

Helsepersonelloven med kommentarer  
*Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*

Heftets tittel: Helsepersonelloven med kommentarer

Utgitt: 06/2012

Bestillingsnummer: IS-8/2012

ISBN-nr. xx-xxxx-xxx-x

Utgitt av: Helsedirektoratet

Redaksjon: Vera Christensen  
Gunhild J. Røstadsand  
Hanne Skui  
Kari Steig

Kontakt: Avd. bioteknologi og helserett  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-8/2012

# Forord

Hensikten med en egen lov for helsepersonell, er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt å ivareta allmennhetens tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Helsepersonell er som alle andre arbeidstakere underlagt arbeidsmiljøloven, arbeidsavtaler osv. I tillegg stiller helsepersonelloven særskilte krav til alt helsepersonell.

Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen gjennom krav til blant annet faglig forsvarlig opptreden, dokumentasjon og taushetsplikt og regler om meldeordninger, autorisasjon og sanksjonssystem mv.

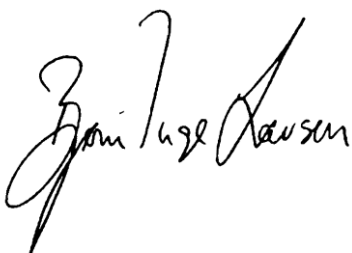
Alt helsepersonell, uavhengig av profesjon, arbeidssted eller funksjon, må kjenne de grunnleggende kravene til yrkesutøvelsen som stilles i helsepersonelloven. Dette rundskrivet skal være et praktisk oppslagsverk for helsepersonell og ledere i helsetjenesten og saksbehandlere i helseforvaltningen som har spørsmål om innholdet i helsepersonelloven.

Den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2012. Det er viktig å merke seg at helsepersonelloven som hovedregel får anvendelse for alt personell som yter tjenester etter den nye helse- og omsorgstjenesteloven, uavhengig av om personellet er autorisert eller yter tjenester som faller inn under begrepet helsehjelp.

Helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001. Siden den gang har loven vært gjenstand for en lang rekke endringer og suppleringer, nye forskrifter har blitt vedtatt med hjemmel i loven og lovforståelsen har utviklet seg som følge av rettsavgjørelser og forvaltningspraksis. Dette rundskrivet har tatt opp i seg disse endringene og erstatter rundskriv I-20/2001.

Den trykte versjonen av dette rundskrivet inneholder helsepersonelloven med kommentarer. I den nettbaserte versjonen av rundskrivet er det lenket til lover, forskrifter og nettsider som er omtalt i teksten. Revideringer i rundskrivet vil bare skje i den nettbaserte versjonen.<sup>1</sup>

Lykke til med bruken av rundskrivet!



Bjørn-Inge Larsen  
helsedirektør

---

<sup>1</sup> Rundskrivets nettverson er revidert pr 1. oktober 2013, og tar opp i seg lov- og forskriftsendringer gjort i 2013

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Innledning</b>	<b>5</b>
Leseveiledning	5
Forholdet til annet lovverk	5
Forkortelser	6
Lover	6
<b>Helsepersonelloven med kommentarer</b>	<b>8</b>
Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner	8
§ 1. Lovens formål	8
§ 2. Lovens virkeområde	9
§ 3. Definisjoner	12
Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse	15
§ 4. Forsvarlighet	15
§ 5. Bruk av medhjelpere	20
§ 6. Ressursbruk	22
§ 7. Øyeblikkelig hjelp	24
§ 8. Pliktmessig avhold	26
§ 9. Forbud mot gaver m.v. i tjenesten	28
§ 10. Informasjon til pasienter m.v.	31
§ 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende	33
§ 11. Rekvirering av reseptbelagte legemidler	36
§ 12. Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold	38
§ 13. Markedsføring	40
§ 14. Beordring av helsepersonell til vaktordninger	42
§ 15. Krav til attester, erklæringer o.l.	43
Kapittel 3. Krav til organisering og virksomhet	46
§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester	46
§ 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter	48
Kapittel 4. Særskilte regler i tilknytning til autorisasjon, krav om politiattest m.v.	49
§ 18. Melding om helsepersonells virksomhet	49
§ 19. Melding til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet	50
§ 20. Plikter etter pasientskadeloven	52
§ 20a. Krav om politiattest	54
Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett	57

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt	57
§ 21a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger	59
§ 22. Samtykke til å gi informasjon	61
§ 23 Begrensninger i taushetsplikten	63
§ 24. Opplysninger etter en persons død	67
§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell	69
§ 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer	71
§ 27. Opplysninger som sakkyndig	73
§ 28. Opplysninger til arbeidsgiver	74
§ 29. Opplysninger til forskning mv.	75
§ 29 b. Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten	77
§ 29 c <i>Opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring</i>	79
Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v.	82
§ 30. Opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen	82
§ 31. Opplysninger til nødetater	84
§ 32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten	86
§ 33. Opplysninger til barneverntjenesten	88
§ 34. Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat	91
Kapittel 7. Meldeplikt	93
§ 35. Melding om fødsler	93
§ 36. Melding om dødsfall	95
§ 37. Melding til helseregistre m.v.	97
§ 38. Melding om betydelig personskade	98
§ 38a. Meldinger om behov for individuell plan og koordinator	99
Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt	100
§ 39. Plikt til å føre journal	100
§ 40. Krav til journalens innhold m.m.	103
§ 41. Plikt til å gi pasienter innsyn i journal	105
§ 42. Retting av journal	107
§ 43. Sletting av journalopplysninger	109
§ 44. Journal på feil person	111
§ 45. Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger	112
§ 45 a. Epikrise	115
Kommentarer til § 45 a:	115
§ 46. Elektronisk pasientjournal	118
§ 47. Opptegnelser og journal som bevis	119
Kapittel 9. Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	120
§ 48. Autorisasjon	120
§ 49. Lisens	125
§ 51. Vilkår for spesialistgodkjenning	129
§ 52. Internasjonale avtaler	130
Kapittel 10. Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	131
§ 53. Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	131
§ 54. Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	133
Kapittel 11. Reaksjoner mv. ved brudd på lovens bestemmelser	134

§ 55. Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd	134
§ 56. Advarsel	134
§ 57. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning	137
§ 58. Suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	141
§ 59. Begrensning av autorisasjon	143
§ 59a. Begrensning av autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt	146
§ 60. Pålegg om sakkyndig undersøkelse	148
§ 61. Frivillig avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning	149
§ 62. Ny autorisasjon eller lisens	150
§ 62a. Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv	151
§ 63. Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B	153
§ 64. Suspensjon av rekvireringsrett	155
§ 65. Forkortelse av frist for tap av rekvireringsretten	156
§ 65a. Reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere	157
§ 66. Informasjon til arbeidsgiver og til andre land	158
§ 67. Straff	159
§ 67a. Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11	160
Kapittel 12. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda	161
§ 68. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda	161
§ 69. Organisering av Statens helsepersonellnemnd	162
§ 70. Statens helsepersonellnemnds virksomhet	163
§ 71. Domstolsprøving	164
§ 73. Erstatning for tap ved suspensjon og tilbakekall	165
§ 75. Ikrafttredelse	168
§ 76. Overgangsordninger	168
§ 77. Opphevelse av og endringer i andre lover	168
<b>Del 3 Forskrifter til helsepersonelloven</b>	<b>169</b>

# Innledning

## Leseveiledning

Rundskrivet gjengir fortløpende hver enkelt paragraf i helsepersonelloven med tilhørende kommentarer nedenfor. I fotnote til hver paragraf er det fullstendig oversikt over hvilke forskrifter som er gitt med hjemmel i paragrafen.

I kommentarene finnes henvisninger til aktuelle forskrifter, rundskriv og retts- og forvaltningsavgjørelser. I den nettbaserte versjonen av rundskrivet er det lenket til omtalte dokumenter på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no), [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), [www.shpn.no](http://www.shpn.no), [www.domstol.no](http://www.domstol.no) og enkelte andre nettsteder. Lenker finnes der det er understrekinger i teksten, for eksempel ved understreking av lovtitler, rundskrivtitler osv.

Lovbestemmelsene og kommentarene må ses i sammenheng. Dersom de leses isolert, kan dette gi et ufullstendig bilde av hvordan en bestemmelse skal forstås.

Kommentarene i rundskrivet gir nærmere forklaring på det som er regulert i lov eller forskrift. Kommentarene gir altså en fortolkning av lovbestemmelsene.

## Forholdet til annet lovverk

Helsepersonelloven er bare én av mange lover som regulerer plikter, rettigheter, ansvar og organisering i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonelloven regulerer først og fremst *helsepersonells* plikter og ansvar.

Bestemmelser om ansvar, plikter og organisering for *virksomheter* i helsetjenesten, dvs. bestemmelser på systemnivå, finner vi i tjenestelovene; helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Også helseforetaksloven og helseregisterloven regulerer plikter og ansvar på systemnivå.

En rekke av helsepersonellovens og tjenestelovenes pliktbestemmelser reflekterer eller henviser til rettighetsbestemmelser for pasienter, brukere og pårørende som finnes i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder for eksempel helsepersonells informasjonsplikt etter helsepersonelloven § 10 som gjenspeiler pasienters, brukeres og pårørendes krav på informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-5.

Lovverkenes gjenspeiling av og henvisning til hverandre krever at helsepersonell også har en viss kunnskap om og tilgang til andre lovverk enn helsepersonelloven. Lenkene og henvisningene i dette rundskrivet er ment som en hjelp til helsepersonell til å finne fram. Tilgangen til annet regelverk forenkles ved bruk av den elektroniske versjonen av dette rundskrivet, som er tilgjengelig på nettstedet [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Ledere i helsetjenesten skal være oppmerksom på at [internkontrollforskriften](#) § 4 bokstav b) pålegger arbeidsgiver å sikre ansatte tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> [2002.12.20 nr. 1731](#) (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

## Forkortelser

AKN	Apotekklagenemnda
HPN	Statens helsepersonellnemnd
Nav	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NOKUT	Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen
NPE	Norsk pasientskadeerstatning
NPR	Norsk pasientregister
PPT/PP-tjenesten	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
REK	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning
Rt.	Retstidende
SAFH	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

## Lover

Alfabetisk oversikt over lover det henvises til i rundskrivet med lenker til de fullstendige lovtekstene på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no).

Alternativ behandling	<a href="#"><u>LOV 2003-06-27 nr 64: Lov om alternativ behandling av sykdom mv.</u></a>
Apotekloven	<a href="#"><u>LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek</u></a>
Arbeidsmiljøloven	<a href="#"><u>LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.</u></a>
Arkivloven	<a href="#"><u>LOV 1992-12-04 nr 126: Lov om arkiv</u></a>
Barnelova	<a href="#"><u>LOV 1981-04-08 nr 07: Lov om barn og foreldre</u></a>
Barnevernloven	<a href="#"><u>LOV 1992-07-17 nr 100: Lov om barneverntjenester</u></a>
Forvaltningsloven	<a href="#"><u>LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker</u></a>
Helse- og omsorgstjenesteloven	<a href="#"><u>LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</u></a>
Helse- og sosialberedskapsloven	<a href="#"><u>LOV 2000-06-23 nr 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap</u></a>
Helseforskningsloven	<a href="#"><u>LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning</u></a>
Helsepersonelloven	<a href="#"><u>LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.</u></a>
Helseregisterloven	<a href="#"><u>LOV 2001-05-18 nr 24: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger</u></a>
Helsetilsynsloven	<a href="#"><u>LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten</u></a>
Kommuneloven	<a href="#"><u>LOV 1992-09-25 nr 107: Lov om kommuner og fylkeskommuner</u></a>
Legemiddeloven	<a href="#"><u>LOV 1992-12-04 nr 132: Lov om legemidler m.v.</u></a>
Markedsføringsloven	<a href="#"><u>LOV 2009-01-09 nr 02: Lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår mv.</u></a>
Offentleglova	<a href="#"><u>LOV 2006-05-19 nr 16: Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd</u></a>
Pasient- og brukerrettighetsloven	<a href="#"><u>LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter</u></a>
Pasientskadeloven	<a href="#"><u>LOV 2001-06-15 nr 53: Lov om erstatning ved pasientskader mv.</u></a>



Personopplysningsloven	<a href="#"><u>LOV 2000-04-14 nr 31: Lov om behandling av personopplysninger</u></a>
Psykisk helsevernloven	<a href="#"><u>LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern</u></a>
Smittevernloven	<a href="#"><u>LOV 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer</u></a>
Spesialisthelsetjenesteloven	<a href="#"><u>LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.</u></a>
Straffegjennomføringsloven	<a href="#"><u>LOV 2001-05-18 nr 21: Lov om gjennomføring av straff mv.</u></a>
Straffeloven	<a href="#"><u>LOV 1902-05-22 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov</u></a>
Straffeprosessloven	<a href="#"><u>LOV 1981-05-22 nr 25: Lov om rettergangsmåten i straffesaker</u></a>
Svalbardloven	<a href="#"><u>LOV 1925-07-17 nr 11: Lov om Svalbard</u></a>
Tannhelsetjenesteloven	<a href="#"><u>LOV 1983-06-03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten</u></a>
Tvisteloven	<a href="#"><u>LOV 2005-06-17 nr 90: Lov om mekling og rettergang i sivile tvister</u></a>
Umyndiggjørelsesloven	<a href="#"><u>LOV-1898-11-28: Lov om Umyndiggjørelse</u></a>
Universitets- og høyskoleloven	<a href="#"><u>LOV 2005-04-01 nr 15: Lov om universiteter og høyskoler</u></a>
Vegtrafikkloven	<a href="#"><u>LOV 1965-06-18 nr 04: Vegtrafikklov</u></a>
Vergemålsloven	<a href="#"><u>LOV 2010-03-26 nr 09: Lov om vergemål</u></a>

# Helsepersonelloven med kommentarer

## Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner

### § 1. Lovens formål

**Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.**

Kommentarer til § 1:

Lovens formål er tredelt: Den skal bidra til sikkerhet for pasienter, til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og den skal danne grunnlaget for befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. For at lovens formål skal oppfylles, må helsepersonell innrette seg i samsvar med lovens krav.

Bestemmelsen pålegger ikke helsepersonell særskilte rettigheter eller plikter, men gir veiledning om hvilke hensyn og momenter som er relevante ved tolkning og utfylling av de øvrige bestemmelsene i loven.

## § 2. Lovens virkeområde<sup>3</sup>

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

I den utstrekning Kongen bestemmer i forskrift, gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøyer i arbeid på norsk kontinentalsokkel og på norsk redningsansvarsområde.

