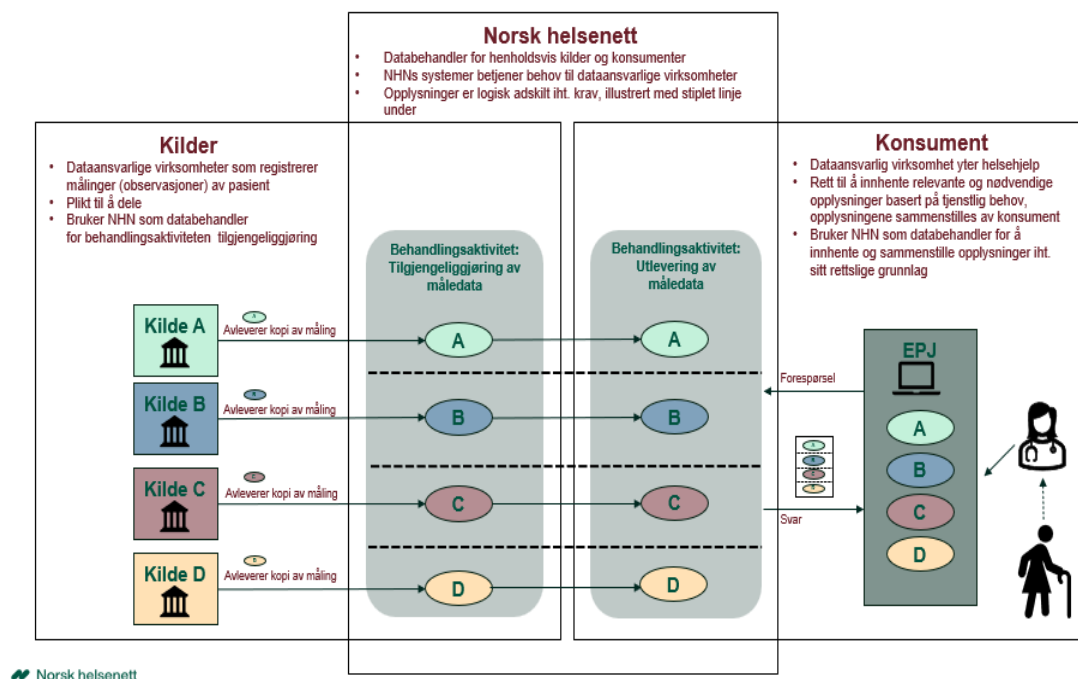
innslag med nye opplysninger fra den enkelte helsevirksomhet vil kobles til en identifisert helsevirksomhet.

I samhandlingsløsningen behandles kopier av helsevirksomhetenes opplysninger.

Samhandlingsløsningen vil kontrollere mot både Personvernkomponenten³ og Personvern- og tilgangsstyringskomponenten⁴. Operasjonaliseringen vil være tuftet på Tillitsrammeverket⁵.

3.5. Illustrasjoner av samhandlingsløsningen

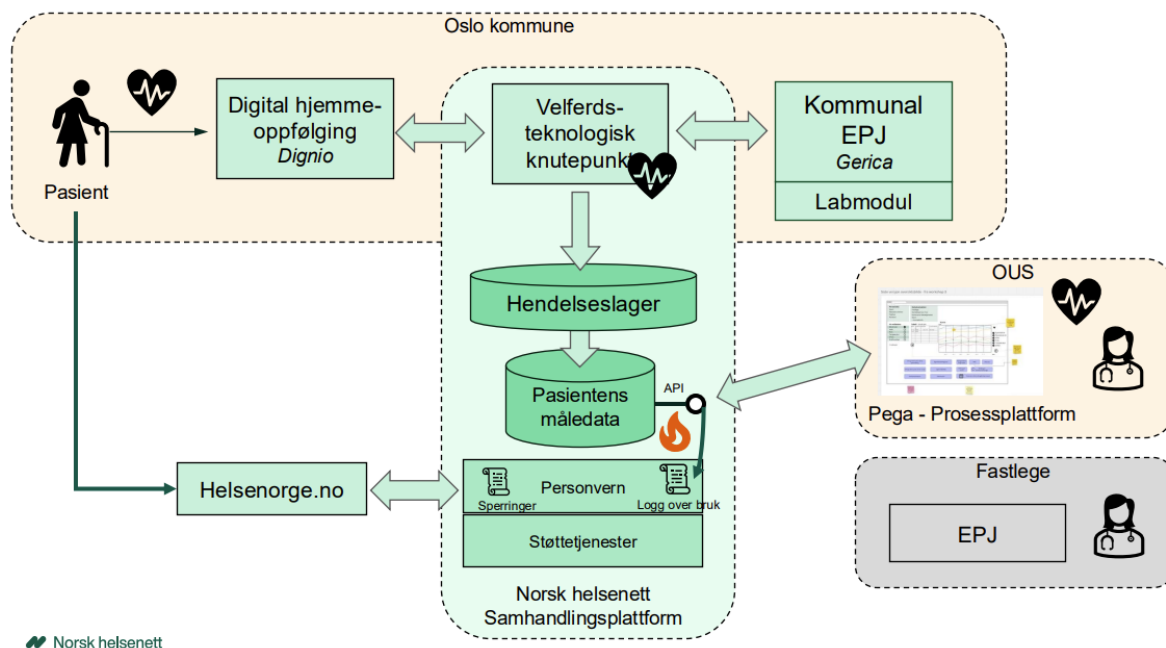
Samhandling om pasientens måldata ved hjelp av databehandler



³ Tilgangsbegrensninger satt av pasienten på Helsenorge.

⁴ Tilgangsbegrensninger satt av helsepersonell i sitt fagsystem.

⁵ <https://www.nhn.no/om-oss/tillitsrammeverket>



3.6. Oppsummering av rettslig konstruksjon og forholdet til nasjonal løsning

Samhandlingsløsningen er basert på helserettens regler, herunder krav til pasientens uttrykkelige eller stilltiende samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2. Den «vanligste formen»⁶ er stilltiende samtykke.

De dataansvarlige helsevirksomhetene har rettslig behandlingsgrunnlag i medhold av personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c, og behandles i henhold til unntaket i artikkel 9 nr. 2 bokstav h. Det supplerende rettslige grunnlaget i nasjonal rett er pasientjournalloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Samhandlingsløsningen er konkret basert på helsevirksomhetenes rett og plikt til å dele helseopplysninger, jf. hpl. § 45 og pjl. § 19. Pjl. § 19 pålegger de dataansvarlige helsevirksomhetene å gjøre relevante og nødvendige helseopplysninger «tilgjengelige» og overlater til dem å bestemme «på hvilken måte» det skal gjøres.

Samhandlingsløsningen skal bidra til å gjennomføre tilgjengeliggjøringsplikten. I tråd med personvernforordningen kan helsevirksomhetene benytte en databehandler til å utføre behandlingsoperasjonen «dele data».

På bakgrunn av spørsmål fra sektoren nevnes at *Pasientens måledata* som samhandlingsløsning kan benyttes av helsevirksomheter som både har, og ikke har, avtale i henhold til pasientjournalloven § 9. *Pasientens måledata* som samhandlingsløsning er i seg selv ikke et § 9-samarbeid.

En utfyllende redegjørelse for det rettslige rammeverket er gitt i **vedlegg 1**.

⁶ Anne Kjersti Befring, *Helseretten*, Cappelen Damm Akademisk 1. utgave, 2. opplag 20023, kapittel 5.1.2.

Norsk helsenett har beskrevet hvilket handlingsrom gjeldende rett gir for etablering av samhandlingsløsninger basert på databehandleravtaler. Det *rettslige grunnlaget* for samhandlingsløsningen er lik uavhengig av om samhandlingsløsningen kun benyttes av noen få eller av mange virksomheter. Hvilke *tiltak* som må iverksettes vil imidlertid variere.

Gitt dagens regelverk, er samhandlingsløsninger basert på databehandleravtaler en mulighet for Norsk helsenett til å raskere levere løsninger som gir verdi for sektoren.

Fra Helse- og omsorgsdepartementets mandat siteres:

«Utpøvingen av tiltaket pasientens måledata skal skje innenfor gjeldende regelverk og reguleres gjennom databehandleravtaler. I utpøvingen må det fortløpende vurderes om det er juridiske hindre for å skalere utpøvingen nasjonalt. Dette inkluderer en vurdering av om betalingen for drift og forvaltning av tiltaket omfattes av betalingsplikten i pasientjournalloven § 8 og forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger».

Etter at samhandlingsløsningene er utviklet og tatt i bruk av helsevirksomhetene, kan man evaluere om samhandlingstjenesten har vært vellykket og identifisere gevinster hos helsevirksomhetene. Evalueringen kan gi grunn til å anmode Helse- og omsorgsdepartementet / Helsedirektoratet om å vurdere samhandlingsløsningen med tanke på å lov-/forskriftsregulere denne (plikt til bruk og / eller finansiering mv.).

4. HELSERETTLIG ANSVAR FOR TILGJENGELIGGJØRING (AVGIVENDE) OG INNHENTING (MOTTAKENDE)

4.1. Ansvar for vurderingen av tjenstlig behov

Helse- og omsorgsdepartementet har i [Prop. 154 L \(2024-2025\)](#) foreslått endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger). Forslaget viderefører at taushetsplikten ikke er til hinder for tilgjengeliggjøring til annet helsepersonell (når nødvendig og relevant) og foreslår følgende i hpl. § 25 tredje ledd:

«Personellet som skal bruke opplysningene, har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige».

Om den foreslåtte lovendringen blir vedtatt, vil ansvaret for innhenting av opplysningene utvetydig legges på helsepersonellet som innhenter opplysningen.

Pasientens måledata utvikles i henhold til ovennevnte ansvarsdeling.

4.2. Avgivende dataansvarliges ansvar: Forhåndsvurdering og pasientens ønske

Avgivende dataansvarlig er ansvarlig for at det forut for innsending av måledata til samhandlingsløsningen er foretatt en helsefaglig og helserettslig vurdering av:

- (i) At opplysningene kan være nødvendige og relevante i en fremtidig helsehjelpssituasjon, og
- (ii) at pasienten ikke har motsatt seg deling eller at det ikke er grunn til å anta at pasienten ville motsette seg deling

Det er avgivende dataansvarliges ansvar at måledata som ikke oppfyller vilkårene (i) og (ii), *ikke sendes* til samhandlingsløsningen. Om vilkårene ikke er oppfylt, skal ikke opplysningene (måledatene) sendes til samhandlingsløsningen.

Avgivende dataansvarliges tilgjengeliggjøring kan baseres på en **forhåndsvurdering**⁷. I Prop. 154 L (2024-205) gir departementet følgende veiledning:

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

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

Norsk helsenett mener konkrete samhandlingsløsninger – som *Pasientens måldata* – harmonerer med departementets føringer.