Kommentarer til § 2:

**Første ledd** fastslår lovens personelle, saklige og stedlige virkeområde; dvs. hvem som omfattes av loven, hvilke handlinger som omfattes og hvor loven gjelder.

Loven omfatter primært helsepersonell, men enkelte bestemmelser omfatter virksomheter som yter helsehjelp, for eksempel §§ 16, 32 tredje ledd, 33 fjerde ledd og 39 andre ledd. Hvem som er helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 3 første ledd, mens begrepet helsehjelp er definert i § 3 tredje ledd.

Loven gjelder all yrkesutøvelse der man opptrer i kraft av å være helsepersonell. Loven gjelder uansett helsepersonellens profesjonstilhørighet eller helsehjelpens art. Den gjelder også uavhengig av hvilken del av helse- og omsorgstjenesten helsepersonellet arbeider i, om det er i offentlig eller privat regi eller om arbeidet er fast eller leilighetsvis. Loven gjelder også for helsepersonell i bedriftshelsetjeneste, men særskilt i forhold til taushetsplikt er det viktig å være oppmerksom på at taushetsplikten overfor arbeidsgiver er avhengig av om helsepersonellet yter helsehjelp eller opptrer som sakkyndig, rådgiver eller lignende for arbeidsgiver.<sup>4</sup>

Helsepersonelloven omfatter videre alle som yter tjenester etter den nye helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2012. jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Det gjelder også personell som ikke er autorisert eller yter tjenester som er helsehjelp. Unntatt er personer som mottar omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, jf. forskrift om helsepersonellovens anvendelse § 1<sup>5</sup>.

Begrepet "yrkesutøvelse" må ikke tolkes for snevert, det er ment å dekke helsepersonells handlinger og unnløstelser som helsepersonell utfører i kraft av å være helsepersonell, og kan også omfatte helsepersonells handlinger og unnløstelser i private sammenhenger. For eksempel vil taushetsplikten kunne omfatte opplysninger man får tilgang til utenfor tjenesteforholdet såfremt helsepersonellet får opplysningene i egenskap av å være helsepersonell. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp kan også oppstå utenom arbeidssituasjon.

Også handlinger som ikke faller inn under begrepet helsehjelp, men som utføres i kraft av å være helsepersonell vil kunne omfattes. I en konkret sak vurderte Statens helsepersonellnemnd (HPN) at kosmetisk behandling uten medisinsk indikasjon utført av

<sup>3</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 2:

[2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

<sup>4</sup> Helsedirektoratet brev ref. 2008/9451

<sup>5</sup> [FOR 2011-12-16 nr 1393](#): (HOD) Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

helsepersonell, falt innenfor helsepersonellovens virkeområde. Saken gjaldt omsorgsarbeider som hadde anvendt laserbehandling til hårfjerning i ansiktet. Et avgjørende moment var at betjening av laserapparat for hårfjerning var forbeholdt helsepersonell, jf. daværende strålevernforskrift § 40.<sup>6</sup>

Helsepersonelloven gjelder også når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell. Dette gjelder selv om den alternative behandlingen innebærer bruk av metoder som i all vesentlighet vanligvis anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette følger av alternativ behandlingsloven § 2 femte ledd. Når autorisert helsepersonell yter alternativ behandling vil pasienten kunne ha forventninger om at de regler som gjelder for helsepersonell også gjelder for alternativ behandling. Det vil særlig være tilfelle der behandleren benytter helsepersonelltittelen eller fremhever sin bakgrunn som helsepersonell i markedsføringen.<sup>7</sup>

Helsepersonell som i sitt arbeid utfører oppgaver som ikke er helsehjelp, jf. § 3 tredje ledd, vil i begrenset grad være omfattet av loven. For eksempel vil helsepersonell som arbeider for tilsynsmyndighetene eller i helseadministrasjon ikke omfattes av kravet til faglig forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven § 4, siden de ikke yter helsehjelp. Det understrekes imidlertid at autorisert helsepersonells handlinger utenfor yrkesutøvelsen også vil kunne rammes av helsepersonellovens reaksjonsbestemmelser i kapittel 11, for eksempel dersom helsepersonell gjør seg skyldig i alvorlig straffbare forhold. Dette er begrunnet ut fra lovens formål om at befolkningen skal kunne ha tillit til helsepersonell og helsetjenesten.

Loven gjelder "i riket", dvs. den omfatter alt helsepersonell og som yter helsehjelp i riket, uavhengig om vedkommende er norsk statsborger eller hvor lenge vedkommende oppholder seg i Norge. Loven gjelder også helsepersonell fra EØS-land som har norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning eller rett til midlertidig å utøve yrke som helsepersonell i Norge, jf. forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land §§ 3 og 20.

I **andre ledd** er Kongen derfor gitt hjemmel til å fastsette forskrift om helsepersonellovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Det er hittil ikke gitt slik forskrift, og helsepersonelloven er derfor i prinsippet ikke gjeldende for Svalbard. Helse- og omsorgstjenester til den norske bosetningen og til besøkende på Svalbard ivaretas av sykehuset i Longyearbyen som er en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Fylkesmannen i Troms fører tilsyn med sykehuset etter alminnelige standarder i norsk helselovgivning.

**Tredje ledd** er hjemmel for å gi forskrift om og i hvilken utstrekning loven skal gjelde for norske skip i utenriksfart, sivile norske luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel og i norsk redningsansvarsområde. Forskriftshjemmelen er anvendt til å gi forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften).

Kongen er også gitt kompetanse til å bestemme i hvilken grad loven skal gjelde i norsk redningsansvarsområde. Dette området strekker seg utover territorialgrensen. I redningsansvarsområdet har Norge gjennom internasjonale konvensjoner (IMO- og ICAO-konvensjonene) forpliktet seg til å yte redningstjeneste med tilgjengelige ressurser.

Spørsmål om helsepersonellovens rekkevidde utenfor Norge har dessuten vært reist blant annet i forbindelse med norsk helsepersonell som yter helsehjelp via netthelsetjenester som er etablert i utlandet, i forbindelse med helseinstitusjoner etablert i utlandet av norske eiere og for norske pasienter, for eksempel sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjoner, og i

---

<sup>6</sup> [HPN 2010-119](#)

<sup>7</sup> [HPN 2006-108](#)

forbindelse med norsk helsepersonell som yter humanitær bistand til utlandet gjennom norske organisasjoner.

Løsningene etter gjeldende rett må bero på en konkret vurdering av den enkelte situasjon, selv om det generelle utgangspunktet er at helsepersonell som oppholder seg og yter helsetjenester til pasienter som oppholder seg i utlandet, ikke vil falle inn under helsepersonellovens virkeområde. Imidlertid kan helsepersonells yrkesutøvelse i utlandet få betydning for senere vurdering av tildeling og tilbakekall av norsk autorisasjon mv.

Enkelte spørsmål knyttet til grenseoverskridende netthelsetjenester er blitt behandlet i en juridisk betenkning fra 2007 vedrørende bruk av moderne former for telekommunikasjon.<sup>8</sup> Se nærmere omtale under kommentarene til helsepersonelloven § 3.

---

<sup>8</sup> [Betenkning vedrørende bruk av moderne former for telekommunikasjon, Aslak Syse \(23. juli 2007\)](#)

### § 3. Definisjoner<sup>9</sup>

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49
2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes.

Kommentarer til § 3:

Denne bestemmelsen inneholder definisjoner på noen sentrale begreper som anvendes i loven; helsepersonell, helsehjelp og helseinstitusjon.

**Første ledd** definerer helsepersonell.

**Første ledd nr.1.** Helsepersonell er for det første personell som har autorisasjon eller lisens etter reglene helsepersonelloven §§ 48-49, se kommentarene til disse bestemmelsene.

**Første ledd nr. 2.** Videre regnes personell i helse- og omsorgstjenesten og apotek som ikke har autorisasjon eller lisens, som helsepersonell når de yter helsehjelp. Her er det tilknytningsforholdet til helse- og omsorgstjenesten eller apotek i kombinasjon med ytelsen av helsehjelp som avgjør om personellet faller inn under definisjonen. Begrepet helse- og omsorgstjenesten er ikke definert i helsepersonelloven. Begrepet omfatter virksomhet i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten slik disse er definert i tjenestelovene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d.

Hvorvidt personell uten autorisasjon og lisens faller inn under helsepersonellbegrepet, må likevel vurderes konkret etter stillingens og oppgavens karakter. Intensjonene tilsier at personell i helse- og omsorgstjenesten som har pasientkontakt må innrette sin yrkesutøvelse som helsepersonell, dvs. etter kravene til forsvarlighet mv. Sosionomer og barnevernspedagoger vil kunne være helsepersonell når de utfører pasientrettet, klinisk arbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten. Eksempler på annet personell som vil kunne omfattes, er medisinske fysikere i sykehus, ufaglært personell eller andre som med spesiell kompetanse eller etter opplæring yter helsehjelp.

<sup>9</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 3:  
[2008.10.08 nr 1130](#): (HOD) Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits  
[2011.12.16 nr 1254](#): (HOD) Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Personell i apotek som ikke har autorisasjon eller lisens, er også omfattet av helsepersonellbegrepet dersom de utfører helsehjelp. Apotek er definert i apotekloven § 1-3. Der apotekpersonell utfører tjenester som innebærer individrettet oppfølging eller behandlingstilbud, vil dette kunne være helsehjelp. Slike tjenester må være basert på kunnskap om den aktuelle pasienten. Videre må den inneholde en individuell faglig vurdering som er av kvalifisert handlingsrettet karakter. Generell veiledning og informasjon til kunden om et legemiddel vil typisk være å anse som produktinformasjon og ikke som helsehjelp. Det vises til ytterligere informasjon i rapporten Helsehjelp i apotek.<sup>10</sup>

Når frivillige organisasjoner, for eksempel Røde Kors, driver tjenester med karakter av helsehjelp etter avtale med helse- og omsorgstjenesten og tjenestene er en del av det planlagte helsetilbud til befolkningen, er disse en del av helse- og omsorgstjenesten. Eventuelt uautorisert personell som yter helsehjelp som ledd i disse tjenestene, vil være omfattet av helsepersonelloven.<sup>11</sup>

Personell i helse- og omsorgstjenesten som typisk ikke yter helsehjelp og som derfor ikke omfattes av helsepersonellbegrepet, er blant annet rengjøringspersonale, transportører og sjåførere. For barnehagepersonell, lærere og andre som bistår barnehagebarn, elever mv. med praktisk hjelp til håndtering av legemidler gjelder rundskriv om håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning 1-5/2008.

**Første ledd nr. 3.** Elever og studenter regnes også som helsepersonell når de i forbindelse med helsefaglig opplæring, for eksempel praksisperioder, yter helsehjelp. Når helsefaglige elever/studenter er ansatt i helse- og omsorgstjenesten for å yte helsehjelp, for eksempel som sommervikarer eller ekstravakter, vil de faller inn under § 3 første ledd nr. 2, jf. ovenfor.

**Andre ledd.** Departementet kan bestemme at hele loven eller enkeltbestemmelser skal gjelde for personell som ikke er omfattet av første ledd. Departementet har gitt forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land. Se omtale under helsepersonelloven § 65a.

**Tredje ledd** definerer begrepet helsehjelp. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Med forebygging menes tiltak som tar sikte på å forebygge at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemming oppstår.

Med diagnostisering menes de tiltak som, basert på pasientens sykehistorie og objektive funn, foretas for å fastslå pasientens sykdom.

Helsehjelp med behandlende formål (terapeutisk) tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og således endring i pasientens helsesituasjon, både somatisk og psykisk. Også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, omfattes av begrepet helsehjelp. Likeledes faller utprøvende eller eksperimentell behandling under begrepet.

Helsebevarende hjelp innebærer å holde pasienten så frisk som mulig og hindre at tilstanden forverrer seg eller å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie. Også helse- og omsorgstjenester som ikke tar sikte på forandring, for eksempel til personer med fysiske eller psykiske varige funksjonshemninger, er helsehjelp. Dette vil typisk være

<sup>10</sup> Helsedirektoratets rapport Helsehjelp i apotek (2009), kapittel 2

<sup>11</sup> [Helsedirektoratets brev jnr. 10/5825](#)

tilfelle for personer med kroniske lidelser. For disse personene er det viktig at de sikres helsehjelp som kan bidra til å holde lidelsen i sjakk og til å leve så normalt som mulig.

Formålet med handlingen kan videre være rehabilitering eller habilitering, det vil si gjenoppretting av tapte funksjoner etter sykdom eller skade og oppbygging av manglende funksjoner hos utviklingshemmede.

Med pleie og omsorg menes blant annet hjelp til å opprettholde et best mulig liv til tross for sykdom, funksjonssvikt eller alderdom.

Også abortingrep, uttak av organer for transplantasjon og blodgivning omfattes av begrepet helsehjelp.

Hvorvidt netthelsetjenester faller inn under definisjonen av helsehjelp er behandlet i en [juridisk betenkning fra 2007 vedrørende bruk av moderne former for telekommunikasjon](#)<sup>12</sup>. For at noe skal framstå som helsehjelp må rådgivningen være individuelt tilpasset, av handlingsrettet karakter og basert på informasjon som pasienten gir fra seg. Rammene for virksomheten (krav og tilbud om profesjonell hjelp), betalingsordninger og hvilke tjenester som konkret blir tilbudt, vil også være viktige momenter i den helhetsvurderingen som må foretas. Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene som ytes er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter vedrørende informasjon, journalføring mv. overholdes av helsepersonellet.

Sakkyndig virksomhet på oppdrag fra tredjepart, for eksempel domstoler, fylkesnemnder, forsikringsselskap, arbeidsgiver, Nav mv., faller som hovedregel utenfor helsehjelpsbegrepet.

Alternativ behandling faller også utenfor helsehjelpsbegrepet. Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell, se [alternativ behandlingsloven § 2 tredje ledd](#). Som nevnt i kommentarene til helsepersonelloven § 2 vil imidlertid helsepersonelloven gjelde når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell. Det gjelder selv om den alternative behandlingen innebærer bruk av metoder som i all vesentlighet vanligvis anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette følger av alternativ behandlingsloven § 2 femte ledd.

Ytelser fra barnevernstjenesten, PP-tjenesten og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen faller også utenfor helsehjelpsbegrepet.

**Fjerde ledd første punktum** definerer begrepet helseinstitusjon. Helseinstitusjon er i denne loven definert som institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Dette vil derfor omfatte institusjoner både innen somatikk, psykisk helsevern og behandling for rusmiddelmissbruk, og offentlige så vel som private institusjoner.