De dataansvarliges bruk av samhandlingsløsningen forutsetter at de dataansvarlige helsevirksomhetene har vurdert at kategorien av opplysninger som inngår i Pasientens måldata, er egnet for automatisert, digital deling – og oppfyller helserettens krav til nødvendighet og relevans i tråd med ovennevnte forhåndsvurdering. At det er de deltagende virksomhetene som gjør de konkrete helsefaglige vurderingene, sammen med Helsedirektoratets overordnede ansvar, fremgår av mandatet for *Pasientens måldata*.

4.3. Mottagende dataansvarliges ansvar: Tjenstlig behov

Mottakende dataansvarlig er ansvarlig for at kallet mot samhandlingstjenesten og dermed instruks om hva samhandlingsløsningen skal innhente til mottaker:

- (i) er lovlig i henhold til helserettens regler (tjenstlig behov).

Norsk helsenett legger følgende til grunn for den videre løsningsutviklingen:

- Før samhandlingsløsningen besvarer kallet fra mottakende skal samhandlingsløsningen kontrollere kallet mot PVK og PTS. Opplysninger som er underlagt tilgangsbegrensninger av helsepersonell og / eller pasienten *skal ikke sendes* til mottakende dataansvarlig som bestemt i fastsatte tilgangsbegrensninger i PVK og PTS.

Videre mener Norsk helsenett at departementet i Prop. 154 L (2024-2024) også for mottakersiden har gitt god veiledning til forståelsen av vilkåret om tjenstlig behov:

«Om helseopplysningene er relevante og nødvendige, **vil måtte baseres på vurderinger gjort før opplysningene er lest og vurdert**. Dette innebærer at **vurderingen må knyttes til om helsepersonellet har et berettiget behov for å avklare om de aktuelle opplysningene er relevante og nødvendige**. Denne vurderingen må helsepersonellet foreta på bakgrunn av sin

⁷ Ot.prp. nr. 51 (2008-2009), Innst. O. nr. 110 (2008-2009), Prop. 91 L (2021-2022) og Innst. 414 L (2021-2022). I Innst. 414 L (2021-2022) henvises det til at: «Departementet vurderer at journalopplysninger kan deles etter § 45 i en nasjonal datainfrastruktur, også basert på forhåndsvurderinger».

helsefaglige kunnskap og sine helsefaglige oppgaver og tjenstlige behov. At personell vil få kjennskap til flere opplysninger enn det som i etterkant viser seg å være relevante og nødvendige må aksepteres og vil ikke i seg selv innebære et brudd på taushetsplikten» (våre uthevinger).⁸

Norsk helsenett mener konkrete samhandlingsløsninger – som *Pasientens måldata* – harmonerer med departementets føringer.

5. ER SAMHANDLINGSLØSNINGEN *PASIENTENS MÅLEDATA* ET BEHANDLINGSRETTET HELSEREGISTER?

5.1. Innledning

Norsk helsenett mener at pasienters og helsepersonells behov for datadeling skal anvendes som en tolkningsnøkkel og angi retning når samhandlingsløsninger skal utvikles. Helse- og omsorgsdepartementet har uttrykt følgende:

«Reglene må forstås og praktiseres i lys av at gode helsetjenester forutsetter at relevante pasientopplysninger kan deles».⁹

Samhandlingsløsningen er en delingsløsning som på vegne av de dataansvarlige utfører behandlingsoperasjonen «dele data» mellom helsevirksomhetenes respektive behandlingsrettede helseregistre.

Norsk helsenett foreslo den samme rettslige konstruksjonen (bruk av databehandleravtaler) for *Digital helsekort for gravide* («DHG»). Helse- og omsorgsdepartementets konkrete vurdering 26. mars 2025 av DHG konkluderte med at «[d]en sammenstilte oversikten med hvor det finnes opplysninger om den enkelte gravide er et behandlingsrettet helseregister».

Av hensyn til andre samhandlingsløsninger – eksempelvis *Pasientens måldata* – mente Norsk helsenett at det er viktig at det ikke hersker tvil om helsevirksomhetenes mulighet til å benytte samme databehandler for å realisere samhandlingsløsninger.

På denne bakgrunn fulgte Norsk helsenett opp saken. Fra Helse- og omsorgsdepartementets brev 29. august 2025 *Vurdering av konsept for digital helsekort for gravide* til Helse- og omsorgsdepartementet siteres:

«Ved utvikling og utprøving av nye samhandlingstjenester kan det i noen tilfeller være fornuftig å basere seg på en databehandlermodell under forutsetning av at dette kan la seg gjøre innenfor det rettslige handlingsrommet. Dette gjelder spesielt i tidlige faser hvor det ofte er mye læring og et stort behov for tilpasninger».

Videre siteres:

«Når det gjelder Helse- og omsorgsdepartementets spørsmål om lovligheten av en løsning for et digitalt helsekort for gravide basert på en databehandlermodell, så viser direktoratet til vår juridiske vurdering i notat av 26. mars 2025 *Juridisk vurdering av behov for regelverksendringer – tiltaket digitalt helsekort for gravide*. Vurderingen konkluderte med at løsningen med databehandlermodell vil innebære at det etableres et nytt behandlingsrettet helseregister og at det er behov for regelverksendringer for at dette kan realiseres. Vurderingen var basert på Norsk helseNetts beskrivelse av denne løsningen per 26. mars 2025, og var avgrenset til å vurdere hvorvidt selve samhandlingsdelen i DHG-løsningen innebærer at det er behov for regelverksendringer. I vurderingen ble det lagt til grunn at samhandlingsdelen i DHG-

⁸ Prop. 154 L (2024-2025). punkt 11.1.

⁹ Rundskriv I-2019-3 fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2019 om *Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten*.

Løsningen innebar at Norsk helsenett etablerte en sammenstilt oversikt over hvor det finnes opplysninger om den enkelte gravide. Sentrale skriftlige beskrivelser fra Norsk helsenett for at dette ble lagt til grunn, er nå presisert og herunder endret av Norsk helsenett i deres notat av 19. mai 2025 *Presiseringer om DHG-løsningen i Norsk helsenett* til Helsedirektoratet. Det er noe motstrid i presiseringene i det Norsk helsenett fortsatt viser til forhold i vedlegg til notat av 10. mars 2024 *Juridisk notat om kjernejournal og rettslig regulering av digitalt helsekort for gravide*, som de samtidig også utdyper på en slik måte at det blir mer noe uklart.

Samhandlingsdelen i databehandlermodellen er kun en del av løsningsalternativet med Norsk helsenett som databehandler for helsevirksomhetene, og hvorvidt resten av løsningen kunne realiseres innenfor personopplysningsloven inkl. personvernforordningen og helselovgivningen var ikke del av vurderingen av 26. mars 2025. Dette innebærer at det blant ikke ble vurdert hvorvidt selve lagringen av kopiene av opplysninger fra de ulike dataansvarlige helsevirksomhetene er logisk adskilt eller om lagringen skjer på en måte slik at det etableres et **nytt** behandlingsrettet helseregister, eller om de registrertes rettigheter kan ivaretas. Siden løsningen p.t. ikke er tatt i bruk, og det antas at det er behov for videreutvikling av denne, er dette noe som det ikke kan utelukkes at kan være aktuelt å vurderes underveis i utviklingen. **De nærmeste til å gjøre disse konkrete vurderingene er, etter vår vurdering, de dataansvarlige og databehandler.**

I tillegg til at utfallet av en juridisk vurdering av hvorvidt det etableres et behandlingsrettet helseregister ved etablering av nasjonale løsninger basert på en databehandlermodell avhenger av fakta beskrivelsen av løsningen, innebærer en løsning med databehandlermodell behov for andre juridiske vurderinger som også er nært knyttet fakta beskrivelser av løsningen. Det at løsningen kun er beskrevet på et konseptuelt nivå, innebærer i seg selv dermed en juridisk risiko herunder at det kan vise seg at løsningen ikke kan realiseres innenfor gjeldende rett og det da vil være behov for regelverksendringer» (våre uthevinger).

Norsk helsenett forstår dette dit hen at vurderingen av *Digitalt helsekort for gravide* som ble gjort av Helsedirektoratet 26. mars 2025, var konkret og avgrenset til DHG-løsningen. Norsk helsenett kjenner seg ikke igjen i den ovenfor siterte omtalen av vår beskrivelse av DHG-løsningen, men merker oss at direktoratet uttaler at det «i noen tilfeller [kan] være fornuftig å basere seg på en databehandlermodell under forutsetning av at dette kan la seg gjøre innenfor det rettslige handlingsrommet». Vi forstår det videre slik at direktoratet mener at den konkrete vurderingen av det rettslige handlingsrommet, herunder om samhandlingsløsningen innebærer at det etableres et «nytt» behandlingsrettet helseregister eller ei, må gjøres av de dataansvarlige og databehandler.

På denne bakgrunn følger Norsk helsenetts vurdering av spørsmålet nedenfor. I tillegg til Norsk helsenett som databehandler, er det er viktig at de dataansvarlige helsevirksomhetene som benytter samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* har en omforent forståelse av vurderingen og konklusjonen.

5.2. Behandlingen som skjer hos databehandler

Databehandler vil behandle opplysningene fra *hver* av de dataansvarlige helsevirksomhetene i henhold til personvernforordningens krav til en databehandler. Det er en forutsetning at databehandler kan behandle opplysningene fra hver av de dataansvarlige i henhold til deres instruks; det er den enkelte dataansvarlige som har bestemmende innflytelse over behandlingen.

Dataene fra de ulike dataansvarlige helsevirksomhetene vil derfor bli behandlet hver for seg, og helsevirksomhetene vil kun få tilgang til data i henhold til sitt hjemmelsgrunnlag. Databehandler vil behandle opplysningene slik at det til enhver tid er klart:

- Hvem som har avgitt (delt) opplysningen
- Når opplysningene blir delt

- Hvem som innhenter opplysningene

Opplysningenes integritet bevares – ingen nye data skapes og ingen data endres. Dataene mottas, lagres og deles intakt.

Opplysningene fra de ulike dataansvarlige vil i samhandlingsløsningen behandles «logisk adskilt»¹⁰. Skillet mellom de ulike dataansvarliges opplysninger skjer ved hjelp av tekniske tiltak i programvare, med logisk segmentering av databasen (bruk av tabeller, merkede rader og namespaces) og tilgangskontroll.

Etter vår forståelse er ikke dette annerledes enn hvordan EPJ-leverandørene behandler av helseopplysninger under rene kommersielle tjenesteleveranser hvor en benytter samme database for ulike dataansvarliges opplysninger. Vi mottar gjerne helsevirksomhetenes syn på og / eller korrigering av denne forståelsen.