I **fjerde ledd andre punktum** har departementet hjemmel til å fastsette forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes av begrepet. Slike bestemmelser er gitt i [forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 2](#).<sup>13</sup> Der regnes sykehjem og døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp som helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

---

<sup>12</sup> [Betenkning vedrørende bruk av moderne former for telekommunikasjon, Aslak Syse \(23. juli 2007\)](#)

<sup>13</sup> [FOR-2011-12-16-1254](#): (HOD) Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon



## Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

### § 4. Forsvarlighet<sup>14</sup>

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

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#).

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Kommentarer til § 4:

Helsepersonelloven § 4 er en sentral bestemmelse i helseretten. Bestemmelsen stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og til helsepersonells profesjonsutøvelse. Den er grunnlag for de vurderinger som gjøres i tilsynssaker mot helsepersonell.

Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikt helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet, se [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#) og [tannhelsetjenesteloven § 1-3a](#). Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Se nærmere om dette under kommentarene til helsepersonelloven § 16. Det vises også til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv [I-2/2013 Lederansvaret i sykehus](#).

**Første ledd** stiller krav til helsepersonell om å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at rettsregelens innhold kan variere over tid, og ikke knytter avgjørelsen til bestemte og entydige kriterier,

<sup>14</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 4:

[2000.12.21 nr 1386](#): (HOD) Forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalgesi ved tannbehandling.

[2000.12.21 nr 1387](#): (HOD) Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk kirurgiske inngrep.

[2005.02.04 nr 0080](#): (HOD) Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften).

[2005.03.18 nr 0252](#): (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

[2008.03.07 nr 0222](#): (HOD) Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

men gir anvisning på en bestemt målestokk til bruk ved bedømmelsen. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Begrepets innhold varierer derfor med faglig utvikling, verdioppfatninger og lignende. Det er ikke et absolutt krav om at en skal gjøre alt som er mulig å gjøre for den enkelte pasient, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk.

Hva som skal til for at et helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig, skal bedømmes ut fra det en kan forvente på bakgrunn av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Med kvalifikasjoner siktes det til både formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helsefaglig utdanning, tilleggstudanning og erfaring. Fag- og yrkesorganisasjoners normer og yrkesetiske regler vil også være veiledende for hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos de respektive helsepersonellgrupper. Videre må forventninger knyttes til innholdet i den enkelte helsepersonellgruppes utdanning og til kravene til autorisasjon mv. Autorisasjon, lisens, grenselisens og spesialistgodkjenning stiller visse krav til utdanning mv., og bidrar til å sikre at grupper av helsepersonell har særskilt kyndighet for yrkesutøvelse innen sine områder, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig til at det enkelte autoriserte helsepersonell er kvalifisert til å utføre en bestemt oppgave i enhver sammenheng. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte helsepersonell vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner eller om pasienten bør viderehenvises, eventuelt spesialistkompetanse innhentes. Forventningene til handlemåte vil være annerledes for en erfaren spesialist enn til helsepersonell med kort tids erfaring.

Hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner vil dessuten variere med den konkrete situasjon, dvs. med arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det sentrale er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. De forutsetninger og handlingsalternativer som helsepersonellet har i den konkrete situasjon vil kunne medføre modifikasjoner i forsvarlighetskravet. Det innebærer blant annet en avgrensning mot forhold som helsepersonellet ikke har herredømme over eller kan lastes for, for eksempel fordi det skyldes en systemsvikt. Det innebærer også at helsepersonell ikke kan anses å opptre uforsvarlig når de yter helsehjelp ut over området for egne kvalifikasjoner, dersom det ville innebære en uforsvarlig unnlattelse eller en uforsvarlig handling *ikke* å yte helsehjelpen.

En rekke momenter kan trekkes inn i den konkrete vurderingen av hva som kan anses å være forsvarlig opptreden fra helsepersonellens side:

Det må vurderes om vedkommende har innrettet yrkesutøvelsen etter sine faglige begrensninger og om vedkommende har holdt seg tilstrekkelig oppdatert på det fagfeltet vedkommende beveger seg på.

Videre kan det utstyret, de legemidler og det personell osv. som helsepersonellet har hatt til rådighet, få betydning for bedømmelsen av forsvarligheten. Dersom bruken av teknisk utstyr eller legemidler i den konkrete situasjonen utgjør en risiko for feil, må det foretas en avveining mot de fordeler som kan tenkes oppnådd ved bruk av utstyret. Dersom nødvendige hjelpemidler ikke er tilstede, kan forsvarlig handlemåte være å overføre pasienten til et alternativt behandlingssted med bedre forutsetninger for å yte helsehjelpen.

Forsvarligheten bedømmes videre ut fra om det er innhentet samtykke til helsehjelp fra pasienten og hvilken informasjon han/hun har fått, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) §§ 4-1 og 3-2. Samtykke er hovedregelen for all ytelse av helsehjelp. Gyldig samtykke forutsetter at pasienten forstår hva han/hun gir samtykke til, dvs. at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon om diagnosen og helsehjelpen. Hvor inngående informasjonen må

være, beror på en skjønnsmessig avveining. Unnlattelse av å innhente samtykke eller å gi pasienten opplysninger på en måte som pasienten kan forstå og nyttiggjøre seg, kan være uforsvarlig. For eksempel kan manglende informasjon om legemiddelbruk og bivirkninger som pasienten skal være oppmerksom på, få fatale følger. Kravet til informasjon og samtykke skjerpes ved utprøvende og eksperimentell behandling.

Videre forventes det at helsepersonellet innhenter tilstrekkelige opplysninger fra og om pasienten før det gis helsehjelp. Forsvarlig diagnostisering vil for eksempel primært bero på om tilstrekkelige og adekvate tiltak er satt i verk for å stille diagnosen, herunder om tilstrekkelige opplysninger er innhentet, og ikke på om det er stilt riktig diagnose. Dersom det settes i verk omfattende inngrep på usikker indikasjon, vil dette øke kravet til innhenting av opplysninger og utredning før behandling iverksettes.

Forsvarlig yrkesutøvelse innebærer også at helsepersonell ikke utnytter det avhengighetsforhold som kan oppstå mellom pasient og helsepersonell. Helsepersonell har ansvar for å skille mellom private og profesjonelle relasjoner.

Forsvarlighet forutsetter som utgangspunkt videre at helsepersonellet holder seg til anerkjente og utprøvde metoder for helsehjelp. Hva som ligger innenfor det forsvarlige, vil bero på pasientens helsetilstand og hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige. Hovedkravet til forsvarlig behandling er at den metoden som anvendes er egnet til å gi kurativ eller lindrende effekt. Valg av behandlingsmetoder beror på faglig skjønnsmessig avveining. Viktige hensyn vil være pasientens sykdom, alder, allmenntilstand, inngrepets omfang og behandlingsutsikter.

I denne forbindelse er det viktig å merke seg at helsepersonelloven kommer til anvendelse når alternativ behandling utøves av autorisert helsepersonell eller innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette følger av [alternativ behandlingsloven](#) § 2 femte ledd. Helsepersonell som utøver alternativ behandling vil altså bli bedømt etter de krav til faglig forsvarlighet som følger av helsepersonelloven.

Behandlingens skadepotensial vil også være et moment i forsvarlighetsbedømmelsen. Jo større risiko for skade, desto større krav til forsvarlig utøvelse. Forsvarligheten må bedømmes ut fra helsepersonellens mulighet til å forstå skaderisikoen, samt hvilke handlingsalternativ vedkommende hadde i den konkrete situasjonen

De generelle rammebetingelser som helsepersonellet er bundet av, vil også påvirke vurderingen av forsvarligheten. Kompetanse, utstyr og ressurser for øvrig må tas i betraktning og kan begrense omfanget av den helsehjelpen som kan ytes forsvarlig. Der ressursene er begrenset kan viderehenvisning, for eksempel til et større sykehus, være den forsvarlige handlemåten

Den tiden helsepersonellet har til rådighet er også relevant for forsvarlighetsbedømmelsen, for eksempel vil helsepersonell ofte måtte handle raskt for å hindre at skade eller akutt sykdomstilstand medfører alvorlig fare for pasientens liv eller helse. I en slik situasjon skal det mer til for at feil fra helsepersonellens side vil anses som uforsvarlig. Helsepersonellet har likevel en selvstendig plikt til å unngå for stort tidspress; det kan for eksempel innebære at en fastlege må henvise pasienter til annen lege.

Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker vedkommendes personlige integritet. Konkret gir dette seg uttrykk i måten helsepersonell opptrer overfor og kommuniserer med pasienten, så vel som med pasientens pårørende<sup>15</sup>. Plikten til omsorgsfull hjelp vil kunne overlappe med

---

<sup>15</sup> [HPN 2008-103](#) og [2008-161](#)

forsvarlighetskravet, da det kan være uforsvarlig ikke å opptre omsorgsfullt overfor en pasient. Noen tjenester og helsehjelpssituasjoner kan kreve en særlig respekt og omsorg for at behandlingen eller pleien skal kunne anse å være forsvarlig.

På samme måte som forsvarlighet, bedømmes omsorgsfullhet på grunnlag av hva som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

For eksempel vil forventningene til samhandling og kommunikasjon med pasienten kunne være mindre i en øyeblikkelig hjelp-situasjon enn i en planlagt helsehjelpssituasjon, og vurderingen av om hjelpen ble gitt på en omsorgsfull måte kan bli ulik i de to situasjonene.

Forventningene vil også kunne være ulike avhengig av helsepersonellens rolle eller arbeidsoppgaver. Noen pasientgrupper vil i større grad enn andre være prisgitt helsepersonellens behandling og pleie, og for personellgrupper som er i befatning med disse pasientgruppene det vil det kunne kreves at det utvises en særlig respekt og omsorg for at helsehjelpen skal vurderes som omsorgsfull. Kravet kan også ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenestens plikt til å tilrettelegge for et verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b) og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje ledd.

**Andre ledd første punktum** forutsetter at helsepersonell innhenter nødvendig bistand og vidre henviser pasienter der egne kvalifikasjoner ikke strekker til.

Mange metoder og behandlingsformer krever medisinsk kyndighet og kravet til forsvarlighet tilsier da at annet helsepersonell henviser til leger, eventuelt med spesialistkompetanse, for å diagnostisere, undersøke og behandle pasienten.

Bestemmelsen utelukker ikke at helsepersonell uten autorisasjon eller nødvendig fagkompetanse kan gå utover sin kompetanse i nødssituasjoner, for eksempel ved å forsøke å gi livreddende helsehjelp. Det kan neppe sies at forsøk på å redde pasientens liv kan medføre alvorlig helserisiko - alternativet blir ikke å forsøke livreddende hjelp. Dette er i overensstemmelse med alminnelige nødrettsbetraktninger og den interesseavveining som da finner sted.

**Andre ledd andre punktum** krever at yrkesutøvelsen skjer ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Dersom det er nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet og for å gi pasienten et adekvat og helhetlig tjenestetilbud, skal helsepersonell samarbeide om pasientbehandlingen. Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e som pålegger kommunene og de regionale helseforetakene å legge til rett for samhandling og samarbeid.

**Andre ledd tredje punktum** pålegger helsepersonell å delta i arbeidet med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Plikten til å delta i arbeidet med individuell plan er særlig viktig for å ansvarliggjøre helsepersonell som ikke har noen tilknytning til kommune eller regionalt helseforetak gjennom driftsavtaler mv., som for eksempel privatpraktiserende kiropraktorer. Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonells plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan i helsepersonelloven § 38a.

**Tredje ledd** presiserer at leger og tannleger skal ta beslutninger i medisinske og odontologiske spørsmål når de samarbeider med annet helsepersonell om undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Hensikten er at den som har de beste faglige kvalifikasjoner tar beslutningen når flere personellgrupper virker sammen og å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger fattet av personell med bedre faglige forutsetninger.

Det vil være leger som bestemmer behandlingsregimet ved sykehusinnleggelse, og herunder tar avgjørelser om operative inngrep, medikamentell behandling, bruk av anestesi, og andre undersøkelses- og behandlingsformer som krever medisinsk kyndighet. Andre tilfeller der det kan tenkes at legen bør ha et særskilt beslutningsansvar, kan være nødretts-situasjoner der flere typer helsepersonell blir stilt overfor en felles oppgave. Kravet om at legen tar beslutninger i medisinske spørsmål, utelukker imidlertid ikke at annet helsepersonell kan utføre enkel diagnostikk og ta beslutninger om pleie og omsorg.

Bestemmelsen om at leger og tannleger tar beslutninger i medisinske og odontologiske spørsmål gjelder kun i konkrete behandlingssituasjoner, og regulerer ikke spørsmål av mer organisatorisk karakter, som for eksempel ledelse. Normalt tas det sikte på situasjoner der samarbeid mellom lege/tannlege og annet helsepersonell foregår innen en organisatorisk ramme. Dersom for eksempel sykehusavdelinger er organisert med ulike faggrupper på ulike avdelinger, er utgangspunktet at en lege ikke kan disponere personell på andre avdelinger, uten at dette eventuelt fremgår av stillingsinstrukser og organisasjonskart innen det enkelte sykehus. Her vises for øvrig til spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 og rundskriv om lov om spesialisthelsetjenester<sup>16</sup>.

På samme måte som helsepersonell ikke plikter å rette seg etter instruksjoner fra arbeidsgiver eller andre som kan innebære lovbrudd, plikter helsepersonell heller ikke å rette seg etter instruksjoner fra leger dersom instruksene er ulovlige eller uforsvarlige.

**I fjerde ledd** har departementet fått hjemmel til å gi forskrifter om at visse behandlingsmetoder bare kan utøves av nærmere angitt personell som har gjennomgått særskilt opplæring. Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet gitt enkelte forskrifter om kvalifikasjonskrav, bl.a. i forbindelse med kosmetisk kirurgi. Se første fotnote til denne paragrafen.

---

<sup>16</sup> Planlagt publisert våren 2013. Se [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## § 5. Bruk av medhjelpere

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.

Kommentarer til § 5:

Adgangen til å benytte medhjelpere følger av den handlefrihet man som profesjonsutøver har til å utøve virksomhet innen eget fagområde. § 5 stiller som vilkår for å overlate oppgaver til andre at dette er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Bestemmelsen plasserer ansvaret for kontroll og tilsyn med medhjelperen hos den som har overlatt oppgaven til vedkommende.

§ 5 har først og fremst betydning når et helsepersonell har behov for å overlate oppgaver til annet personell utenfor rammen av vedkommendes stillingsbeskrivelse eller den ordinære arbeidsfordelingen i virksomheten. Den som får oppgaven kan være helsepersonell, så vel som annet personell.

Adgangen til å benytte medhjelpere gjelder uavhengig av organisatoriske grenser. I enkelttilfeller kan helsepersonell overlate oppgaver til personer som ikke er underlagt samme arbeidsgiver som helsepersonellet selv. Helsepersonell på utrykning kan for eksempel bruke personer på et ulykkessted som medhjelpere.

**Første ledd første punktum** forutsetter at helsepersonell bare overlater en oppgave til annet personell når dette er forsvarlig ut fra oppgavens art og kvalifikasjonene til den som får oppgaven.

Om det er forsvarlig å overlate oppgaven til en annen, skal bedømmes ut i fra kvalifikasjonene til den man overlater oppgaven til. Det forutsettes at vedkommende har de nødvendige kvalifikasjonene til å utføre oppgaven forsvarlig, selv om vedkommende ikke har formelle kvalifikasjoner. Det presiseres at helsepersonell fortsatt har et selvstendig ansvar for å opptre faglig forsvarlig også når de benyttes som medhjelpere. I dette ligger blant annet at den som får en oppgave tildelt som medhjelper, må foreta en selvstendig vurdering av om han/hun har tilstrekkelige kvalifikasjoner til at det er forsvarlig å påta seg oppgaven.

Den som har fått tildelt en oppgave som medhjelper, kan ikke gi oppgaven videre til annet personell. Det åpnes m.a.o. ikke for videretildeling. Denne begrensningen skal hindre uklare ansvarsforhold.

Helsepersonellet kan overlate oppgaver som vedkommende selv, på bakgrunn av utdanning, stilling eller lovbestemte forhold, har kvalifikasjoner til å utføre. Helsepersonell kan med andre ord ikke overlate til en medhjelper å utføre oppgaver på vegne av seg når vedkommende selv ikke har nødvendige faglige og formelle kvalifikasjoner på det aktuelle området. Dette henger sammen med at den som overlater oppgaven skal kunne føre forsvarlig kontroll og tilsyn med medhjelperen.

Videre skal oppgavetildeling med hjemmel i helsepersonelloven § 5 være personlig. Et helsepersonell kan altså ikke overlate sine oppgaver til en generell gruppe av helsepersonell. Imidlertid kan arbeidsgiver etablere rutiner for hvordan ulike oppgaver skal utføres i en virksomhet, herunder tildele bestemte typer oppgaver til grupper av personell.

**Første ledd andre punktum** presiserer at medhjelpere er underlagt instruksjoner og annet overoppsyn fra det helsepersonellet som har tildelt oppgaven.

Det må sikres at medhjelperen har de nødvendige kvalifikasjoner for å utføre oppgavene han/hun får overlatt til seg på en faglig forsvarlig og adekvat måte (forhåndskontroll). Kontrollen består i å forvisse seg om at medhjelperen har reelle kvalifikasjoner, og at eventuell nødvendig opplæring blir gitt.

Det må videre bli gitt nødvendige instruksjoner og føres et visst tilsyn med medhjelperen (løpende kontroll). Dette innebærer at man er tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis. Det kan også være grunnlag for at det bør foretas en evaluering av oppgavetildelingen i ettertid.

**Andre ledd** presiserer formålet med å benytte elever og studenter som medhjelpere. Elever og studenter skal som regel tildeles oppgaver i læringsøyemed. Det er imidlertid mulighet for at også disse deltar i rutinepregede aktiviteter. Elever og studenter bør gis ekstra oppfølging. Oppfølging og veiledning i praktisk helsehjelp ansees som et viktig bidrag i kvalitetssikring av kvalifikasjoner og dermed også en sikkerhet for pasienter.

## § 6. Ressursbruk

**Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.**

Kommentarer til § 6:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell å unngå unødig ressursbruk og gjelder i alle deler av tjenesten.

Formålet er effektiv utnyttelse av offentlige og private ressurser. Hverken pasienter, helsetjenesten eller trygdesystemet skal bruke unødige ressurser. "Andre" kan være andre offentlige instanser eller private, for eksempel forsikringsselskaper.

Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, og ved ytelse av helsehjelp.

Plikten til å unngå unødig ressursbruk, omfatter ikke bare penger, men også tid. Det innebærer at helsepersonells arbeidstid skal brukes effektivt, og at pasienten ikke må påføres unødig venting eller utsettes for tidsspille som følge av mer intensiv eller langvarige behandling enn nødvendig.<sup>17</sup>

Hva som er unødvendig ressursbruk er gjenstand for en viss grad av skjønn, men hensynet til å begrense ressursbruken må vike for kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp der det måtte oppstå konflikt mellom disse to hensynene.

Der det er faglig uenighet eller tvil om diagnostisering på grunn av usikre symptomer, vil derfor hensynet til faglig forsvarlighet vanligvis måtte gå foran hensynet til å redusere helsetjenestens ressursbruk i vurderingen av om det skal iverksettes ytterligere utredninger og undersøkelser. Dersom uriktig diagnose blir satt på grunnlag av utilstrekkelig utredning og dette utløser trygdeutgifter, har Statens helsepersonellnemnd (HPN) vurdert dette som brudd på § 6. HPN har også vurdert at rekvirering av prøver med manglende relevans kan være brudd på § 6.<sup>18</sup>

Behandling som iverksettes etter en forsvarlig utredning og som er medisinsk indisert, kan i utgangspunktet ikke anses å være unødvendig ressursbruk. Helsepersonellet må imidlertid ta plikten etter § 6 i betraktning, dersom valg av behandlingsmetode i konkrete tilfeller står mellom likeverdige behandlingsmetoder som krever ulik ressursbruk. Det understrekes at ressursbruk ikke vil være det eneste momentet helsepersonellet skal ta hensyn til i valget mellom behandlingsmetoder; et annet moment vil være pasienten egne ønsker, jf. pasientens rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Når behandlingen er iverksatt, forutsettes det at helsepersonell vurderer effekt opp mot ressursbruk. Dette kan være aktuelt i relasjon til legemiddelrekvirering, fysiske behandlinger, sykemeldinger osv. HPN og Statens helsetilsyn har ved flere anledninger fattet vedtak om brudd på helsepersonelloven § 6 fordi helsepersonell har påført trygden unødvendige utgifter til legemidler som ikke har vist ønsket effekt, fordi behandlinger har

---

<sup>17</sup> [HPN 2006-141](#)

<sup>18</sup> [HPN 2006-59](#)



blitt gitt ut over det som har vært medisinsk nødvendig<sup>19</sup> og fordi behandlinger har måttet gjentas pga. grunn av dårlig kvalitet på tidligere behandlinger.

HPN har også fattet vedtak om brudd på § 6 i tilfeller der helsepersonell har påført pasienter og andre tidstap eller utgifter ved å trenere eller unnlate å utlevere journaler mv. til for eksempel Nav, forsikringselskaper eller advokater.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> [HPN 2005-14](#)

<sup>20</sup> [HPN 2010-7](#)

## § 7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

Kommentarer til § 7:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell plikt og rett til å yte øyeblikkelig hjelp. Formålet er å sikre at personer i akutt fare skal få behandling så fort som mulig.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasientens rett til øyeblikkelig hjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b, og tjenestens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp og forsvarlige tjenester også i forbindelse med øyeblikkelig hjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

**Første ledd første punktum** fastslår hvem som har hjelpeplikt, omfanget av hjelpeplikten og vilkåret for at hjelpeplikten skal inntre.

Hjelpeplikten er en personlig plikt for alt helsepersonell og gjelder uansett arbeidssted. En rekke helsepersonell vil som ledd i sine ordinære arbeidsoppgaver eller som følge av instruks eller avtale, være forpliktet til å motta øyeblikkelig hjelp-pasienter. For disse vil § 7 ha mindre selvstendig betydning, da hjelpeplikten uansett følger av ansettelsesforholdet mv. I andre sammenhenger vil plikten imidlertid ha selvstendig betydning, for eksempel for helsepersonell i privat praksis hvor man ikke har avtale om å ta imot øyeblikkelig hjelp-pasienter. For autorisert helsepersonell gjelde hjelpeplikten også i fritiden.

Hvilken helsehjelp det enkelte helsepersonell plikter å gi, vil imidlertid avhenge av vedkommendes kvalifikasjoner og hva som kan forventes på bakgrunn av disse, jf. formuleringen "den hjelp de evner". For noen grupper vil plikten ha liten eller ingen betydning utover den alminnelige hjelpeplikten i straffeloven § 387, fordi de ikke er bedre kvalifisert enn folk flest til å gi den hjelp som er nødvendig.

Vilkåret for at hjelpeplikten skal inntre er at hjelpen er "påtrengende nødvendig". Vilkåret refererer seg både til pasientens helsetilstand, helsepersonellens mulighet til å gi adekvat hjelp og tidsperspektiv. Vilkåret innebærer et visst skjønn.

Både somatiske og psykiske tilstander kan utløse hjelpeplikten. Formuleringen "påtrengende nødvendig" tilsier at det skal ganske mye til for at plikten skal inntre. I vurderingen må det legges vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av en helsetilstand.

Som et alminnelig utgangspunkt vil øyeblikkelig hjelp-plikten gjelde i situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette

og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade og sykdom eller for å gi akutt smertelindring.

Helsehjelp kan også være påtrengende nødvendig av hensyn til andres liv enn pasientens. For eksempel når en pasient er til fare for andre pga. sin psykiske tilstand. I slike tilfeller kan § 7 anvendes som hjemmel for akutt avhjelping av situasjonen. Det er ikke aktuelt å benytte bestemmelsen som hjemmel for tvangsinnleggelse. Da anvendes psykisk helsevernloven. Nødrett kan også være hjemmel for akutte skadeavvergende tiltak.

At hjelpen er "påtrengende nødvendig" innebærer også at den hjelpen som gis, kan ha en effekt på helsetilstanden. Bestemmelsen forplikter altså bare helsepersonellet så langt de har muligheter for å gi adekvat hjelp.

Selv om helsepersonellet ikke kan gi behandling med effekt, vil helsepersonellet fortsatt være forpliktet til faglig forsvarlig og omsorgsfull opptreden etter helsepersonelloven § 4.

Videre innebærer kravet om at hjelpen må være "påtrengende nødvendig" en tidsavgrensning. Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp og faren er over, eller pasienten er døende uten at det kan ytes adekvat hjelp, opphører øyeblikkelig hjelp-plikten. Hjelpeplikten vil derfor gjelde på alle stadier i hendelsesforløpet såfremt det fortsatt foreligger en fare og hjelpen anses påtrengende nødvendig.

**Første ledd andre punktum** pålegger helsepersonell å gi hjelp også dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke eller han/hun motsetter seg helsehjelpen. Helsepersonell kan imidlertid ikke overprøve pasienters rett til å motsette seg helsehjelp med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9. Paragraf 4-9 gir pasienten rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller å avbryte en sultestreik på grunn av alvorlig overbevisning. Videre gir den en døende rette til å motsetter seg livsforlengende behandling som innebærer forlengelse av en pågående dødsprosess. Helsepersonell må i slike tilfeller forsikre seg om at pasienten har fått informasjon og forstår konsekvensene, samt at pasienten er myndig (over 18 år) og har full samtykkekompetanse.<sup>21</sup>

**Andre ledd** pålegger helsepersonell å foreta nødvendige undersøkelser dersom det er tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Med dette menes undersøkelser som ansees nødvendige for å avdekke om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon, og som helsepersonellet er kvalifisert til og i stand til å utføre under de rådende omstendigheter. Undersøkelsesplikten går lenger enn hjelpeplikten.

**Tredje ledd** opphever hjelpeplikten dersom annet kvalifisert personale påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen. Forutsetningen er at den som overtar oppgaven har kvalifikasjoner for å gi helsehjelpen. Et helsepersonell kan med andre ord ikke fritas for hjelpeplikten ved å overlate pasienten til helsepersonell som ikke har faglige kvalifikasjoner til å gi den samme hjelpen som han/hun selv evner. Det kan derimot ikke stilles absolutt krav om at den som påtar seg ansvaret har *like gode* kvalifikasjoner som den som overlater ansvaret. Ved prioritering mellom flere pasienter og bruk av kompetanse kan pasienten overlates til helsepersonell med dårligere kompetanse enn en selv, for eksempel til å bli holdt i live eller for å begrense smerte i påvente av hjelp.

Det ligger i øyeblikkelig hjelp-plikten at hjelpen skal ytes så snart som mulig. Dette tilsier at hjelpeplikten ikke opphører ved at pasienten besluttet overført til annet tjenestenivå, såfremt hjelpen kan ytes av helsepersonellet der pasienten oppholder seg.

---

<sup>21</sup> Se nærmere om pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 i [rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter](#)

## § 8. Pliktmessig avhold<sup>22</sup>

Helsepersonell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Legemidler som er nødvendige på grunn av sykdom, regnes ikke som rusmidler etter første ledd. Helsepersonell som inntar slike legemidler, skal snarest orientere sin arbeidsgiver om dette.

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om:

1. at helsepersonell skal kunne pålegges å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve ved mistanke om overtredelse av første ledd,
2. forbud mot inntak av rusmidler i et nærmere bestemt tidsrom før tjenestetiden begynner, og
3. at helsepersonell skal kunne bli fremstilt for prøvetaking med bistand fra politiet i de tilfellene helsepersonell nekter, eller på annen måte unndrar seg, å avgi prøve.

Kommentarer til § 8:

Bestemmelsen forbyr helsepersonell å innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Formålet er å unngå uforsvarlig yrkesutøvelse og svekket tillit til helse- og omsorgstjenesten.

Misbruk av rusmidler er en vanlig årsak til at tilsynsmyndighetene reiser tilsynssak mot helsepersonell og den vanligste årsaken til tilbakekalling av autorisasjon.<sup>23</sup>

**Første ledd** fastslår at helsepersonell ikke skal innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Med rusmidler menes alle stoffer som gir rus på grunn av sin virkning på hjernen. Disse omfatter alkohol, illegale stoffer (cannabis, amfetamin, heroin, osv.), løsemidler og visse legale hjelpemidler (sovemidler, beroligende midler). Felles for alle er at rusen vil være kjennetegnet av oppstemthet, konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringssvikt, kritikkløshet og endret stemningsleie.<sup>24</sup>

Forbudet gjelder både det å innta og det å være påvirket av rusmidler. Det er altså likegyldig om rusmiddelet er inntatt *før* eller *i* arbeidstiden, dersom helsepersonellet er påvirket i arbeidstiden.

Ved mistanke om at noen er påvirket av rusmidler, vil det være symptomer som ustø gange, uklar tale, lukt av alkohol, sløvet blikk mv. som utløser mistanken. I neste omgang vil det være prøvetaking som forteller om helsepersonellet er påvirket i strid med § 8.