5.3. Behandlingsaktivitetene som gjøres på vegne av avgivende dataansvarlig

I samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* behandles det opplysninger som følge av en beslutning fra den enkelte avgivende dataansvarlige helsevirksomhet om at opplysningen vil kunne være nødvendige og relevante for fremtidige helsehjelpsformål, jf. forhåndsvurderingen i henhold til hpl. § 45.

For å oppfylle sin plikt til å *tilgjengeliggjøre* slike forhåndsvurderte helseopplysninger for andre dataansvarlige helsevirksomheter, har den avgivende dataansvarlige helsevirksomhet besluttet at *måten dette gjøres på* – jf. pasientjournalloven § 19 – er å benytte en databehandler. På vegne av den avgivende dataansvarlige helsevirksomheten skal databehandler:

- (i) oppbevare opplysningene og,
- (ii) gjøre disse tilgjengelige for mottakende dataansvarlige helsevirksomheter («dele»).

Før noen mottakende dataansvarlige helsevirksomheter har gjort et kall på opplysningene – oppbevarer Norsk helsenett opplysningene *på vegne av hver av de avgivende dataansvarlige helsevirksomhetene*, slik hver og en av helsevirksomhetene selv har anledning til å gjøre.

Samtlige behandlingsaktiviteter som utføres på vegne av avgivende dataansvarlige helsevirksomhet, er omfattet av avgivende dataansvarlig helsevirksomhets behandlingsgrunnlag i henhold til nasjonal rett, jf. hpl. § 45 jf. pjl § 19. Den avgivende dataansvarlige helsevirksomhet har anledning til å benytte en databehandler til å utføre behandlingsaktiviteter helsevirksomheten selv har hjemmel til å utføre.

5.4. Behandlingsaktivitetene som gjøres på vegne av mottakende dataansvarlig

Som en følge av helsepersonellets tjenstlige behov – ytelse av helsehjelp til pasienten – har mottakende dataansvarlige helsevirksomhet en plikt til å gjøre nødvendige og relevante helseopplysninger tilgjengelig for sitt helsepersonell – også opplysninger fra andre helsevirksomheter.

¹⁰ Begrepet «logisk adskilt» er ikke et juridisk definert begrep eller et krav som fremkommer direkte i noe regelverk. Begrepet synes å bli brukt som et uformelt samlebegrep som referer til tekniske og organisatoriske tiltak som sørger for at data som tilhører ulike dataansvarlige holdes adskilt innen samme system eller infrastruktur.

For å oppfylle sin plikt til å tilgjengeliggjøre forhåndsvurderte helseopplysninger fra andre helsevirksomheter til sitt eget helsepersonell, har mottakende dataansvarlige helsevirksomhet besluttet at *måten dette gjøres på* – jf. pasientjournalloven § 19 – er å benytte en databehandler.

På vegne av den mottakende dataansvarlige helsevirksomheten skal databehandler:

- (i) gjøre forhåndsvurderte helseopplysninger fra en eller flere avgivende helsevirksomheter tilgjengelige for den mottakende dataansvarlige helsevirksomhet («innhente»).

Den mottakende dataansvarlige helsevirksomhets innhenting skjer ved at det gis en instruks til databehandler – i form at et kall mot samhandlingsløsningen om å få tilgjengeliggjort helseopplysninger om ett individ. På slik instruks leverer databehandler opplysninger om pasienten, som stammer fra en eller flere avgivende dataansvarlige, til mottakende dataansvarlig helsevirksomhet. Norsk helsenett understreker at opplysningenes integritet bevares – ingen nye data skapes og ingen data endres. Dataene sendes over intakt.

Den mottakende dataansvarlige helsevirksomheten har hjemmel til å innhente helseopplysninger om pasienten fra en eller flere avgivende dataansvarlige helsevirksomheter i henhold til hpl. § 45 jf. pjl § 19.

Databehandlers levering av en eller flere avgivende dataansvarliges opplysninger om en pasient skjer kun på mottakende dataansvarlige helsevirksomhets instruks og hjemmelsgrunnlag. Den mottakende dataansvarlig helsevirksomhet har anledning til å benytte en databehandler til å utføre behandlingsaktiviteter helsevirksomheten selv har hjemmel til å utføre.

5.5. Vurdering

Helsevirksomhetene plikter å ha behandlingsrettede helseregistre «for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt», jf. pjl. § 8 og definert i pjl. § 2 bokstav d. Når det skal tas stilling til hva som er et behandlingsrettet helseregister må definisjonen ses i sammenheng med det nevnte formålet og regelverket for øvrig.

Pasientjournalloven § 9 kan gi ytterligere veiledning til hva som utgjør et behandlingsrettet helseregister. Bestemmelsen åpner opp for at flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre. Det behandlingsrettede helseregisteret det samarbeides om, må *avgrenses mot andre systemer* som helsevirksomhetene benytter.

I Juridika lovkommentar¹¹ står følgende:

«Registre som inngår i samarbeidet, **skal komme i stedet for**, ikke i tillegg til, de registrene som virksomhetene allerede bruker internt i virksomheten. Slike felles **registre skal erstatte den virksomhetsinterne journalen**. Samme opplysninger skal ikke registreres i parallelle journaler. Det følger ikke direkte av lovteksten, men det er forutsatt i [Prop. 72 L \(2013–2014\) merknadene til § 9 i kapittel 24](#) at fellesløsninger ikke skal komme i tillegg til virksomhetens interne register. **Opplysninger kan imidlertid lagres flere steder. Det sentrale er å unngå dobbelt registreringsarbeid for helsepersonellet** og at det er klart hvilket dokument som til enhver tid er oppdatert og det originale (masterdokumentet). Virksomhetene **kan likevel ha interne faglige systemer som ligger under eller overfører data til det**

¹¹ Sverre Engelschiøn og Elisabeth Vigerust, *Pasientjournalloven. Lovkommentar*, [§ 9. Samarbeid mellom virksomheter om behandlingsrettede helseregistre](#), *Juridika* (hentet 3. april 2025)

registeret det er inngått avtale om. Forståelsen av dette må knyttes til at pasientjournallovens registerbegrep er et logisk og abstrakt begrep som ikke sier noe om hvor opplysningene lagres» (våre uthevinger).

Det er ikke i samhandlingsløsningen (databasen og APIet) at helsepersonellet skal oppfylle sin dokumentasjonsplikt, dette gjøres i den enkelte helsevirksomhets fagsystem.

Helsevirksomhetene skal ikke benytte samhandlingsløsningen for å oppfylle plikten til «å ha behandlingsrettet helseregistre for gjennomføring av helsepersonellets dokumentasjonsplikt», jf. pjl. § 8. Helsevirksomhetene benytter samhandlingsløsningen for å oppfylle en annen plikt; tilgjengeliggjøringsplikten etter pjl. § 19.

Dersom de dataansvarlige helsevirksomhetene ikke kunne ha brukt samme databehandler til å bistå med tilgjengeliggjøringen – utelukkende fordi samme databehandler benyttes – vil det innebære en innskrenking av pjl. § 19. Pjl. § 19 er en særlig regulering av behandlingsaktiviteten «tilgjengeliggjøring». Det eneste kravet som stilles er at tilgjengeliggjøringen skjer på en informasjonssikker måte.

Som redegjort for ovenfor, behandles opplysningene fra hver og en dataansvarlig separat – det etableres dermed ikke et nytt register bestående av opplysninger fra ulike kildevirksomheter.

Norsk helsenett har ikke funnet rettslige holdepunkter for at legaldefinisjonen av behandlingsrettet helseregister er ment å innskrenke de dataansvarlige helsevirksomhetene mulighet til å bruke samme databehandler for å bistå med tilgjengeliggjøringsplikten etter pjl. § 19.

Norsk helsenetts hovedkonklusjon er:

- at samhandlingsløsningen *i seg selv* ikke etablerer *et eget* behandlingsrettet helseregister, og at
- definisjonen av behandlingsrettet helseregister i pjl. § 2 bokstav d jf. pjl. § 6, ikke er til hinder for helsevirksomhetenes realisering av samhandlingsløsningen ved hjelp av Norsk helsenett som databehandler.

6. BEHANDLINGSAKTIVITETENE I SAMHANDLINGSLØSNINGEN

6.1. Ansvarlighetsprinsippet

Personvernforordningen artikkel 5 nr. 2 bestemmer at den dataansvarlige «er ansvarlig for og skal kunne påvise» at kravene i artikkel 5 nr. 1 overholdes. Datatilsynet omtaler *ansvarlighetsprinsippet* slik:

«Det er ikke nok å bare ha ansvar – man må vise at man tar ansvar. Det betyr at virksomheten må kunne dokumentere at den har gjennomført tiltak for å etterleve personvernforordningen. Virksomheten må opptre proaktivt og etablere alle nødvendige organisatoriske og tekniske tiltak for å sikre at regelverket etterleveres til enhver tid».¹²

Ved digital samhandling – der helseopplysninger deles mellom ulike dataansvarlige – er det viktig med klarhet i hvor ens eget ansvar slutter og en annens begynner.

Det er for det første viktig at overgangen av dataansvar ved digital samhandling er så klar som mulig: At det er entydig definert hvem som har ansvaret for opplysningene på ethvert trinn. For det annet er

¹² Hentet fra datatilsynet.no 6. desember 2024, <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/personvernprinsippene/>

det viktig å slå fast at når overgangen har funnet sted, har ikke avgivende dataansvarlige ansvar for informasjonssikkerhet, overholdelse av regelverk mv. hos mottakende dataansvarlige.

Pasientens måledata er en digital samhandlingsløsning. Automatisert, digital samhandling *muliggjør* deling *hvis* og *når* et behov oppstår – selv om man hverken vet:

- (i) hvilken helsevirksomhet som vil få behov for og *rett til å motta* opplysninger, eller
- (ii) hvilken helsevirksomhet som vil få *plikt til å dele*.

Samhandlingsløsningen er tuftet på at alle deltagende virksomheter inngår et forpliktende samarbeid, der alle er underlagt de samme regler og rutiner.

Pasientjournalforskriften § 3 bestemmer at «[e]nhver behandling av helseopplysninger må kunne knyttes til en dataansvarlig». For å overholde bestemmelsen og ansvarlighetsprinsippet vil det i neste punkt gis en oversikt over behandlingsaktivitetene i samhandlingsløsningen, og på hvis vegne databehandler utfører disse.

Det er viktig at helsevirksomhetene som benytter samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* har en omforent forståelse av ansvarsdelingen.