<sup>22</sup> Forskrift med hjemmel i § 8:

[FOR-2012-04-05-400](#): (HOD) Forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell

<sup>23</sup> Se for eksempel [HPN 2010-85](#)

<sup>24</sup> [Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblem 2003-2005](#)

**Andre ledd** bestemmer at nødvendige legemidler i forbindelse med sykdomsbehandling, ikke skal anses som rusmidler. Helsepersonell skal imidlertid snarest varsle arbeidsgiver om slik bruk. Varslingen bør om mulig skje før vedkommende gir helsehjelp.<sup>25</sup>

Med hjemmel i **tredje ledd** har departementet fastsatt nærmere bestemmelser om håndhevingen i [forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell](#).

Forskriften § 1 regulerer tidsrommet for pliktmessig avhold. Det fremgår at helsepersonell ikke skal innta alkohol eller andre rusmidler i et tidsrom av 8 (åtte) timer før arbeidstidens begynnelse.

Med arbeidstiden menes tidsrommet fra helsepersonell i henhold til sin tjenesteplikt skal påbegynne utførelse av slikt arbeid som stillingen krever og til arbeidet er avsluttet. Som arbeidstid regnes også de tidsperioder hvor helsepersonell mot godtgjøring og i henhold til vaktordninger og arbeidsavtaler har forpliktet seg til å møte på arbeid på kort varsel eller til å gi råd og veiledning på telefon eller ved annen form for elektronisk kommunikasjon.

Forskriften § 2 bestemmer at arbeidsgiver eller Fylkesmannen kan pålegge helsepersonell å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøver dersom det foreligger mistanke om at personellet har overtrådt forbudet mot å innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden. Dersom helsepersonellet nekter eller på annen måte unndrar seg, kan politiet anmodes om bistand til å fremstille personellet for prøvetaking.

Det følger også av § 2 at prøvetaking skal foretas av lege, sykepleier eller bioingeniør etter reglene i helsepersonelloven § 12. Paragraf § 12 regulerer i utgangspunktet helsepersonells plikt til å foreta prøver som avlegges på anmodning av politi eller påtalemyndighet i forbindelse med mistanke om straffbare forhold, men gjelder nå altså tilsvarende for rusprøver som avlegges på begjæring av arbeidsgiver eller Fylkesmannen etter forskriften § 2. Se § 12 og kommentarene til denne

I forskriften §§ 3 og 4 heter det at helsepersonellet ikke på noe tidspunkt i løpet av arbeidstiden må ha høyere konsentrasjon av rusmidler i blodet enn 0,2 promille. Villfarelse om rusmiddelkonsentrasjon fritar ikke for administrativ reaksjon eller straff etter helsepersonelloven.

---

<sup>25</sup> [HPN 2010-10](#) er eksempel på reaksjon mot helsepersonell fordi arbeidsgiver ikke ble varslet om helsepersonellets bruk av legemidler

## § 9. Forbud mot gaver m.v. i tjenesten<sup>26</sup>

Helsepersonell må verken på egne eller andres vegne motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte.

Helsepersonell må heller ikke motta fra pasient eller bruker gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke ytelser som er omfattet av første og annet ledd.

Kommentarer til § 9:

Bestemmelsen forbyr helsepersonell å motta gaver mv. som kan påvirke tjenestelige handlinger. Formålet er å sikre at helsepersonell opptrer i tråd med pasientens eller brukerens interesser, og ikke handler ut fra hensynet til egen vinning eller andre utenforliggende hensyn.

Bestemmelsen omfatter alt helsepersonell og alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

Lignende bestemmelser finnes i legemiddelforskriften § 13-7, der det heter at reklame til helsepersonell ikke må være forbundet med utdeling av gjenstander, gaver, tjenester mv. av økonomisk verdi.

**Første ledd** forbyr helsepersonell å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke deres tjenestelige handlinger på en utilbørlig måte.

Bestemmelsen gjelder uavhengig av hvem som gir ytelsen. Det kan være pasienter eller brukere, legemiddelindustrien, forsikringsselskaper eller andre som har interesser i at helsepersonellet handler på en bestemt måte, for eksempel ved avgivelse av attester, sykmeldinger og erklæringer, rekvirering av legemidler eller innkjøp av medisinsk utstyr.

Forbudet omfatter ytelser med økonomisk verdi, så vel som ytelser som ikke har et økonomisk aspekt.

For å rammes av forbudet, kreves at ytelsen "er egnet til å påvirke" helsepersonell. I dette ligger ikke et krav om at helsepersonellet faktisk har blitt påvirket, men bare at ytelsen har en slik karakter at den innebærer en mulighet for påvirkning. Helsepersonellens subjektive vurdering av om ytelsen påvirker dem er altså ikke avgjørende

Videre er det "tjenestelige handlinger" som må påvirkes. Om ytelsen mottas i eller utenfor tjeneste er i prinsippet uten betydning, men det er i første rekke ytelser som gis til helsepersonell i kraft av at de er helsepersonell og som kan påvirke deres handlinger som helsepersonell, som rammes.

Ikke enhver ytelse rammes; ytelsen må være egnet til å påvirke på en "utilbørlig måte". I dette ligger et krav om påvirkning som medfører at helsepersonell kan komme til å

<sup>26</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 9:

[2005.08.29 nr 0941](#): (HOD) Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse.

vektlegge utenforliggende hensyn som fører til usaklig forskjellsbehandling av pasienter eller brukere, urettmessige utstedelser av attester, erklæringer og sykemeldinger, behandling som ikke er helsefaglig begrunnet eller systematisk valg av legemidler fra en bestemt produsent/leverandør selv om det finnes likeverdige (og billigere) produkter fra andre.

Det må foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om en ytelse påvirker utilbørlig. Momenter i en slik vurdering kan være helsepersonellens stilling og fullmakt, ytelsens innhold og økonomiske verdi, hensikt, sammenheng og tidspunkt for ytelsen og om det er åpenhet om den.

Hvem mottakeren av ytelsen er, vil kunne ha betydning. Enkelte helsepersonellgrupper er i større grad enn andre i slike posisjoner at deres tjenestelige handlinger vil kunne påvirkes. En ytelse fra en leverandør av legemidler eller medisinsk utstyr vil for eksempel først og fremst være egnet til å påvirke helsepersonell som er ansvarlig for innkjøp av henholdsvis legemidler og medisinsk utstyr.

Ytelsens innhold vil også være et moment i vurderingen av om den er utilbørlig. Det skal mer til for at ytelser som dyktiggjør helsepersonellet i deres yrkesutøvelse vil være omfattet. Ytelse i form av betaling av reiseutgifter mv. til internasjonale kongresser, forsknings-samlinger og kurs som helsepersonell har et faglig utbytte av, vil i utgangspunktet ikke rammes, mens det motsatte gjelder samlinger der det faglige utbyttet fremstår som lavt.

Videre er ytelsens økonomiske verdi et moment i vurderingen av utilbørligheten. Mindre gaver av typen kulepenn, notatblokker osv. vil sjelden være egnet til å påvirke. Det vil imidlertid være en glidende overgang mot materiell som har økonomisk verdi for mottakeren.

Sammenheng og tidspunkt for ytelsen er ytterligere et moment. En ytelse som er påskjønnelse for utført arbeid, vil ikke så lett være egnet til å påvirke. Det vil kunne stille seg annerledes dersom en behandlingsrelasjon fortsetter etter at ytelsen er gitt. Dersom ytelsen er gitt for å påvirke, vil man også lettere gå ut i fra at den er egnet til å påvirke. For ansatt helsepersonell vil det også være av betydning om arbeidsgiver er informert om ytelsen og har samtykket.

Forbudet i første ledd rammer ikke bare ytelser til helsepersonell selv, men også ytelser til andre personer. Mest praktisk er ytelser som tilgodeser helsepersonells familie eller nærstående; for eksempel med feriereiser i tilknytning til kongresser og konferanser.

I [Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske lægeforening om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien](#)<sup>27</sup> er det gitt mer detaljerte bestemmelser for hvilke ytelser - i form av bl.a. arrangementer, reiser, gaver og reklamegjenstander - som lege kan ta imot fra legemiddelindustrien.

**Andre ledd** forbyr helsepersonell å motta ytelser som ikke er av ubetydelig verdi, fra pasienter eller brukere. Bestemmelsen supplerer første ledd, som altså rammer de ytelser som er egnet til å påvirke, men som ikke nødvendigvis har stor økonomisk verdi. Ytelser vil i denne sammenheng også kunne være testamentariske disposisjoner.

I forholdet mellom helsepersonell og pasient eller bruker bør det som utgangspunkt ikke gis gaver. Formålet med bestemmelsen er å beskytte pasienten eller brukeren mot utnyttelse, men den skal likevel ikke å hindre vedkommende i å gi en mindre påskjønnelse som takk for god pleie og behandling. Regelen gjør det også lettere for helsepersonell å avvise

---

<sup>27</sup> [Avtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Den norske lægeforening om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien, inngått 13. desember 2004. I kraft 1. januar 2005](#)

gavetilbud som kan utsette dem for utilbørlig påvirkning eller for mistanke om utnyttelse av avhengighetsforhold.

Forbudet knytter seg til ytelser fra pasienter og brukere til helsepersonell, og bestemmelsen gjelder derfor ytelser mottatt på bakgrunn av virksomheten som helsepersonell. Bestemmelsen gjelder også etter at en pasient-/brukerrelasjon er avsluttet.<sup>28</sup> Det kan i noen tilfeller være et skjønnsspørsmål hvorvidt det foreligger en pasient-/brukerrelasjon. Eksempel kan være dersom det har gått lang tid siden relasjonen ble avsluttet, eller der relasjonen mellom pasient eller bruker og helsepersonell har utviklet seg til et vennskapsforhold eller der det var et vennskapsforhold før pasient-/brukerrelasjonen oppsto. I slike tilfeller må det bero på en konkret vurdering om ytelsen er motivert av vennskapsforhold eller pasient-/brukerrelasjonen. I slike tilfeller kan det imidlertid være at ytelsen kommer i konflikt med forbudet mot utilbørlig påvirkning etter § 9 første ledd.

Forbudet omfatter ytelser som har "mer enn en ubetydelig verdi". Hva som er ubetydelig vil være preget av et visst skjønn, der blant annet pasientens eller brukerens helsetilstand og økonomi, så vel som anledningen for ytelsen, må vektlegges. Helsepersonell bør særlig utvise aktsomhet dersom de tilbys ytelser fra pasienter eller brukere som er mentalt svekket, for eksempel på grunn av alder eller sykdom. Vanlige påskjønnelser for utført arbeid i form av blomster og konfekt vil normalt antas å være av "ubetydelig verdi".

**Tredje ledd** en forskriftshjemmel. Departementet har gitt forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon tjeneste eller annen ytelse som presiserer og utdyper denne lovbestemmelsen, og gir en rekke eksempler på ytelser som kan være forbudt å motta. Forståelsen av § 9 og av forskriften er utdypet i [rundskriv I-13/2005](#).

---

<sup>28</sup> [HPN 2010-65](#)



## § 10. Informasjon til pasienter m.v.

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon.

Kommentarer til § 10:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell å gi informasjon til den som har krav på det etter pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet er å sikre at pasient eller bruker og pårørende får den informasjon som er nødvendig for å kunne samtykke og medvirke til tjenesten.

**Første ledd første punktum** pålegger den som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å gi informasjon.

Den som skal informeres er pasient eller bruker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Dersom pasienten eller brukeren er under 16 år, skal også vedkommendes foresatte informeres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Dersom pasienten/brukeren ikke ønsker at foresatte skal ha informasjon, må helsepersonellet vurdere om dette skal respekteres. I vurderingen skal det legges vekt på opplysningenes art og barnets alder og modenhet. Også foresatte til barn mellom 16 og 18 år skal ha informasjon dersom dette er nødvendig for at de skal kunne ivareta foreldreatsvaret. Dersom barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barnet, er det denne som skal ha informasjonen. Den som yter helsehjelp har også plikt til å informere nærmeste pårørende til pasient som samtykker til dette, og til pasient over 16 år som ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser på grunn av demens, psykisk utviklingshemning eller fysiske eller psykiske forstyrrelser, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Hvilken informasjon helsepersonellet plikter å gi, fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Plikten til å gi informasjon henger nær sammen med pasientens rett til å samtykke og til å medvirke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 flg. og § 4-1 flg.

Pasienten skal ha tilstrekkelig med informasjon til at han/hun kan avgi et informert samtykke til helsehjelpen. Pasienten skal ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, dvs. den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Det skal også gis informasjon om eventuelle risikoer og bivirkninger av helsehjelpen. Ved behandling som ikke er alminnelig anerkjent (utprøvende) skjerpes informasjonsplikten.<sup>29</sup>

Informasjonsplikten omfatter også tilfeller der helsepersonell har grunn til å tro at pasienten kan få eller ha fått skader som følge av helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd. Denne informasjonsplikten er knyttet til helsehjelpsituasjonen eller umiddelbar ettertid. Informasjonsplikt om skader som først oppdages etter et lengre tidsrom er et virksomhetsansvar, jf. spesialisthelsetjenesten § 3-11.

<sup>29</sup> [HPN 2002-169](#)

Brukere av andre helse- og omsorgstjenester enn helsehjelp, skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 femte ledd.

Helsepersonell skal så langt mulig sikre seg at mottakeren av informasjonen har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det er en forutsetning at informasjonen tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette kan innebære at det er nødvendig å bruke tolk eller tekniske hjelpemidler, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

Pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om rett til informasjon er nærmere kommentert i [rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter](#) og [veileder IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenester](#).

Plikten til å gi informasjon er begrenset til eget fagområde der helsepersonellet ut fra sin faglige kompetanse er i stand til å bedømme innholdet i den informasjon som gis. Dersom informasjonen blir gitt av annet helsepersonell, for eksempel der virksomheten har faste rutiner eller instruksjoner for hvem som skal gi informasjon, faller plikten bort.

Helsepersonellet skal journalføre de råd og den informasjon som er gitt og hovedinnholdet i dette, jf. journalforskriften § 8 første ledd bokstav i).

**Første ledd andre punktum** pålegger helseinstitusjoner å utpeke en person som skal gi informasjon til den enkelte pasient. For definisjon av helseinstitusjon, se helsepersonelloven § 3 fjerde ledd. Virksomheten må vurdere konkret hvordan dette best kan gjennomføres ut i fra interne organisasjonsforhold o.l. Denne personen må foreta en samordning samt en viss styring med hvilken informasjon pasienten får. Hensikten er å forhindre at informasjonen gir pasienten et uklart og forvirrende bilde av egen helsetilstand, noe som lett ville kunne bli tilfelle hvis for mange personer gir informasjon.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a som pålegger helseinstitusjoner å utpeke koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Ofte vil det være hensiktsmessig at koordinator også har rollen som informasjonsansvarlig overfor pasienten. Kombinasjonen av rollen som koordinator og informasjonsansvarlig gir koordinator et mer helhetlig ansvar overfor pasienten og minske faren for ansvarspulverisering, mange kontaktpunkter og uklare ansvarsforhold. For øvrig er det opp til arbeidsgiver å utarbeide adekvate og forsvarlige informasjonsrutiner for virksomheten.

Bestemmelsen i andre punktum fritar imidlertid ikke det enkelte helsepersonell for å gi informasjon innenfor sitt ansvarsområde og som de er nærmest til å gi.

**Andre ledd** inneholder hjemmel for å gi nærmere bestemmelser om informasjonsplikten. Det er ikke gitt særskilt forskrift etter denne bestemmelsen. Se imidlertid forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator<sup>30</sup> om innholdet i koordinatorfunksjonen.

---

<sup>30</sup> [FOR 2011-12-16-1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

## **§ 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende**

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammen av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale

b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig

c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

Kommentarer til § 10 a:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a som pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av denne gruppen barn.

Formålet er at det raskt blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i stand til å mestre situasjonen og å forebygge problemer.

**Første ledd** pålegger helsepersonell å vurdere hvilken oppfølging mindreårige barn av pasienten kan ha behov for, og om nødvendig medvirke til å ivareta disse behovene.

Bestemmelsen gjelder for helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten i forbindelse med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Den som for eksempel behandler en psykiatrisk pasient for en brukket fot eller utfører en tannbehandling, har ingen plikter etter denne bestemmelsen.

Plikten gjelder primært helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten. Dette er som oftest lege eller psykolog. Disse bør ta avgjørelsen om når og på hvilken måte situasjonen til barna skal tas opp. Det kan likevel ikke utelukkes at annet helsepersonell kan være ansvarlig for behandlingen. Det kan også være nødvendig med bistand fra annet helsepersonell når barn skal ivaretas. Det er viktig å avgrense hvem som skal ta initiativ

overfor foreldre og barn. Annet helsepersonell må melde fra om behov som blir fanget opp, og ved tvil gjøre sitt for å finne ut om situasjonen er klarlagt.

Med barn i denne sammenheng menes barn som pasienten har omsorgsansvar for, uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter både biologiske barn, stebarn og fosterbarn. Med foreldre menes alle som har omsorgsansvar for barn, både biologiske foreldre, fosterforeldre, stepforeldre og andre. Med mindreårige menes barn under 18 år.

For at plikten skal inntre er det et vilkår at pasienten har psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom eller skade eller er rusmiddelavhengig. Det kan for eksempel dreie seg om kreft eller store skader etter ulykker. Plikten omfatter også pasienter med alvorlig psykisk utviklingshemming eller fysisk funksjonshemming. Innsatte i fengsler og beboere ved asylmottak som mottar helsehjelp for en eller flere av de ovennevnte tilstander, omfattes også av bestemmelsen.

Avgjørende for vurderingen vil være om helsetilstanden til pasienten er slik at den får, eller må antas å få, vesentlige konsekvenser for nær familie generelt og barna til pasienten spesielt. Man må vurdere om forelderens helsetilstand kan medføre at barn blir usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller opplever frykt. Det skal være lav terskel for å igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Barn trenger ikke å utvise symptomer før plikten gjør seg gjeldende. Også tilsynelatende ressurssterke familier skal få tilbud om hjelp og råd.

Normalt bør helsepersonellet foreta seg noe dersom foreldrene ikke er eller ser seg i stand til å ta hånd om behovene til barna. Videre skal erfaringer deles med foreldrene i tilfeller der foreldrene søker råd om hvordan de bør forholde seg overfor barna eller i tilfeller der det er tydelig at de vil ha nytte av det. Hva som skal til for å dekke behovet til barnet må vurderes i det enkelte tilfellet. Mange barn vil kunne få tilstrekkelig oppfølging av foreldrene sine, og i disse tilfellene kan det være nok å gi foreldrene generell informasjon om tilbudet.

**Andre ledd** pålegger helsepersonellet en plikt til å forsøke å avklare om pasienten har barn. Med dette menes at helsepersonell med enkle tiltak skal forsøke å finne ut av om pasienten har barn som bør følges opp. Normalt vil det være nok å spørre pasienten eller eventuelt følge. Det er etablert tilgang direkte mot sentralt folkeregister i de fleste sykehus slik at helsepersonellet kan finne opplysninger om eventuelle barn når det ikke er mulig å spørre pasienten selv. Epikrise og journal kan også inneholde opplysninger om barn og behovene deres. Det forventes ikke at helsepersonellet skal drive oppsporende virksomhet ut over dette. Ved akutte innleggelser og andre situasjoner der pasienten ikke kan følge opp deler av omsorgsansvaret, bør helsepersonellet avklare om andre ivaretar omsorgen.

I **tredje ledd bokstav a)-c)** gir eksempler på tiltak for å ivareta barnas behov. Oppregningen er ikke fullstendig, men dekker de mest aktuelle og relevante tiltak. Eksemplene gir en indikasjon på hvor langt en kan forvente at helsepersonellet bidrar.

Helsepersonelloven § 25 tredje ledd gir hjemmel for utlevering av taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, med mindre pasienten motsetter seg dette.

Etter **tredje ledd bokstav a)** skal helsepersonellet samtale med pasienten om hva barnet trenger av informasjon eller oppfølging og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Spesielt ved innleggelser er det viktig å spørre om hvordan barna blir tatt vare på.

Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet å være med på en slik samtale. Dersom det er hensiktsmessig kan

samtalen skje med pasienten, barnet og annen omsorgsperson til stede samtidig. Helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten må legge til rette for at barnet kan si sin mening om egne behov, kontakt med andre tjenester og hjelpetilbud, jf. [barnelova](#) § 31.

Omsorgspersoner kan være den andre forelder, pasientens ektefelle, samboer eller andre som faktisk har omsorgen over kortere eller lengre tid som følge av forelderens sykdom, så som besteforeldre, søsken, venner eller barnevernet når de har overtatt omsorgen. Så lenge helsepersonellet overholder taushetsplikten og baserer informasjonen på samtykke fra pasienten, er det i forhold til pasienten uproblematisk at plikten til helsepersonellet omfatter en så vid personkrets.

**Tredje ledd bokstav b)** pålegger helsepersonell å innhente samtykke til å følge opp barnet. Samtykke skal innhentes fra den som har foreldreansvaret, jf. [barnelova](#) § 30. Dersom barnevernet har tatt over omsorgen, skal barnevernet samtykke. Noen avgjørelser om tiltak vil kreve samtykke fra begge foreldrene dersom de begge har del i foreldreansvaret, jf. [barnelova](#) §§ 30 og 37. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres. Barnet har rett til informasjon om tiltak som helse- og omsorgstjenesten har planlagt for å ivareta det. Informasjon er nødvendig for at barnet skal kunne si sin mening.

**Tredje ledd bokstav c)** pålegger helsepersonellet å bidra til at barnet og omsorgspersonen, i samsvar med reglene om taushetsplikt, får informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og hvilket samvær som er mulig.

Hvilken informasjon som skal gis, omfang og detaljeringsgrad beror på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle og på taushetsplikten. Taushetsplikten gjelder ikke opplysninger som barnet allerede er kjent med, jf. helsepersonelloven § 21 nr. 1. Dersom foreldrene samtykker skal barna få vite om pasientens helsetilstand, diagnose, behandling og annen konkret informasjon. Barna bør normalt ikke få mer informasjon enn omsorgspersonen. Eksempel på informasjon som kan gis uavhengig av taushetsplikt, er at barnet ikke kan lastes for forelderens sykdom, at forelderer får god hjelp, besøksmuligheter, hva man kan vente seg av behandlingsinstansen og hvordan barna kan få hjelp til å mestre situasjonen.

Informasjonen skal primært gis dersom barnet, pasienten eller en omsorgsperson ber om det. Helsepersonellet skal uavhengig av dette vurdere barnets behov og om nødvendig oppfordre pasienten til å gi informasjon eller innhente samtykke til selv å gi informasjonen.

Bestemmelsen pålegger ikke helsepersonellet en plikt til selv å gi barnet informasjonen. Det kan ofte være hensiktsmessig at informasjonen blir gitt til omsorgspersonen, som i sin tur informerer barnet. Alternativt kan barnet delta i en familiesamtale med pasienten.

Informasjonen skal være tilpasset barnets individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 3-5, og gis på en omsorgsfull måte. Helsepersonellet bør så langt som mulig sikre seg at barnet har forstått informasjonen og hva den innebærer. Bruk av tolk må vurderes overfor fremmedspråklige barn dersom det ikke er naturlig av foreldrene eller andre pårørende hjelper til.

**Fjerde ledd** gir departementet adgang til å gi forskrifter for å utdype innholdet i bestemmelsen. Slik forskrift er foreløpig ikke gitt, men det er gjort omfattende rede for forståelsen av bestemmelsen i [rundskriv IS-5/2010 Barn som pårørende](#).

## § 11. Rekvirering av reseptbelagte legemidler<sup>31</sup>

Bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Departementet kan i forskrift bestemme at annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens kan få begrenset rekvireringsrett.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om rekvirering av legemidler, herunder om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan også bestemmes at bestemte legemidler helt eller delvis kan unntas fra denne retten.

Kommentarer til § 11:

Bestemmelsen regulerer adgangen til å rekvirere reseptbelagte legemidler. Formålet med bestemmelsen er å sikre forsvarlig rekvirering av slike legemidler.

Rekvirering er muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemidler ved resept eller rekvisisjon, jf. forskrift om legemidler fra apotek § 1-3. Rekvirering kan være til egen praksis, rekvirenten selv, en helseinstitusjon eller en pasient.

**Første ledd første punktum** gir som utgangspunkt bare leger og tannleger rett til å rekvirere reseptbelagte legemidler.

Med hjemmel i **første ledd andre punktum** har departementet gitt bestemmelser om begrenset rekvireringsrett for annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens, jf. forskrift om legemidler fra apotek kapittel 2. Formålet er å tilrettelegge for en hensiktsmessig arbeidsfordeling i helsetjenesten og bidra til klare ansvarsforhold.

Begrenset rekvireringsrett er gitt til blant annet helsesøstre, jordmødre, tannpleiere, skipsfører og virksomhetsledere.

Begrenset rekvireringsrett etter denne forskriften vil oftest forutsette at rekvirenten også har anledning til å ordinere et legemiddel til pasient, dvs. bestemme individuell bruk og dosering av legemiddel, men dette gjelder ikke alle rekvirenter. Farmasøyter, skipsfører og virksomhetsledere har ikke uten videre adgang til å ordinere.

Enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett kan ved virksomhetsinterne prosedyrer gis rett til å ordinere legemidler, jf. forskrift om legemiddelhåndtering § 7 jf. Helsepersonell-loven § 16 andre ledd.

**Andre ledd** er en hjemmel for å gi forskrift med nærmere bestemmelser om rekvirering. All rekvirering av legemidler skal skje i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Den viktigste er forskrift om legemidler fra apotek, som blant annet har regler om hvordan resepter og rekvisisjonsblanketter skal fylles ut.

<sup>31</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 11:

1998.04.27 nr 0455: (HOD) Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek

2008.04.03 nr 0320: (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

2009.11.03 nr 1327: (HOD) Forskrift om provisorfarmasøyters og reseptfarmasøyters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir

2009.12.18 nr 1641: (HOD) Forskrift om legemiddellassisteret rehabilitering (LAR-forskriften)

Bestemte legemidler kan helt eller delvis unntas fra retten til rekvirering når overordnede helsefaglige hensyn tilsier det, for eksempel kan resistensproblematikk gjøre det nødvendig å begrense adgangen til å rekvirere visse antibiotika.

Videre kan det stilles særskilte betingelser for å rekvirere et legemiddel, for eksempel forutsetter retten til å rekvirere sentralstimulerende legemidler at rekvirenten har nærmere bestemte faglige kvalifikasjoner. For å kunne rekvirere legemidler til substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet er det et krav at pasienten er innvilget legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift om legemidler i apotek § 2-1 tredje ledd punkt d) og forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften).

Bestemmelser om et legemiddels reseptstatus, dvs. om et legemiddel krever resept eller er reseptfritt, er regulert i legemiddelforskriften kapittel 7. Statens legemiddelverk kan treffe vedtak om å endre et legemiddels reseptstatus, jf. legemiddelforskriften § 7-8.

Når det gjelder tap av retten til å rekvirere legemidler vises det til helsepersonelloven § 63.

## § 12. Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold

Lege, sykepleier eller bioingeniør skal etter anmodning fra politiet ta blodprøve eller foreta lignende undersøkelse av personer som er mistenkt for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel når dette er hjemlet i lov og kan skje uten fare.

Lege skal etter anmodning fra påtalemyndigheten foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når slik undersøkelse er besluttet etter straffeprosessloven § 157. Videre skal lege etter anmodning fra kriminalomsorgen foreta kroppslig undersøkelse av en innsatt i fengselsanstalt når slik undersøkelse er besluttet etter reglene i straffegjennomføringsloven § 29.

Lege, sykepleier eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første og annet ledd av:

1. ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller av slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold.
2. person som helsepersonellet har til behandling.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til å foreta undersøkelser etter denne paragrafen, og herunder fastsette bestemmelser om begrensninger i plikten og om fritak.

Kommentarer til § 12:

Bestemmelsen pålegger nærmere definerte helsepersonellgrupper å ta blodprøver, foreta kroppsunndersøkelser mv. på anmodning av politi, påtalemyndighet og kriminalomsorgen.

Formålet er å bidra til at myndighetene får nødvendige opplysninger til bruk i etterforskningen av et mulig straffbart forhold.

**Første ledd** retter seg mot leger, sykepleiere og bioingeniører. Annet helsepersonell kan ikke gis pålegg etter denne bestemmelsen.

Bestemmelsen gjelder ikke bare blodprøver, men også "lignende undersøkelser", for eksempel prøver av urin og spytt. Blodprøvetaking vil imidlertid være veiledende for hvor inngripende tiltak som kan iverksettes overfor den enkelte person uten samtykke. Bestemmelsen i første ledd gir ikke hjemmel for å foreta operative inngrep eller undersøkelser i kroppens hulrom.