6.2. Gjennomgang av behandlingsaktivitetene

Norsk helsenett har utpenslet behandlingsaktivitetene i samhandlingsløsningen. Alle behandlingsaktiviteter i listen utføres av Norsk helsenett som databehandler, *på vegne av* den angitte dataansvarlige.

- Ansvarsdelingen må kvalitetssikres av de dataansvarlige helsevirksomhetene.

Behandlingsaktivitet	Dataansvarlig
Kilde sender måledata til samhandlingsløsningen	DATAANSVARLIG KILDE
Samhandlingsløsningen lagrer måledataen	DATAANSVARLIG KILDE
Konsument forespør måledata for spesifikk pasient, basert på tjenstlig behov	DATAANSVARLIG KONSUMENT
Samhandlingsløsningen kontrollerer kallet mot PTS/PVK før forespørselen behandles videre	DATAANSVARLIG KILDE
Svaret på kallet sendes til konsument i henhold til innstillinger i PTS/PVK	DATAANSVARLIG KILDE
Konsument mottar måledataen(e) fra de ulike kildene i sitt fagsystem	DATAANSVARLIG KONSUMENT

6.3. Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring

I prop. 154 L 2024-2025) har departementet foreslått en ny pjl. § 22a *Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring*, som omtales slik:

«Den lovfester kravene i pasientjournalforskriften § 14 ved å oppstille enkelte minimumskrav til hva som skal dokumenteres, den registrerte rett til innsyn i logg mv. og plikt til å varsle ved urettmessig tilgjengeliggjøring av journalopplysningene. I tillegg innføres et krav om dokumentasjon av hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort».

Enhver dataansvarlig må sørge for overholdelse av regelverk, informasjonssikkerhetstiltak, internkontroll og ivaretagelse av pasientens rettigheter – for de behandlingsaktiviteter en er ansvarlig for. Så også de ulike dataansvarlige i en delingskjede.

Dersom departementets forslag til ny hpl. § 25 blir vedtatt mener vi at denne vil være avgjørende for fordelingen av pliktene knyttet til informasjonssikkerhet, logging, internkontroll, etterkontroll mv. Kravene til dokumentasjon i ny pjl. § 22a må utpensles i samsvar med ansvarsdelingen i ny hpl. § 25.

Departementet skriver:

«Av forslag til ny § 25 tredje ledd i helsepersonelloven følger at det er helsepersonellet som skal motta opplysninger om pasienten i andre virksomheters pasientjournalssystemer, som har ansvaret for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten. En viktig forutsetning for dette forslaget, er at **virksomheten hvor vedkommende helsepersonell er tilknyttet, har ansvar for blant annet å forebygge urettmessige oppslag i journal gjennom virksomhetens internkontroll og informasjonssikkerhet, som styring gjennom rutiner, prosedyrer, logging av oppslag som gjøres i journalsystemene og etterfølgende kontroll av logg**» (vår utheving).¹³

Tilgangsstyring, internkontroll, logging og etterfølgende kontroll skal utføres i henhold til AVGIVENDE DATAANSVARLIGE og MOTTAKENDE DATAANSVARLIGES respektive ansvar. Hvilken dataansvarlig som er ansvarlig for de ulike behandlingsaktivitetene fremgår av tabellen ovenfor.

I prop. 154 L (2024-2025) skriver departementet videre:

«Logging av oppslag i pasientjournalssystemene som gjøres mellom ulike virksomheter, forutsetter at helsepersonellets handlinger kan «følges» mellom virksomhetene. Virksomhetene kan ikke avtale løsninger som de facto innebærer at oppslagets rettmessighet ikke kan vurderes, og således vil begrense pasientenes rettigheter».

En digital samhandlingsløsning må oppfylle de hensyn departementet her påpeker: Innhentingens rettmessighet må kunne kontrolleres og pasientens rettigheter må ivaretas.

Samhandlingsløsningen vil nettopp kunne ivareta at samtlige hendelser i en delingskjede logges – uten «hull» eller at loginformasjon «faller mellom to stoler». Vi oppfatter at departementet er opptatt av nettopp *det*:

«Gjennomføring av etterfølgende kontroll av logger, for å kunne avdekke eventuelle urettmessige oppslag, forutsetter at den dataansvarlige har **tilstrekkelig informasjon** til å vurdere hvorvidt oppslaget var rettmessig. Eksempelvis kan dette være informasjon som genereres i virksomheten hvor oppslaget gjøres, og som overføres til dataansvarlige via mekanismen som autentiserer helsepersonellet. Dette betyr at begge virksomheter må ha en oversikt over oppslag i tilgjengeliggjorte pasientjournaler. Selv om den virksomheten som tilgjengeliggjør opplysningene ikke vil ha ansvaret for den konkrete vurderingen av om en tilgjengeliggjøring er rettmessig, er det en forutsetning at det følges opp og kontrolleres hvilke opplysninger det er foretatt oppslag i, selv om oppslaget er foretatt fra andre virksomheter. Den oppfølgende kontrollen må altså gjennomføres i et samarbeid».

Når departementet skriver at «**begge** virksomheter må ha en oversikt over oppslag i tilgjengeliggjorte pasientjournaler» (vår utheving), forstår vi det slik virksomhetene som samhandler må samhandle på en slik måte at etterfølgende kontroll faktisk kan gjennomføres og pasientrettigheter ivaretas – men

¹³ Prop. 154 L (2024-2025) punkt 4.3.7.

ikke at dokumentasjonen må dupliseres eller behandles i større utstrekning enn ansvaret og formålet rekker.

Samhandlingsløsninger som *Pasientens måledata* vil nettopp legge til rette for et slikt forpliktende samarbeid, der vi i fellesskap sørger for å følge regelverket.

I tråd med departementets forslag¹⁴ til ny pjl. § 22a vil samhandlingsløsningen vil logge:

- identiteten og den organisatoriske tilhørigheten til den som får helseopplysningene
- grunnlaget for tilgjengeliggjøringen
- tidsperioden for tilgjengeliggjøringen
- hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort

På samme måte som etter gjeldende pasientjournalforskrift § 14, foreslås i ny pjl. § 22 a at den registrere har innsyn i dokumentasjonen.

De konkrete loggelementene og den nærmere utpenslingen av disse vil det tas stilling til som ledd i systemdesignet.

Det nevnes at i henhold til den rettslige ansvarsdelingen har avgiver (kilden) ansvar for å vurdere om opplysningene er delingsverdige og avklare pasientens ønske. Brudd på dette er kildens ansvar. Mottaker (konsumenten) har ansvar for lovligheten av innhenting (av opplysninger som er tilgjengeliggjort av kildevirksomhetene i samhandlingsløsningen). Brudd på dette er konsumentens ansvar. Selv om den rettslige ansvarsdelingen er klar, vil pasienten kunne henvende seg både til avgiver, mottaker og Helsenorge.no/Norsk helsenett ved mistanke om uautorisert deling. De samhandlende aktørene vil derfor utarbeide en forvaltningsrutine for håndtering av henvendelser fra innbygger.

7. DATAMINIMERINGSPRINSIPPET OG BRUK AV KOPIDATABASER TIL DELINGSFORMÅL

7.1. Innledning

I dette punktet vil vi drøfte om dataminimeringsprinsippet er til hinder for samhandlingsløsninger basert på kopidatabaser. Dataminimeringsprinsippet er ett av prinsippene for behandling av personopplysninger som er nedfelt i personvernforordningen artikkel 5 første ledd bokstav c. Det fastslås at personopplysninger skal:

«være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for»

Karnov lovkommentar omtaler¹⁵ prinsippet slik:

«Konsekvensen av prinsippet er at man ikke skal behandle flere personopplysninger enn hva som er nødvendig for et bestemt formål».

¹⁴ Departementet beskriver forholdet til gjeldende rett slik i punkt 4.3.7 i proposisjonen: «Det som minst skal fremkomme av loggen følger av gjeldende pasientjournalforskrift § 14. Forslaget om å flytte denne paragrafen til loven, understreker viktigheten av at kravet til logging ivaretas. At det i tillegg foreslås å stille krav til at hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort skal inngå i loggen, er en utvidelse av dette. Det kan imidlertid anføres at det følger forutsetningsvis av pasientjournallovens krav til internkontroll og informasjonssikkerhet, og av personvernforordningen».

¹⁵ Brodersen, Inge Kristian. Karnov lovkommentar: Personopplysningsloven 2018, note 4 til GDPR art. 5 1. ledd bokstav c., [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 12. mai 2025).

Juridika¹⁶ skriver følgende:

«At opplysninger skal være adekvate og relevante, betyr at de skal ha nær og naturlig sammenheng med behandlingsformålet, og være egnet til å oppnå formålet.

Personopplysninger kan, ifølge fortalepunkt 39, bare behandles dersom formålet ikke med rimelighet kan oppfylles på annen måte. Dette må blant annet forstås som et krav om at det skal vurderes om formålet kan oppnås med færre personopplysninger, eller eventuelt med aidentifiserte eller anonymiserte opplysninger. På denne måten gir kravet om dataminimering godt uttrykk for det generelle kravet i personvernretten om at den behandlingsansvarlige alltid skal velge det minst personverninngripende tiltaket for å nå det definerte formålet med innsamling og behandling av personopplysninger.

Prinsippet om dataminimering omtales gjerne som et forbud mot behandling av overskuddsinformasjon, altså personopplysninger som ikke er nødvendige for å nå det aktuelle formålet. Det innebærer både at det ikke skal registreres flere opplysninger enn nødvendig om de registrerte, at det ikke skal registreres opplysninger om flere personer enn nødvendig, og at opplysningene heller ikke kan lagres lenger enn nødvendig for formålet».

Dataminimeringsprinsippet sier altså ikke at man skal begrense behandling på bekostning av nødvendighet. Behandlingen skal være adekvat. Det sentrale er om behandlingen er nødvendig for å oppnå formålet. Dataminimeringsprinsippet er ikke til hinder for at opplysninger dupliseres, dersom det er nødvendig for å oppnå et bestemt formål.

7.2. Vurdering fra helsemyndigheten

I notat 18. april 2023 redegjorde det tidligere Direktoratet for e-helse om en helsevirksomhet kan lagre kopier i ulike databaser for å ivareta krav til funksjon, rettigheter og informasjonssikkerhet, jf. pasientjournalloven § 7. Om dette skriver direktoratet:

«For å gjøre det mulig med datadeling på en hensiktsmessig måte, er det sentrale her at det behandlingsrettede helseregisteret kan innrettes med ulike logiske deler for å oppfylle ulike funksjoner. Ved en slik innretning kan tilgjengeliggjøring av opplysninger optimaliseres på en langt bedre måte enn ved å hente opplysningene direkte fra kildebasen. En direkte spørring fra eksterne parter mot kildebasen er verken ønskelig eller forsvarlig, både av sikkerhetsgrunner og av ytelsesgrunner. Sagt på en annen måte: Den dataansvarlige vil ønske å eksponere eksternt bare det som er relevant å dele - her: de relevante måledataene, og ikke hele serien med data eller full journal. Da må man ha et (del-)system som en ekstern part kan spørre mot. Et slikt delsystem vil kun være en av flere mulige logiske instanser under samme "paraply" (altså del av journal).»