Det forutsettes at det foreligger en anmodning fra politiet, og at anmodningen gjelder en person som er mistenkt for å ha begått et straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel. Det kan ikke kreves mer av anmodningen enn at politiet har mistanke om at vedkommende har begått en straffbar handling. Det kan heller ikke kreves at politiet kan avgrense nærmere hvilket berusende eller bedøvende middel vedkommende kan være under påvirkning av.

Blodprøven eller undersøkelsen må ha hjemmel i lov. Dette vil typisk kunne være vegtrafikkloven § 22a, som gir politiet adgang til å fremstille fører av motorvogn for lege, sykepleier eller bioingeniør for å ta blod- eller spyttprøve ved mistanke om ruspåvirkning. Etter samme hjemmel kan politiet fremstille føreren for klinisk legeundersøkelse.



Undersøkelsen skal foretas selv om personen det gjelder ikke samtykker. Helsepersonellet skal likevel nekte hvis undersøkelsen innebærer fare for personen, det kan for eksempel være tilfelle hvis pasienten er bløder e.l.

Helsepersonellet har plikt til å gjennomføre undersøkelsene så snart som mulig, men øyeblikkelig hjelp-plikten går foran plikten til å foreta undersøkelser e.l. etter denne bestemmelsen. Dette kan være relevant for eksempel i forbindelse med en trafikkulykke.

Gjennom rettspraksis er bestemmelsen presisert dit hen at den ikke pålegger helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten å utlevere annet prøvemateriale enn det som er frem-skaffet som en direkte følge av anmodning fra politiet. For eksempel kan ikke en blodprøve som er tatt av et sykehus for behandlingsformål, utleveres til politiet med hjemmel i denne bestemmelsen.<sup>32</sup>

Etter **andre ledd** kan lege pålegges å foreta kroppslige undersøkelser. Dette vil typisk være undersøkelser av kroppens hulrom. Radiologiske undersøkelser kan også omfattes. Forutsetningen er at det skjer på anmodning av henholdsvis påtalemyndigheten eller kriminalomsorgen. Det må foreligge en rettslig kjennelse (eventuelt en beslutning fra påtalemyndigheten dersom det er fare for bevisforpillelse ved å avvete rettens kjennelse) etter straffeprosessloven § 157 eller en administrativ beslutning etter straffegjennomføringsloven § 29. Rettslig kjennelse og administrative beslutninger skal som utgangspunkt være skriftlige, og den som beordrer en kroppslig undersøkelse bør derfor kunne fremvise dokumentasjon. I enkelte tilfelle kan likevel beslutning bli nedtegnet i etterkant, fordi gjennomføringen av undersøkelsen ikke kan vente.

I henhold til **tredje ledd** kan ikke den enkelte lege, sykepleier eller bioingeniør pålegges å foreta undersøkelser som nevnt i første og andre ledd av egne nærstående. Som nærstående regnes ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold. Etter samme ledd kan heller ikke helsepersonell pålegges å utføre slike undersøkelser av en person som helsepersonellet har til behandling. Dette skal sikre at pasientens tillit til helsetjenesten ikke svekkes.

**Fjerde ledd** gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift med nærmere bestemmelser om plikten til å foreta undersøkelser etter denne bestemmelsen. Slik forskrift er ikke gitt.

---

<sup>32</sup> [Rt. 2005 s. 1329](#)

## § 13. Markedsføring<sup>33</sup>

**Markedsføring av helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.**

**Ved markedsføring av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, gjelder første ledd tilsvarende.**

**Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helse- og omsorgstjenester, og kan herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.**

Kommentarer til § 13:

Bestemmelsen stiller krav til hvordan markedsføring av helse- og omsorgstjenester og virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester skal skje. Bestemmelsen er et supplement til markedsføringslovens bestemmelser.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasientene får nøktern og saklig informasjon om helse- og omsorgstjenester. Det gjelder særlig tjenester som ikke tilbys ut i fra en vurdering av pasientens helsetilstand eller vil innebære en endring av pasientens helse, slik som for eksempel ren kosmetisk plastikkirurgi, tilbud om gentester m.m.

**Første ledd** setter vilkår for markedsføring av helse- og omsorgstjenester. Markedsføring skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Bestemmelsen inneholder et objektivt krav til at resultatet av markedsføringen er forsvarlig. Det vises til kommentarene til det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Videre må innholdet i markedsføringen være nøkternt og saklig. Det innebærer at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan villede pasientene eller befolkningen. I vurderingen av hva som er villedende skal det blant annet legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis om det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger. Markedsføring av plastikkirurgiske tjenester med udokumenterte påstander om effekten, som for eksempel "bli kvitt fett for godt", vil være et eksempel på villedende markedsføring som rammes av paragrafen. Helsepersonell skal heller ikke på en utilbørlig måte undergrave eller svekke tilliten til andre helse- og omsorgstjenester, for eksempel ved å markedsføre egen virksomhet som den eneste kvalifiserte på et felt.

I vurderingen av markedsføring etter denne bestemmelsen bør det også sees hen til normer innenfor den enkelte yrkesgruppe, som for eksempel de respektive profesjonenes yrkesetiske regler. Statens helsepersonellnemnd (HPN) konstaterte brudd på § 13 i en sak der en lege annonserte for spesialitet i en bestemt sykdom, på tross av at vedkommende ikke var godkjent spesialist.<sup>34</sup>

Dersom helsepersonell anvender sin profesjonstittel eller sin bakgrunn som autorisert helsepersonell til å markedsføre tjenester innen alternativ medisin, bedømmes markedsføringen etter kravene i helsepersonelloven § 13, og ikke etter forskrift om

<sup>33</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 13:

[2005.07.01 nr 0749](#): (HOD) Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep.

<sup>34</sup> [HPN 2009-160](#)

markedsføring av alternativ behandling av sykdom.<sup>35</sup> Dette innebærer blant annet krav til at påstander om effekten av behandlingen er vitenskapelig dokumenterbare. Det anses ikke som tilstrekkelig dokumentasjon på behandlingseffekt at tidligere pasienter har gitt uttalelser om effekten.<sup>36</sup>

Bestemmelsen gjelder annonsering og markedsføring av enhver art og i ethvert medium. Dette kan omfatte et bruk av et bredt spekter av virkemidler fra personlig rettet markedsføring - for eksempel i form av mer eller mindre personlige brev, e-poster, tekstmeldinger og telefoner - til uadressert reklamemateriell og annonsering i trykte og elektroniske medier. Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep, se nærmere nedenfor, forbyr markedsføring av kosmetiske inngrep ved hjelp av individuelt rettet elektronisk kommunikasjon som e-post og tekstmeldinger over telefon.

Første ledd gjelder helsepersonellet som markedsfører sine helsetjenester. Disse har et ansvar for å påse at markedsføringen oppfyller kravene etter første ledd.

**Andre ledd** presiserer at første ledd også gjelder markedsføring av en virksomhet som tilbyr helsehjelp.

**Tredje ledd** gir departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om markedsføring og om forbud mot visse former for markedsføring. Departementet har gitt forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep.

Forskriftens formål er å bidra til at markedsføring av kosmetiske inngrep skjer på en forsvarlig nøktern og saklig måte og slik at pasientens sikkerhet blir ivaretatt. Forskriften omfatter plastikkirurgiske inngrep og inngrep i hud og underhud hvor kosmetiske hensyn er en avgjørende indikasjon for inngrepet. Markedsføringen skal ikke virke støtende eller krenkende eller spille på lyter eller fordommer mot normale kroppsvariasjoner. Markedsføringen må ikke nedtone risikoen ved inngrep, og omtalen av inngrepene må reflektere forsvarlige metoder. Markedsføringen må ikke inneholde pre- og postoperative bilder. Fylkesmannen fører tilsyn med at forskriften overholdes.

---

<sup>35</sup> [2003.12.11 nr.1501](#): (HOD) Forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom.

<sup>36</sup> [HPN 2006-108](#)

## § 14. Beordring av helsepersonell til vaktordninger<sup>37</sup>

Departementet kan bestemme at helsepersonell skal delta i vaktordning på det sted der de bor eller arbeider.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om gjennomføring m v av vaktordninger.

Kommentarer til § 14:

Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter får tilgang til nødvendig helsehjelp uansett tidspunkt på døgnet, året rundt. Bestemmelsen gjelder alt helsepersonell.

Bestemmelsen må blant annet ses i sammenheng med kommunenes plikt til å ha legevaktordning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd nr. 3.

**Første ledd** gir departementet direkte hjemmel for å pålegge helsepersonell å delta i vaktordninger på eget bosted eller arbeidssted. Bestemmelsen omfatter alle helsepersonellgrupper.

Bestemmelsen er ikke en hjemmel for beordring til tjeneste i krig og i krise- og katastrofesituasjoner. I slike tilfeller gir helse- og sosialberedskapsloven de nødvendige hjemler. Smittevernloven inneholder bestemmelser om beordring av helsepersonell ved alvorlige utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

**Andre ledd er** hjemmel for departementet til å gi nærmere forskrifter om gjennomføring mv. av slike vaktordninger. Bestemmelsen er én av flere hjemler for fastlegeforskriften.

---

<sup>37</sup> Forskrifter med hjemmel i § 14:  
[FOR-2012-08-29-842](#): (HOD) Forskrift om fastlegeordning i kommunene

## § 15. Krav til attester, erklæringer o.l.<sup>38</sup>

Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l.

Når helsepersonell forstår at det kan ha særlig betydning hvordan spesielt sensitive faktiske forhold beskrives i en attest, erklæring o.l. til et forsikringsselskap, skal han eller hun ta dette opp med pasienten.

Når det skal utleveres helseopplysninger til et forsikringsselskap, og selskapet kan forstå disse opplysningene som uttrykk for en alvorlig sykdom, skal pasienten orienteres om dette først, dersom det må antas at han eller hun er ukjent med forholdet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l.

Kommentarer til § 15:

Bestemmelsen stiller krav til utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l. som utstedes av helsepersonell.

Formålet med bestemmelsen er å bidra til å sikre god kvalitet og høy legitimitet på attester og erklæringer som helsepersonell utsteder. Bestemmelsen skal også bidra til at opplysninger om pasienter ikke misbrukes av helsepersonell eller av andre.

Med attester, erklæringer o.l. menes som utgangspunktet enhver skriftlig bevitnelse, bekreftelse, vurdering e.l. som helsepersonell utsteder. Bestemmelsen omfatter også utstedelse av attest, erklæring o.l. vedrørende en person som ikke er helsepersonellens pasient. Eksempel på dette kan være sakkyndige erklæringer.

Ordinær kommunikasjon med samarbeidende helsepersonell eller pårørende, arbeidsnotater og dokumentasjon i pasientjournal omfattes ikke av begrepet attester, erklæringer o.l. Arbeidsnotater utarbeidet i forbindelse med organisasjonsintern utredning og hvor helsefaglige vurderinger inngår, vil derfor ikke være omfattet. Eksempel på dette kan være at helsepersonell i Nav eller Norsk Pasientskadeserstatning (NPR) utarbeider helsefaglige vurderinger som skal inngå i sakens beslutningsgrunnlag.

Bestemmelsen gjelder uavhengig av om attest, erklæring o.l. bestilles fra pasienten selv eller en tredjeperson.

**Første ledd første punktum.** Helsepersonell som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv.

<sup>38</sup> Forskrifter med hjemmel i § 15:  
[2008.12.18 nr 1486](#): (HOD) Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.

Med objektiv menes at attesten, erklæringen o.l. skal gi en objektiv, faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvable måte. Det må blant annet fremgå av utsagnene i erklæringen om de bygger på skadelidtes fremstilling, bakgrunnsinformasjon eller på helsepersonellens egne funn og vurderinger.

Kravet til varsomhet knytter seg til omtale av sensitive opplysninger, og innebærer at helsepersonellet bør ta kontakt med pasienten dersom utstedelse av attest, erklæring o.l. innebærer å utlevere slike opplysninger.

Kravet til nøyaktighet tilsier at helsepersonellet skal bygge attest, erklæringer o.l. på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier. Hva som er nødvendig undersøkelse og informasjon vil kunne variere ut i fra formålet. I en sak om utstedelse av psykologerklæring i forbindelse med en prøveløslatelse fant Statens helsepersonellnemnd (HPN) at psykologen, ved å unnlate å sette seg inn i alle sider av saken, hadde utstedt en mangelfull erklæring med feilaktige konklusjoner<sup>39</sup>

Helsepersonelloven § 15 gir i seg selv ikke hjemmel for å utlevere taushetsbelagte opplysninger. Til det kreves pasientens samtykke eller særskilt lovhjemmel. Se helsepersonelloven kapittel 4 om taushetsplikt.

Dersom helsepersonellet opptrer som sakkyndig, handler vedkommende som hovedregel på vegne av en annen oppdragsgiver enn pasienten. Det fremgår av helsepersonelloven § 27 at opplysninger som helsepersonellet innhenter som sakkyndig i utgangspunktet ikke vil være taushetsbelagte i forhold til oppdragsgiver. Den som opptrer som sakkyndig skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og at opplysninger som skrives seg fra sakkyndig oppdraget vil bli utlevert til oppdragsgiver.

**Første ledd andre punktum.** Attest, erklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Dette gjelder både den faktiske fremstillingen, vurderinger av denne, samt faglige vurderinger. Hvilke opplysninger som er nødvendige for formålet må avgjøres etter en konkret vurdering.

**Første ledd tredje punktum.** Attest, erklæring o.l. skal inneholde opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottakeren og formålet med attesten, erklæringen o.l. Det må foretas en konkret og til en viss grad skjønnsmessig vurdering av hva som er av betydning. Momenter i vurderingen vil blant annet være hva slags attest, erklæring o.l. som skal utstedes, hvilket formål denne skal fylle og hvilke opplysninger helsepersonellet har om bruken/formålet, hvordan mottakeren eller pasienten beskriver bruken/formålet osv. Med "bør forstå" indikeres at helsepersonellet ikke har en plikt til å undersøke alle tenkelige eventualiteter som kan ha betydning for mottakeren og formålet og dermed for hva attesten, erklæringen o.l. bør inneholde.

Kravene til innhold må også sees i sammenheng med taushetsplikten. Dersom helsepersonellet utleverer flere opplysninger enn strengt tatt nødvendig, vil dette kunne medføre brudd på taushetsplikten.

**Første ledd fjerde punktum.** Helsepersonell skal opplyse om en attest, erklæring o.l. kun bygger på en begrenset del av de relevante opplysninger helsepersonellet har. Formålet er blant annet å gi mottakeren mulighet til å ta stilling til hvilken vekt attesten, erklæringen o.l. kan tillegges. Opplysningsplikten gjelder ikke dersom de utelatte opplysningene er irrelevante i forhold til formålet med attesten, erklæringen o.l.