...

«Et vanlig løsningsmønster for å tilgjengeliggjøre informasjon til eksterne tjenester er å lage en kopi av informasjonen man ønsker å eksponere eksternt. Tjenesten for tilgjengeliggjøring inneholder da en kopi av informasjon som er relevant for eksterne brukere. Tjenesten kan optimaliseres for de søk som etterspørres av eksterne brukere og vil ikke inneholde informasjon man ikke ønsker å eksponere eksternt. Informasjonen kan hentes på forespørsel fra eksterne konsumenter.»

¹⁶ Åste Marie Bergseng Skullerud mfl., *Personvernforordningen. Lovkommentar*, [Artikkel 5. Prinsipper for behandling av personopplysninger](#), [Juridika](#) (kopiert 12. mai 2025).

Om adgangen til å benytte en databehandler for å tilgjengeliggjøre og dele data slår direktoratet utvetydig fast følgende:

«Virksomheten kan, i forlengelsen av dette, også velge å sette bort deler av sin journalforvaltning til en ekstern part (databehandler). I eksempelet over kan virksomheten velge å benytte en databehandler **som tilbyr delingsfunksjonalitet** i stedet for selv å etablere en slik intern tilgjengeliggjøringstjeneste. Her vil også flere virksomheter kunne benytte den samme tjenesten fra den samme databehandleren. Dette forutsetter imidlertid at databehandleren behandler opplysningene fra virksomhetene logisk adskilt» (vår utheving).

7.3. Vurdering

Samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* er basert på et delingsbehov identifisert av helsevirksomhetene. Behandlingen som skjer i samhandlingsløsningen, har til formål å oppfylle en lovpålagt plikt til å gjøre relevante og nødvendige opplysninger tilgjengelig. Behandlingen er nødvendig for å oppnå nettopp dette formålet. Kravet til adekvans innebærer at behandlingen skal være tilstrekkelig for få oppnå formålet. Eller med Schartums ord:

«Det skal med andre ord være *nok* personopplysninger, vurdert opp mot formålet, men heller ikke *for* mange (jf. minimalitet)». ¹⁷

Med henvisning til ovennevnte avklaring fra direktoratet mener Norsk helsenett at vi kan slå fast at bruken av en databehandler til å hjelpe seg med tilgjengeliggjøring og deling av data, herunder en nasjonal aktør som tilbyr lagring og databehandling basert på kopidatabaser til mange virksomheter, er innenfor mulighetsrommet i dagens regelverk.

Norsk helsenett mener at samhandlingsløsningen ikke er strid med dataminimeringsprinsippet.

8. PASIENTENS RETTIGHETER

Det er gjort rede for pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger i ovennevnte notat 28. november 2024, samt i vedlegg 1. I Helse- og omsorgsdepartementets mandat står følgende:

«Innbyggere skal få se sine måledata på helsenorge og i applikasjoner (via API) som pasienter benytter (for eksempel utstyr som pasienter benytter i digital hjemmeoppfølging). Innbyggere skal også se logg over bruk og kunne sperre tilgang for spesifikt helsepersonell via helsenorge».

I høringsnotat 25. september 2024 foreslår Helse- og omsorgsdepartementet lovendringer som vil «åpne ytterligere for tilgjengeliggjøring av helseopplysninger»¹⁸ og «legge til rette for enklere tilgjengeliggjøring av helseopplysninger»¹⁹. Dette ledsages av en rekke forventninger til ivaretagelse av pasientens interesser:

- Det forventes at «det etableres enkle digitale løsninger som den enkelte pasient kan benytte for å begrense tilgjengeliggjøring.»²⁰
- Det forventes «etterlevelse av eksisterende krav om både forhåndskontroll og etterkontroll (autorisasjon, autentisering og loggkontroll).»²¹

¹⁷ Dag Wiese Schartum, *Personvernforordningen – en lærebok*, Fagbokforlaget 2020, kapittel 3.2.4.

¹⁸ Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. september 2024 om *forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.*, punkt 4.2.5.

¹⁹ Høringsnotatet punkt 4.1.

²⁰ Høringsnotatet punkt 4.2.4.

²¹ Høringsnotatet punkt 4.2.5.

- Det forventes at «pasienter skal vernes mot ulovlig spredning av helseopplysninger.»²²
- Det forventes at «den enkelte pasient og brukers personvern ivaretas på en god måte.»²³

Direktoratet for e-helse utarbeidet²⁴ i 2023 i samarbeid med sektoren *Prinsipper for samordning av nasjonale innbyggertjenester*²⁵, som beskriver mål for bruk av Helsenorge.

Helsedirektoratet har i nasjonal veileder [Begrepsdefinisjoner for tilgangsbegrensning mv. i behandlingsrettede helseregistre](#), beskrevet de ulike tilgangsbegrensninger som følger av helselovgivningen.

9. VIDERE OPERASJONALISERING

Denne juridiske vurderingen har til hensikt å avklare grunnleggende spørsmål ved deling av helseopplysninger «mange til mange»²⁶ til helsehjelpsformål og forankre muligheten for realisering av en samhandlingsløsning mellom flere dataansvarlige helsevirksomheter ved hjelp av samme databehandler.

Denne vurderingen tar altså ikke sikte på å favne alle rettslige spørsmål som vil måtte avklares underveis i utviklingen av løsningen. Hvordan rettsreglene best ivaretas og operasjonaliseres vil også avhenge av erfaring fra utprøvingen. De dataansvarlige helsevirksomhetene trenger å få erfaring med og konkret kunnskap om hvordan datadelingen understøtter det helsefaglige behovet – som vil ha direkte betydning for flere rettslige vurderinger (for eksempel om det er behov for ulik lagringstid for ulike kategorier måldata).

Hvordan rettsreglene konkret vil operasjonaliseres vil fremgå av forvaltningsrutinene for samhandlingsløsningen, etter hvert som disse avklares. Dette omfatter eksempelvis håndtering av sperring, retting og lagringstid.

På samme måte som i annen smidig løsningsutvikling, vil slike rettslige avklaringer gjøres underveis, basert på et tverrfaglig samarbeid aktørene imellom.

10. OPPSUMMERING

- Norsk helsenetts mål er å **avlaste** sektoren med deres oppgaver knyttet til deling og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger – på tvers av virksomheter og helsetjenestenivåer.
- Deling av helseopplysninger i *Pasientens måldata* skal skje i samsvar med **helserettens regler og personvernforordningen**.

²² Høringsnotatet punkt 4.2.5.

²³ Høringsnotatet punkt 4.1.

²⁴ På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁵ <https://www.ehelse.no/strategi/prinsipper-for-innbyggertjenester-kobling-mellom-helsenorge-og-andre-tjenester-i-markedet/prinsipper-for-samordning-av-nasjonale-innbyggertjenester>

²⁶ «Mange til mange»-deling forutsetter alltid at de som faktisk tilegner seg opplysninger har et tjenstlig behov. «Mange til mange» referer til at automatisert, digital samhandling *muliggjør* deling *hvis* og *når* et behov oppstår – selv om man hverken vet:

- (i) hvilken helsevirksomhet som vil få behov for og *rett til å motta* opplysninger, eller
- (ii) hvilken helsevirksomhet som vil få *plikt til å dele*.

- Norsk helsenett er **databehandler** for de ulike dataansvarlige helsevirksomheter som ønsker Norsk helsenetts bistand til deling av måledata.
- Norsk helsenett er databehandler for **avgivende dataansvarlig** for oppbevaring og tilgjengeliggjøring av data for andre mottakende helsevirksomheter.
- Norsk helsenett er databehandler for **mottakende dataansvarliges** innhenting av data fra en eller flere avgivende helsevirksomheter
- Norsk helsenett tilbyr **standard avtale- og bruksvilkår**, som den enkelte helsevirksomhet slutter seg til.
- *Pasientens måledata* skal være **tilgjengelig** for alle landets helsevirksomheter, uavhengig av geografi og organisering.
- Norsk helsenett behandler opplysninger fra hver av de ulike dataansvarlige i samsvar med de **krav personvernforordningen stiller til en databehandler**.
- Norsk helsenett sørger for at opplysninger som er tilgjengeliggjort i samhandlingsløsningen **blir delt** med helsepersonell som har tjenstlig behov, hvis og når et slikt behov oppstår.

VEDLEGG 1: RETTSLIG RAMMEVERK

Hjemmel for behandling av helseopplysninger

Personvernforordningen bestemmer at all behandling av personopplysninger må ha et behandlingsgrunnlag, jf. artikkel 6. Bestemmelsen oppstiller seks alternative grunnlag.⁴ Hver behandling kan «kun ha ett behandlingsgrunnlag, og man kan normalt ikke bytte behandlingsgrunnlag underveis».⁵ For behandling av helseopplysninger må også et av unntakene i artikkel 9 være oppfylt.

Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c angir at personopplysninger kan lovlig behandles dersom «behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige». Helseopplysninger kan behandles i henhold til unntaket i artikkel 9 nr. 2 bokstav h om yting av helsetjenester. For behandling av helseopplysninger i medhold av dette alternativet, kreves supplerende rettslig grunnlag i norsk rett, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 3.

I norsk rett finnes det supplerende rettsgrunnlag for behandling av helseopplysninger i pasientjournalloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Normens faktaark nr. 56 *Formål og behandlingsgrunnlag* punkt 3.4 oppsummerer det slik:

«Å yte forsvarlig helsehjelp vil være formålet med mange av behandlingene av helse- og personopplysninger som virksomheter utfører i forbindelse med medisinsk behandling og oppfølging av pasienter. Oppfyllelse av en rettslig forpliktelse jf. helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og/eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, **er derfor et behandlingsgrunnlag som kan dekke et bredt spekter av aktiviteter i virksomheten.** (vår utheving)»

Hovedregelen er at helsehjelp baseres på et uttrykkelig eller stilltiende samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, jf. § 4-2. Helsepersonellet har en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp²⁷, hvilket forutsetter behandling (innhenting) av helseopplysninger om pasienten. Departementet beskriver det slik:

«Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om pasienten før helsehjelp gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig».²⁸

Opplysningene er underlagt helsepersonellens taushetsplikt, jf. hpl. § 21. Videre har helsepersonellet journalføringsplikt, jf. hpl. § 39. Opplysninger som betros helsepersonellet skal nedtegnes, så langt de er nødvendige og relevante for ytelse av helsehjelp.

Deling av helseopplysninger etter helsepersonelloven

Det er et fast og uttalt mål at relevant journalinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell ved behov. Samtidig som pasienter har rett til konfidensialitet, forventes også at opplysninger er tilgjengelig i en behandlingssituasjon. Av denne grunn hjemler helsepersonelloven at helseopplysninger deles i en samarbeidssituasjon (§ 25) eller til annet helsepersonell som yter helsehjelp (§ 45).²⁹ I begge tilfeller skal taushetsbelagte opplysninger deles «med mindre pasienter motsetter seg det» og delingen er nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Helsepersonelloven § 45 om *Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger* første og andre ledd, lyder slik:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

Helseopplysninger som nevnt i første ledd kan gis av den dataansvarlige for opplysningene eller det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene, jf. § 39».

²⁷ Jf. hpl. § 4. Om hpl. § 4 som behandlingsgrunnlag, siteres følgende fra Normens [faktaark nr. 56 Formål og behandlingsgrunnlag](#) punkt 3.4: «Å yte forsvarlig helsehjelp vil være formålet med mange av behandlingene av helse- og personopplysninger som virksomheter utfører i forbindelse med medisinsk behandling og oppfølging av pasienter. Oppfyllelse av en rettslig forpliktelse jf. helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og/eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, er derfor et behandlingsgrunnlag som kan dekke et bredt spekter av aktiviteter i virksomheten».

²⁸ [Høringsnotat](#) 25 september 2024 om forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv., punkt 4.2.1.

²⁹ For helhetens skyld nevnes at deling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kun kan skje i medhold av:

- Helsepersonelloven §§ 25 og 45
- Pasientens samtykke
- Annet rettslig grunnlag

Forarbeidene³⁰ omtaler bestemmelsen som en «plikt [...] til å gi helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient».³¹ Helsedirektoratet skriver følgende i kommentarer til helsepersonelloven § 45³²:

«Se for øvrig også § 25 som gir helsepersonells adgang til å utlevere helseopplysninger til samarbeidende personell, i motsetning til § 45 som regulerer **plikten til å gi opplysninger til andre som yter helsehjelp til pasienten**, dvs. utenfor samarbeidssituasjoner» (vår utheving).

Helsepersonells tilgang til taushetsbelagte opplysninger ved tjenstlig behov er lovens «normalordning», jf. omtale av pasientjournalloven § 17 i Karnov lovkommentar³³. Helsepersonell som ellers ville hatt tilgang til opplysningen i medhold av pasientjournalloven § 19, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45, vil etter pasientens beslutning ikke ha lovlig tilgang til opplysningene.

Det er en festnet³⁴ fortolkning av hpl. § 45 at nedtegnende (avgivende) har mulighet til å forhåndsvurdere om de journalførte opplysningene kan være nødvendige og relevante i en fremtidig helsehjelpssituasjon.³⁵ I Prop. 154 L (2024-205) gir departementet følgende veiledning:

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

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

I medhold av hpl. § 45 kan helsepersonell tilegne seg forhåndsvurderte opplysninger når det foreligger et tjenstlig behov. Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt følgende om hva som anses som «nødvendig og relevant»:

«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**» (våre uthevninger).³⁶

³⁰ Prop.91 L (2021–2022) Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling), punkt 5.4.5.

³¹ https://lovdata.no/pro/forarbeid/prop-91-l-202122/KAPITTEL_5-4-5

³² <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt/-45.utlevering-av-og-tilgang-til-journal-og-journalopplysninger>

³³ Jorde, Marit Stubø. Karnov lovkommentar: Pasientjournalloven 2014, note 1 til § 17 1. ledd bokstav a., [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 6. desember 2023).

³⁴ Ot.prp. nr. 51 (2008-2009), Innst. O. nr. 110 (2008-2009), Prop. 91 L (2021-2022) og Innst. 414 L (2021-2022). Muligheten til forhåndsvurdering er også omtalt i høringsnotat 25. september 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁵ Ot.prp. nr. 51 (2008-2009), Innst. O. nr. 110 (2008-2009), Prop. 91 L (2021-2022) og Innst. 414 L (2021-2022). I Innst. 414 L (2021-2022) henvises det til at: «Departementet vurderer at journalopplysninger kan deles etter § 45 i en nasjonal datainfrastruktur, også basert på forhåndsvurderinger».

³⁶ Rundskriv I-2019-3 fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2019 om *Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten*.

I Prop. 154 L (2024-2024) gir departementet følgende veiledning til forståelsen av vilkåret om tjenstlig behov:

«Om helseopplysningene er relevante og nødvendige, **vil måtte baseres på vurderinger gjort før opplysningene er lest og vurdert.** Dette innebærer at **vurderingen må knyttes til om helsepersonellet har et berettiget behov for å avklare om de aktuelle opplysningene er relevante og nødvendige.** Denne vurderingen må helsepersonellet foreta på bakgrunn av sin helsefaglige kunnskap og sine helsefaglige oppgaver og tjenstlige behov. At personell vil få kjennskap til flere opplysninger enn det som i etterkant viser seg å være relevante og nødvendige må aksepteres og vil ikke i seg selv innebære et brudd på taushetsplikten» (våre uthevinger).³⁷

Pasientjournalloven om behandlingsrettede helseregistre og tilgjengeliggjøring

Helsevirksomhetene plikter å ha behandlingsrettede helseregistre som setter helsepersonellet i stand til å oppfylle sin dokumentasjonsplikt, jf. pjl. § 8. Pasientjournalloven § 2 bokstav d definerer et behandlingsrettet helseregister slik:

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

Videre bestemmer loven at behandlingsrettede helseregistre må ha hjemmel i lov, jf. pasientjournalloven § 6. Helsevirksomheter som yter helsehjelp, har slik hjemmel i pasientjournalloven § 8.

Pasientjournalloven § 9 kan gi ytterligere veiledning til hva som utgjør et behandlingsrettet helseregister. I Juridika lovkommentar³⁸ står følgende:

«Registre som inngår i samarbeidet, **skal komme i stedet for**, ikke i tillegg til, de registrene som virksomhetene allerede bruker internt i virksomheten. Slike felles **registre skal erstatte den virksomhetsinterne journalen.** Samme opplysninger skal ikke registreres i parallelle journaler. Det følger ikke direkte av lovteksten, men det er forutsatt i [Prop. 72 L \(2013–2014\) merknadene til § 9 i kapittel 24](#) at fellesløsninger ikke skal komme i tillegg til virksomhetens interne register. **Opplysninger kan imidlertid lagres flere steder. Det sentrale er å unngå dobbelt registreringsarbeid for helsepersonellet** og at det er klart hvilket dokument som til enhver tid er oppdatert og det originale (masterdokumentet). Virksomhetene **kan likevel ha interne faglige systemer som ligger under eller overfører data til det registeret det er inngått avtale om.** Forståelsen av dette må knyttes til at pasientjournallovens registerbegrep er et logisk og abstrakt begrep som ikke sier noe om hvor opplysningene lagres» (våre uthevinger).

Behandlingsrettede helseregistre skal utformes slik at andre lovkrav kan oppfylles, jf. pjl. § 7 – inkludert tilgjengeliggjøring (deling) og ivaretagelse av pasientrettigheter.

Pasientjournalloven § 19 gir nærmere bestemmelser om tilgjengeliggjøringsplikten og uttrykker blant annet at den dataansvarlige «bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige». Plikten etter pasientjournalloven § 19 gjelder for både avgivende dataansvarlige og mottakende dataansvarlig:

³⁷ Prop. 154 L (2024-2025). punkt 11.1.

³⁸ Sverre Engelschiøn og Elisabeth Vigerust, *Pasientjournalloven. Lovkommentar*, [§ 9. Samarbeid mellom virksomheter om behandlingsrettede helseregistre](#), *Juridika* (hentet 3. april 2025).

«Bestemmelsen regulerer både intern og ekstern informasjonsdeling. Plikten til å sørge for at helseopplysninger er tilgjengelige, gjelder altså like mye på tvers av virksomheter som internt i virksomheten».³⁹

Karnov lovkommentar⁴⁰ omtaler bestemmelsen videre slik:

«Bestemmelsen slår fast at det er opp til den **dataansvarlige å finne egnede måter å tilgjengeliggjøre opplysninger på**. Det **eneste kravet** er at metoden(e) som benyttes, oppfyller krav til informasjonssikkerhet ...» (våre uthevninger).

Pasientjournalloven § 22 første ledd om *Informasjonssikkerhet* lyder slik:

«Den dataansvarlige og databehandleren skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, jf. personvernforordningen artikkel 32. Den dataansvarlige og databehandleren skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll».

Bestemmelsen retter seg både mot den dataansvarlige og databehandleren. Karnov lovkommentar⁴¹ omtaler bestemmelsen slik:

«Enkelte informasjonssikkerhetstiltak er spesifikt nevnt i bestemmelsen: tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll. Disse tiltakene anses som særlig relevante for å oppfylle grunnleggende krav i pasientjournalloven. God tilgangsstyring er nødvendig både for å oppfylle krav til konfidensialitet, jf. pasientjournalloven § 15, og for å kunne oppfylle krav om tilgjengelighet, jf. pasientjournalloven § 19. Logging og etterfølgende kontroll er avgjørende for å verifisere at taushetsplikten overholdes og at det ikke foregår snoking, jf. pasientjournalloven § 16. Logging er også avgjørende for at pasienten selv skal kunne kontrollere at tilganger ikke misbrukes, jf. retten til innsyn i disse loggene som fremkommer av pasientjournalforskriften § 14 andre ledd».

Pasientjournalloven § 23 stiller krav til internkontroll, pasientjournalforskriften § 13 til tilgangsstyring og oversikt over hvem som har tilgang til hvilke opplysninger mv., og pasientjournalforskriften § 14 oppstiller spesifikke krav til logging.

Pasientens rettigheter

Helsepersonellets taushetsplikt korresponderer med pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6.^{42 43} Bestemmelsen lyder slik:

«Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell tilgjengeliggjør opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det, informeres om at opplysningene er gjort tilgjengelige og hvilke opplysninger det dreier seg om.»

³⁹ Jorde, Marit Stubø. Karnov lovkommentar: Pasientjournalloven 2014, note 1 til § 19 1. ledd, [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 17. mars 2025).

⁴⁰ Jorde, Marit Stubø. Karnov lovkommentar: Pasientjournalloven 2014, note 2 til § 19 2. ledd, [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 26. mars 2025).

⁴¹ Jorde, Marit Stubø. Karnov lovkommentar: Pasientjournalloven 2014, note 1 til § 22 1. ledd, [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 6. november 2024).

⁴² Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven § 21: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>

⁴³ Videre er taushetsplikten nedfelt i pasientjournalloven § 15 og helseregisterloven § 17.

Regelen er begrunnet i hensynet til tillit, som «tilsier at opplysninger i størst mulig grad utleveres etter samtykke fra pasienten eller brukeren, selv der det foreligger særskilt rettsgrunnlag for utlevering i lov».⁴⁴

Helsepersonelloven § 45 er et slikt grunnlag, som åpner for deling «med mindre pasienten motsetter seg det». Dette er begrunnet i at «pasienter som hovedregel vil tillate at flere personer som deltar i behandlingen, får innsyn i de journalopplysninger som er nødvendige»⁴⁵. Retten til å motsette seg slik deling er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3:

«Pasienten og brukeren har rett til å motsette seg overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke overføres eller tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det ved forespørsel. Overføring og tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell».

Helsepersonellet trenger ikke å innhente tillatelse fra pasienten i forkant av delingen. Forutsetningen for delingen er at «det ikke foreligger holdepunkter for at pasienten ville ha motsatt seg slik deling, eller at pasienten har gitt uttrykkelig beskjed om dette»⁴⁶. Befring forklarer det slik⁴⁷:

«Pasienten må aktivt ta til orde for hindre slik utveksling av opplysninger dersom opplysningene skal tilbakeholdes. Helsepersonell må likevel være oppmerksom på om deling kan være kontroversiell, slik at pasienten bør informeres – og da med mulighet til å motsette seg dette.

...

Dersom mange involveres i helsehjelpen, kan det være en grunn til å involvere pasienten i **hvordan opplysningene skal deles, hvem opplysninger gjøres tilgjengelig for, og hvilke muligheter pasienten har til å reservere seg mot deling**» (vår utheving).

Retten til å motsette seg deling fremgår også av pasientjournalloven § 17. Karnov lovkommentar omtaler pjl. § 17 slik⁴⁸:

«Bestemmelsen gir pasienten rett til å kreve at opplysninger ikke skal være tilgjengelige for bestemte helsepersonell, selv om personellet skulle ha et saklig behov for tilgang til opplysningene. Bestemmelsen kan sies å utgjøre et unntak fra lovens normalordning, som er at pasientens opplysninger skal være tilgjengelig for helsepersonell som trenger tilgang til opplysningene for å yte helsehjelp til pasienten, jf. pasientjournalloven § 19.»

Pasienten har rett til tilgang til egen informasjon og skal enkelt kunne forstå og påvirke hvordan egen informasjon brukes. Direktoratet for e-helse utarbeidet⁴⁹ i 2023 i samarbeid med sektoren *Prinsipper for samordning av nasjonale innbyggertjenester*⁵⁰, som beskriver mål for bruk av Helsenorge.

⁴⁴ Duvaland, Lars. Karnov lovkommentar: Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl 1999, note 4 til § 3-6 3. ledd, [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 7. desember 2023).

⁴⁵ Anne Kjersti Befring, *Helseretten*, Cappelen Damm Akademisk 2022, side 534.

⁴⁶ Befring, Anne Kjersti. Karnov lovkommentar: Helsepersonelloven - hpl 1999, note 2 til § 25 1. ledd, [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 6. desember 2023).

⁴⁷ Anne Kjersti Befring, *Helseretten*, Cappelen Damm Akademisk 2022, side 534.

⁴⁸ Jorde, Marit Stubø. Karnov lovkommentar: Pasientjournalloven 2014, note 1 til § 17 1. ledd bokstav a., [Lovdata.no](https://lovdata.no) (hentet 6. desember 2023).

⁴⁹ På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

⁵⁰ <https://www.ehelse.no/strategi/prinsipper-for-innbyggertjenester-kobling-mellom-helsenorge-og-andre-tjenester-i-markedet/prinsipper-for-samordning-av-nasjonale-innbyggertjenester>

Målgruppen for prinsippene er «virksomheter som yter helsehjelp eller forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre (inkludert private og ideelle som har avtale med det offentlige)».

Prinsippene slår fast at innbyggere i hele Norge skal ha tilgang til helhetlige, sammenhengende og likeverdige digitale tjenester, slik at deres behov for oversikt og innsikt i egen og næres helse ivaretas. Videre skal innbygger, eller innbyggers representant, ha en samlet oversikt og kontroll over representasjonsforhold og personverninnstillinger (fullmakter, samtykker, sperringer og reservasjoner) for hele helse- og omsorgssektoren. Det skal være enkelt å registrere, forvalte og endre egne samtykker, tilganger og sperringer for digitale tjenester.

I veileder til Normen, *Informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner (velferdsteknologi)*, står følgende om «Ytelse av helse- og omsorgstjeneste»:

«Selv om samtykket ikke behøver å være uttrykkelig, må det likevel være informert. Med det menes at personen må ha fått tilstrekkelig informasjon om tilbudet/ tjenesten til å vite hva hun eller han "er med på", enten tjenesten ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi.

Jo mindre det kan forventes at pasienten eller brukeren vet om den aktuelle helsehjelpen/ tjenesten/ teknologien fra før, jo bedre må det informeres». ⁵¹

VEDLEGG 2: NÆRMERE UTPENSLING AV AVGIVENDE OG MOTTAKENDE SITT ANSVAR

Operasjonalisering av digital samhandling

Digital deling av helseopplysninger betyr at tilgjengeliggjøring av helseopplysninger utledes og behandles av maskiner i en helautomatisert prosess, uten menneskelig involvering i hvert enkelt tilfelle. Dette krever at de dataansvarlige enes om tekniske og semantiske spesifikasjoner som muliggjør digital samhandling. Operasjonaliseringen sikrer en felles aksept for personvern og informasjonssikkerhet i løsningen, som spiller sammen med helsehjelpsformålet, jf. pasientjournalloven («pjl.») § 1.

Tillitsrammeverket er et sett av regler, rutiner, standarder og løsninger som understøtter personvern, informasjonssikkerhet og samhandlingsevne – på en måte som er skalerbar og økonomisk bærekraftig.

Sammen med sektoren har Norsk helsenett kommet langt i arbeidet med å nå en felles forståelse av ansvarsforhold og operasjonalisering av digital samhandling. Etter vårt syn er den til nå oppnådde enigheten, i harmoni med [Prop. L 154 \(2024-2025\)](#).

Forslag til hpl. § 25 om *Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp* lyder slik:

«Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en pasient gjøres tilgjengelige for helsepersonell eller annet samarbeidende personell, når opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten.

⁵¹ [Behandlingsgrunnlag - Helsedirektoratet](#) se punkt 2.1 (hentet 19. mai 2025).

Opplysningene kan gjøres tilgjengelige av virksomheten med ansvar for opplysningene eller av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene etter § 39. Dette kan blant annet skje ved direkte tilgang mellom virksomheter.

Personellet som skal bruke opplysningene, har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige.

Departementet kan gi forskrift om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp og ad-gangen til å motsette seg slik tilgjengeliggjøring».

Vi vil her gjøre nærmere rede for ansvarsforholdene ved datadeling i *henhold til ny hpl. § 25*.

Nedtegnende helsepersonell – ansvar i henhold til foreslåtte regler

Hovedregelen er at helsehjelp baseres på et uttrykkelig eller stilltiende samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, jf. § 4-2. Helsepersonellet har en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp⁵², hvilket forutsetter behandling (innhenting) av helseopplysninger om pasienten. Departementet beskriver det slik:

«Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om pasienten før helsehjelp gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig».⁵³

Opplysningene er underlagt helsepersonellets taushetsplikt, jf. hpl. § 21.

Videre har helsepersonellet journalføringsplikt, jf. hpl. § 39. Opplysninger som betros helsepersonellet skal nedtegnes, så langt de er nødvendige og relevante for ytelse av helsehjelp.

Dette helsepersonellet betegnes i det videre som «NEDTEGNEDE HELSEPERSONELL».

NEDTEGNEDE HELSEPERSONELL har mulighet til å *forhåndsvurdere* om de journalførte opplysningene kan være nødvendige og relevante i en fremtidig helsehjelpssituasjon.^{54 55}

Videre er det et vilkår at pasienten ikke har motsatt seg at journalopplysningene tilgjengeliggjøres, eller at det ikke er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg. Følgende ansvar hviler dermed på NEDTEGNEDE HELSEPERSONELL:

- (i) Vurdere om opplysningene kan være nødvendige og relevante i en fremtidig helsehjelpssituasjon, og
- (ii) avklare at pasienten ikke motsetter seg deling eller det ikke er grunn til å anta at pasienten vil motsette seg deling

⁵² Jf. hpl. § 4. Om hpl. § 4 som behandlingsgrunnlag, siteres følgende fra Normens [faktaark nr. 56 Formål og behandlingsgrunnlag](#) punkt 3.4: «Å yte forsvarlig helsehjelp vil være formålet med mange av behandlingene av helse- og personopplysninger som virksomheter utfører i forbindelse med medisinsk behandling og oppfølging av pasienter. Oppfyllelse av en rettslig forpliktelse jf. helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og/eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, er derfor et behandlingsgrunnlag som kan dekke et bredt spekter av aktiviteter i virksomheten».

⁵³ Prop. 154 L (2024-2025), punkt 3.3.5.

⁵⁴ I [Høringsnotat](#) 25 september 2024 om forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv., punkt 4.2.3 skriver departementet følgende: «Som det fremkommer av Prop. 91 L (2021–2022) punkt 5.4.5 kan tilgjengeliggjøringen baseres på en forhåndsvurdering av om vilkårene er oppfylt».

⁵⁵ For ordens skyld nevnes at det følger av gjeldende rett at det ikke skilles «mellom tilgjengeliggjøring av opplysninger til eget ansatt helsepersonell eller til helsepersonell ansatt i andre virksomheter», jf. Direktoratet for e-helse, [Regelverk om deling av helseopplysninger](#), sist oppdatert 11. mars 2024.

Opplysninger som pasienten ikke motsetter seg deling av / ikke grunn til å tro vil motsette seg deling av *og* som er vurdert å være nødvendig og relevant i en fremtidig helsehjelpssituasjon omtales heretter som «FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER». Pasienten er ikke avskåret fra å løpende vurdere om opplysninger skal deles, også etter at forhåndsvurderingen er foretatt.

Etter å ha tatt stilling til ovennevnte punkt (i) og (ii), har ikke NEDTEGNENDE HELSEPERSONELL ansvar i henhold til sin individuelle taushetsplikt *hva gjelder digital deling av* FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER med hjemmel i ny hpl. § 25.⁵⁶

Avgivende dataansvarlig – ansvar i henhold til foreslåtte regler

Helsevirksomhetene plikter å ha behandlingsrettede helseregistre som setter helsepersonellet i stand til å oppfylle sin dokumentasjonsplikt, jf. pjl. § 8. Behandlingsrettede helseregistre skal utformes slik at andre lovkrav kan oppfylles, jf. pjl. § 7 – inkludert tilgjengeliggjøring (deling) og ivaretagelse av pasientrettigheter. Det er den avgivende dataansvarlige som skal oppfylle den *digitale tilgjengeliggjøringen* av de FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGENE.

Vi legger til grunn at forhåndsvurderingen også kan gjøres av den enkelte helsevirksomhet, jf. departementets redegjørelse:

«Ved en forhåndsvurdering må **virksomheten** gjøre en vurdering av nødvendigheten av tilgjengeliggjøringen og hvilke opplysninger det er behov for å dele, i en fremtidig helsehjelpssituasjon» (vår utheving).⁵⁷

Den dataansvarlige for helsevirksomheten som skal dele (avgi / utlevere) FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER omtales som «AVGIVENDE DATAANSVARLIG».

Pasientbehandling går i retning av mer kompliserte pasientforløp, som inkluderer ulike tjenester og nivåer i helsesektoren. Viktigheten av samarbeid på tvers understrekes i [Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#). AVGIVENDE DATAANSVARLIGE kan få plikt til å dele med mange ulike helsevirksomheter.

AVGIVENDE DATAANSVARLIG kan innenfor pasientjournallovens rammer bestemme på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige, jf. pjl. § 19. AVGIVENDE DATAANSVARLIG skal tilgjengeliggjøre FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER på en måte som oppfyller pasientjournalloven og personverndirektivets krav til personvern, informasjonssikkerhet mv.

Etter forslag til ny hpl. § 25 kan AVGIVENDE DATAANSVARLIG gjøre FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER tilgjengelige, *uten ansvar* for å vurdere hvilke opplysninger som er nødvendige og relevante for den konkrete helsehjelpen i mottakende virksomhet.

Det betyr at når de FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGENE er tilgjengeliggjort, har ikke AVGIVENDE DATAANSVARLIG ansvar for den senere behandling av FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER som gjøres av andre helsevirksomheter og helsepersonell, inkludert hvorvidt innhenting oppfyller kravet til tjenstlig behov.

Mottakende helsepersonell – ansvar i henhold til foreslåtte regler

⁵⁶ For ordens skyld; helsepersonellet kan før deling eventuelt skjer få grunn til å endre vurderingen av ett eller begge punktene (som har til følge at opplysningene ikke lenger faller inn under kategorien FORHÅNSVURDERTE OPPLYSNINGER), og har fortsatt plikt til å tie om opplysningene og på annen måte hindre at opplysningene blir kjent for uvedkommende.

⁵⁷ [Høringsnotat](#) 25 september 2024 om forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv., punkt. 4.2.2.

Helsepersonellet som *nå* har ansvar for å yte helsehjelp til pasienten omtales i det videre som «MOTTAKENDE HELSEPERSONELL». MOTTAKENDE HELSEPERSONELL har på samme måte som NEDTEGNENDE HELSEPERSONELL selvstendig rettslig grunnlag for behandling av helseopplysninger, basert på den helsehjelpen som skal ytes (sml. omtale ovenfor av nedtegnende helsepersonell).

De FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGENE som en eller flere AVGIVENDE DATAANSVARLIGE har tilgjengeliggjort, kan MOTTAKENDE HELSEPERSONELL tilegne seg ved *tjenstlig behov*, jf. ny hpl. § 25. Departementet beskrev det slik i høringsnotatet:

«Adgangen til å motta opplysningene skal begrenses til det tjenstlige behovet helsepersonellet har for å motta opplysningene. Dette er et individansvar. Når det oppstår en konkret helsehjelpssituasjon, plikter helsepersonellet som skal behandle pasienten både å vurdere **om** de trenger opplysningene, og å vurdere **hvilke** opplysninger som er nødvendige og relevante for å yte helsehjelp til pasienten» (våre uthevninger).⁵⁸

I lovproposisjonen har departementet utpenslet MOTTAKENDE HELSEPERSONELL sitt handlingsrom slik:

«Om helseopplysningene er relevante og nødvendige, **vil måtte baseres på vurderinger gjort før opplysningene er lest og vurdert**. Dette innebærer at **vurderingen må knyttes til om helsepersonellet har et berettiget behov for å avklare om de aktuelle opplysningene er relevante og nødvendige**. Denne vurderingen må helsepersonellet foreta på bakgrunn av sin helsefaglige kunnskap og sine helsefaglige oppgaver og tjenstlige behov. At personell vil få kjennskap til flere opplysninger enn det som i etterkant viser seg å være relevante og nødvendige må aksepteres og vil ikke i seg selv innebære et brudd på taushetsplikten».⁵⁹

Etter vår forståelse harmonerer dette med gjeldende rett, jf. følgende i Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«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**» (våre uthevninger).⁶⁰

For å oppfylle plikten⁶¹ til å gi forsvarlig helsehjelp kan helsepersonellet ha behov for å orientere seg om helsehjelpen pasienten har fått tidligere. Det er MOTTAKENDE HELSEPERSONELL som må vurdere hvilke (om noen) opplysninger «er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten», jf. forslag til ny hpl. § 25, samt ovennevnte fra forarbeider og rundskriv.

MOTTAKENDE HELSEPERSONELL kan ha en pasient til behandling som tidligere har fått helsehjelp fra en rekke andre helsevirksomheter, og dermed mange ulike AVGIVENDE DATAANSVARLIGE.

⁵⁸ [Høringsnotat](#) 25 september 2024 om forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv., punkt 4.2.3.

⁵⁹ Prop. 154 L (2024-2025), punkt 11.1.

⁶⁰ Rundskriv I-2019-3 fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2019 om *Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten*.

⁶¹ Om hpl. § 4 som behandlingsgrunn kan følgende fra Normens [faktaark nr. 56](#) *Formål og behandlingsgrunnlag* punkt 3.4, siteres: «Å yte forsvarlig helsehjelp vil være formålet med mange av behandlingene av helse- og personopplysninger som virksomheter utfører i forbindelse med medisinsk behandling og oppfølging av pasienter. Oppfyllelse av en rettslig forpliktelse jf. helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og/eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, er derfor et behandlingsgrunnlag som kan dekke et bredt spekter av aktiviteter i virksomheten».

Dersom flere AVGIVENDE DATAANSVARLIGE har tilgjengeliggjort FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER vil muligheten øke for at MOTTAKENDE HELSEPERSONELL får tilgjengeliggjort relevante og nødvendige opplysninger om pasienten. Dette vil bidra til å nå målet om at helsepersonellet «skal være trygge på at de har et oppdatert, oversiktlig og dekkende beslutningsgrunnlag for helsehjelpen de skal gi»⁶².

Alle FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER som kommer MOTTAKENDE HELSEPERSONELL til kunnskap, er underlagt taushetsplikt. FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER som er nødvendige for den helsehjelpen som nå skal ytes, er underlagt journalføringsplikt, jf. hpl. § 39.

Mottakende dataansvarlig – ansvar i henhold til foreslåtte regler

Den helsevirksomheten der MOTTAKENDE HELSEPERSONELL er ansatt – og som *nå* har virksomhetsansvaret for å yte helsehjelp til pasienten – har plikt til å ha behandlingsrettede helseregistre som setter helsepersonellet i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter, jf. pjl. §§ 7 og 8.⁶³

Den dataansvarlige for helsevirksomheten som nå skal motta FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER omtales i det videre som «MOTTAKENDE DATAANSVARLIG».

MOTTAKENDE DATAANSVARLIG har behandlingsgrunnlag og dataansvar for all behandlingsaktivitet MOTTAKENDE HELSEPERSONELL gjør i medhold av hpl. § 4 og ny § 25.

På denne måten samsvarer virksomhetens ansvar med sitt helsepersonells ansvar, jf. departementets uttalelse:

«Forslaget til helsepersonelloven ny § 23 tredje ledd, første punktum avhjelper enkelte av utfordringene knyttet til **utøvelsen av dataansvaret ved at det er presisert at helsepersonell som gis tilgang har ansvar for å vurdere** om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten» (vår utheving).⁶⁴

MOTTAKENDE DATAANSVARLIG har ansvar for tilgangsstyring mv. for sitt helsepersonells tilgang til de behandlingsrettede helseregistre virksomheten har – inkludert FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER tilgjengeliggjort av andre AVGIVENDE DATAANSVARLIGE. Den AVGIVENDE DATAANSVARLIGE har dermed ikke ansvar for disse aktivitetene som skjer hos den MOTTAKENDE DATAANSVARLIG.

Som departementet påpeker i høringsnotatet, kan ikke MOTTAKENDE DATAANSVARLIG gi sine ansatte *for* vide tilganger til å søke frem opplysninger. MOTTAKENDE DATAANSVARLIGES ansvar inkluderer å sette grenser for hvilke FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER MOTTAKENDE HELSEPERSONELL gis tilgang til, basert på hvordan mottakende virksomhet organiserer egne oppgaver og hvilke pasienter det har til behandling. Tilgang til FORHÅNDSVURDERTE OPPLYSNINGER kan også begrenses ved hjelp av filtrering hos den MOTTAKENDE DATAANSVARLIG, at det først gis tilgang til referanser etc.

Oppsummering

⁶² Jf. [Høringsnotat](#) 25 september 2024 om forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv., punkt 1.

⁶³ På samme måte som helsepersonellet, er helsevirksomhetene pålagt en forsvarlighetsplikt, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Fra Normens [faktaark nr. 56 Formål og behandlingsgrunnlag](#) punkt 3.4, siteres: «Å yte forsvarlig helsehjelp vil være formålet med mange av behandlingene av helse- og personopplysninger som virksomheter utfører i forbindelse med medisinsk behandling og oppfølging av pasienter. Oppfyllelse av en rettslig forpliktelse jf. helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og/eller spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, er derfor et behandlingsgrunnlag som kan dekke et bredt spekter av aktiviteter i virksomheten». gode

⁶⁴ Høringsnotatet punkt 4.2.2.

Norsk helsenett understreker betydningen av klare ansvarsforhold i digitale samhandlingsløsninger. Vi har forsøkt å vise at enhver behandlingsaktivitet i digital samhandling, kan knyttes til en dataansvarlig, jf. pasientjournalforskriften § 3. Det er viktig at helsevirksomhetene som benytter samhandlingsløsningen *Pasientens måledata* er omforent om denne forståelsen av ansvarsdelingen.