---

<sup>39</sup> [HPN 2007-133](#)

Hvordan opplysningsplikten skal oppfylles må vurderes konkret. I de fleste tilfeller kan det fremgå av attesten, erklæringen o.l. at den kun bygger på en begrenset del av de opplysninger helsepersonellet har. Andre ganger kan dette skje ved at oppdragsgiver eller mottaker gjøres oppmerksom på dette muntlig eller ved en tilleggsuttalelse.

Hvorvidt helsepersonellet kan redegjøre nærmere for karakteren av de opplysninger som helsepersonellet er kjent med, men som attesten, erklæringen o.l. likevel ikke bygger på, må bero på en konkret vurdering. I den grad det er snakk om taushetsbelagte opplysninger vil det måtte bero på samtykke fra den opplysningene gjelder eller lovhjemmel.

**Første ledd femte punktum** er en habilitetsbestemmelse. Helsepersonell som er inhabilt etter reglene i forvaltningsloven § 6 skal ikke utstede attest, erklæring o. l., for eksempel ved slektskap eller svogerskap i opp- eller nedstigende linje mellom helsepersonellet og den som dokumentasjonen utstedes for. Helsepersonell skal selv opplyse om forhold som gjør eller kan gjøre ham/henne inhabil.

**Andre ledd.** Dersom helsepersonellet forstår at det kan ha særlig betydning hvordan spesielt sensitive opplysninger beskrives i en attest, erklæring o. l. til et forsikringsselskap, skal helsepersonellet konferere med pasienten. Dette er en presisering av varsomhetskravet i første ledd første punktum og gjelder bare i relasjon til forsikringsselskap. Vilkåret for at plikten skal inntre er at forholdet er spesielt sensitivt, altså mer enn normalt sensitivt. Pasientens syn vil være sentralt. Synet på hvilke opplysninger som er sensitive vil variere fra person til person, og er man i tvil om pasientens syn, skal man spørre.

**Tredje ledd.** Helsepersonell som skal utlevere helseopplysninger til et forsikringsselskap, skal orientere pasienten først dersom forsikringsselskapet kan oppfatte opplysningene som uttrykk for alvorlig sykdom og det må antas at pasienten ikke er kjent med forholdet. Hensynet til pasienten tilsier at man i tvilstilfeller tar opp forholdet med denne, for eksempel hvis man er i tvil om sykdommen er alvorlig eller om pasienten kjenner til dette allerede. Hensikten er å forhindre at en forsikringstaker først blir kjent med mistanke om en alvorlig sykdom fra sitt forsikringsselskap.

Opplysninger som ikke kan utleveres til pasienten selv, kan heller ikke utleveres til et forsikringsselskap, jf. helsepersonelloven § 22 første ledd siste punktum. Dette gjelder opplysninger som det er nødvendig å unndra fra pasientens innsyn for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade på pasienten, eller hvor innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd.

**Fjerde ledd** gir departementet hjemmel til å gi forskrift om utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l. Slike bestemmelser er gitt i forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. med kommentarer. Forskriften § 4 inneholder en eksempelliste over forhold det kan være relevant å ta med i en attest, erklæring o.l., avhengig av formålet. Forskriften § 8 oppstiller krav om at attest, erklæring o.l. så langt det er mulig og forsvarlig skal utformes slik at de kan forstås av pasienten eller pasientens representant og mottakeren, og at unødvendig bruk av faguttrykk bør unngås.

## Kapittel 3. Krav til organisering og virksomhet<sup>40</sup>

### § 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

**Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.**

**Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordinerer av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinerer til enkeltpasienter.**

Kommentarer til § 16:

Formålet med bestemmelsen er å sikre helsepersonell slike arbeidsforhold at de kan yte faglig forsvarlig helsehjelp.

§ 16 skiller seg fra helsepersonellovens øvrige bestemmelser ved at den retter seg mot tjenesten og ikke mot det enkelte helsepersonell. Bestemmelsen er tatt inn i loven av pedagogiske årsaker. Systematisk hører en slik pliktbestemmelse rettet mot tjenesten hjemme i tjenestelovgivningen, og plikten finnes derfor også nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

**Første ledd** pålegger virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å organisere seg slik at helsepersonellet gis handlefrihet til å overholde sine lovpålagte plikter, dvs. plikter som følger av helsepersonelloven og av andre lover og forskrifter.

Bestemmelsen representerer derfor en begrensning i arbeidsgivers styringsrett og frie organisering av virksomheten.

Bestemmelsen retter seg til alle deler av helsetjenesten, offentlige, så vel om private virksomheter.

Bestemmelsen medfører i praksis at virksomheten skal sørge for tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig og adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike

<sup>40</sup> Forskrifter med hjemmel i § 16:

2002.12.20 nr 1731: (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

2005.02.04 nr 0080: (HOD) Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften).

2005.03.18 nr 0252: (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. (obs kommer ny, med ny hjemmel)

2008.03.07 nr 0222: (HOD) Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

2008.04.03 nr 0320: (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

2010.02.12 nr 0158: (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

2010.04.29 nr 0611: (AD) Forskrift om styring og opplysningsplikt i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (styringsforskriften)

2010.04.29 nr 0613: (AD) Forskrift om utføring av aktiviteter i petroleumsvirksomheten (aktivitetsforskriften)

2010.04.29 nr 0634: (AD) Forskrift om utforming og utrustning av innretninger med mer i petroleumsvirksomheten (innretningsforskriften)



oppgavene mv., dvs. organisatoriske elementer som tilrettelegger for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i tråd med lovpålagte plikter og faglig forsvarlighet.

Brudd på § 16 kan for eksempel være mangelfulle rutiner for organisering og tilkalling av ekstra hjelp ved stort arbeidspress. Et annet eksempel på brudd kan være at det samlede kompetanse- og erfaringsnivået hos personalet på en vakt er for lavt til at det kan ytes faglig forsvarlig helsehjelp. Et tredje eksempel er mangelfulle rutiner for dokumentasjon og mangelfulle journalsystemer. Virksomheten kan straffes for brudd på § 16 med hjemmel i helsepersonelloven § 67, jf. straffeloven § 48 a om straffeansvar for foretak.

Det enkelte helsepersonellet har plikt til å varsle tilsynsmyndighetene dersom organiseringen av virksomheten kan medføre fare for pasientenes eller brukernes sikkerhet. Dette følger av helsepersonelloven § 17.

Virksomheten skal føre egenkontroll med at virksomhetens oppgaver blir utøvet i tråd med loven og krav til forsvarlighet, herunder at virksomheten organiseres slik at helsepersonellet får utøvd sine lovpålagte oppgaver. Krav til internkontrollen er fastsatt i internkontrollforskriften og nærmere redegjort for i veileder IS-1183 Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

**Andre ledd** gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift som regulerer prosedyrer for administrering av legemidler for enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett. I helseinstitusjoner og virksomheter som yter helsehjelp, vil det ikke alltid være praktisk mulig at rekvirent (i hovedsak lege) er til stede for enhver igangsetting og instruering av legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Et eksempel er i ambulansetjenesten eller på sykehjem. Der det er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp til pasientene, kan virksomheten organiseres slik at ordinerer av legemidler kan skje i henhold til på forhånd fastsatte helsefaglige prosedyrer. Slike prosedyrer vil kunne erstatte en individuell ordinerer til enkeltpasienter gjort av rekvirerende lege. Ordinerer gjennom prosedyrer kan da skje til grupper av pasienter som er definert ut fra nærmere bestemt helsetilstand. Slike bestemmelser er foreslått gitt i forskrift om legemiddelhåndtering § 7.

## § 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter

**Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.**

Kommentarer til § 17:

Helsepersonell skal på eget initiativ gi tilsynsmyndighetene opplysninger om forhold som kan sette pasienters helse og liv i fare. Plikten gjelder alt helsepersonell.

Det er tilstrekkelig at forholdet representerer en fare. Skade behøver ikke å ha inntrådt, men plikten inntreer først når forholdet må være av en slik art at det er påregnelig/sannsynlig at pasienters helsetilstand kan forverres eller at pasienter påføres skade, smitte o.l.

Med "forhold" menes tiltak, rutiner, teknisk utstyr, svikt og mangler i organiseringen av tjenesten, herunder manglende helsepersonell. Det kan også være enkeltpersoner som på bakgrunn av manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner er til alvorlig fare for pasienters sikkerhet, for eksempel på grunn av psykiske lidelser, rusmisbruk, manglende oppdatering av faglige kvalifikasjoner eller vilje til å innrette seg etter egne kvalifikasjoner.

Bestemmelsen i § 17 opphever ikke helsepersonells taushetsplikt om pasienters helsemessige - eller personlige forhold. Bestemmelsen kan derfor ikke anvendes til å melde fra om taushetsbelagte forhold som helsepersonell er blitt kjent med i kraft av å yte helsehjelp til annet helsepersonell. Det kan for eksempel gjelde en fastlege som blir oppmerksom på at en av hennes pasienter, som er anestesisykepleier ved et sykehus, har et rusmisbruksproblem i et slik omfang at det er en fare for pasientsikkerheten. I slike tilfeller er det ev. helsepersonelloven § 23 nr. 4 som etter en konkret vurdering kan gi legen adgang til å melde fra om sykepleierens rusmisbruk til virksomheten der vedkommende er ansatt eller til helsemyndighetene.

Også anonym informasjon blir vurdert av tilsynsmyndighetene, selv om anonymitet ofte vil gjøre det vanskelig å undersøke forholdet og følge det opp tilsynsmessig. Men dersom det senere skulle komme tilsvarende opplysninger fra andre, vil den anonyme informasjonen kunne være av stor betydning.<sup>41</sup>

Helsepersonell kan alternativt ta opp risikoforhold internt via tjenestevei. Det er imidlertid ikke et krav at helsepersonellet har gått tjenestevei for at saken skal kunne følges opp av tilsynsmyndighetene.

Retten til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten følger for øvrig også av arbeidsmiljøloven § 2-4. For annet personell enn helsepersonell vil det være denne bestemmelsen som regulerer retten til å varsle. Arbeidsmiljøloven § 2-5 gir varsleren beskyttelse mot gjengjeldelse fra arbeidsgiver.

Konkrete hendelser som har eller kunne ha medført betydelig personskade, er meldepliktige til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter reglene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Plikten til å melde etter denne bestemmelsen ligger på helseinstitusjonen, ikke det enkelte helsepersonell. Institusjonen må ha rutiner for å overholde denne meldeplikten.

<sup>41</sup> [Statens helsetilsyns Veileder i behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker del I \(for Helsetilsynet i fylket\) pkt 1.2.2.](#)

## Kapittel 4. Særskilte regler i tilknytning til autorisasjon, krav om politiattest m.v.

### § 18. Melding om helsepersonells virksomhet

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller regionalt foretak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

Dersom helsepersonellet skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemning, skal politiattest som nevnt i § 20 a vedlegges meldingen. Inneholder meldingen en politiattest med merknader, skal den straks oversendes Fylkesmannen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis etter første ledd, når disse skal gis, hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

Kommentarer til § 18:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell i privat virksomhet å melde om åpning, overtakelse, inntreden eller opphør i virksomhet som yter helsetjenester.

Formålet med bestemmelsen er å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen, og dermed ha mulighet til å iverksette styringstiltak ved behov.

**Første ledd** omfatter alt helsepersonell med autorisasjon og lisens når disse utøver arbeid som helsepersonell i privat virksomhet. Meldeplikten er for eksempel aktuell når en fysioterapeut, kiropraktor eller tannlege starter selvstendig virksomhet i en kommune.

Meldeplikten er obligatorisk. Helsepersonell i privat spesialisthelsetjeneste skal gi melding til regionalt helseforetak, mens helsepersonell i annen virksomhet skal gi melding til kommunen. Dette gjelder også for eksempel spesialister i sykehus som påtar seg oppgaver i privat virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten.

**Andre ledd første punktum** er en pliktbestemmelse for helsepersonell. Det følger av bestemmelsen at helsepersonell som åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemning, skal fremlegge politiattest for kommune eller regionalt helseforetak. Plikten til å fremlegge politiattest følger av helsepersonelloven § 20 a. Andre punktum er en pliktbestemmelse for kommune og regionale helseforetak. Bestemmelsen pålegger kommunen eller helseforetaket straks å sende en politiattest med anmerkninger videre til Fylkesmannen.

**Tredje ledd** er en forskriftshjemmel for å kunne gi utfyllende bestemmelser om meldeplikten etter første ledd. Det er ikke gitt slik forskrift.

## **§ 19. Melding til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet**

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal av eget tiltak gi arbeidsgiveren opplysninger om bierverv og engasjement, eierinteresser o.l. i annen virksomhet som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.

Arbeidsgiveren kan i tillegg kreve at helsepersonell med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.

Det skal gis opplysning om virksomhetens navn og arten og omfanget av helsepersonells bierverv eller engasjement.

Denne bestemmelsen begrenser ikke plikten til å opplyse om bierverv som følger av avtale eller andre rettsregler.

Kommentarer til § 19:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell å informere hovedarbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser mv. som kan komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.

Formålet er å avdekke lojalitetskonflikter, inhabilitet og forhold som hindrer faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det er viktig for tilliten til den offentlige helsetjenesten at det ikke oppstår tvil om at avgjørelser tas av hensyn til pasienten og en fornuftig forvaltning av offentlige interesser, og ikke av hensyn til helsepersonellens egne interesser.

Bestemmelsen begrenser i seg selv ikke helsepersonells adgang til å inneha bierverv mv.; slike begrensninger kan imidlertid følge av for eksempel arbeidsavtale. Arbeidsgiver kan i kraft av sin styringsrett ha adgang til å nekte helsepersonell å ha bierverv mv. som kommer i konflikt med arbeidet.

**Første ledd** pålegger helsepersonell å opplyse hovedarbeidsgiver om bierverv mv. som vil kunne innebære en interessekonflikt med arbeidsgiver. Plikten omfatter helsepersonell med autorisasjon eller lisens.

Med bierverv og engasjement menes arbeid som helsepersonell utfører i selvstendig næringsvirksomhet eller for privat eller offentlig arbeidsgiver i Norge eller i utlandet. Bierverv og engasjementer kan også omfatte enkeltstående oppdrag som sakkyndig e.l., deltakelse i forskningsprosjekter med ekstern finansiering mv. Det er først og fremst helsefaglige bierverv og engasjementer som vil omfattes av meldeplikten, men også andre bierverv kan komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser, for eksempel fordi de har et omfang som kan hemme eller sinke arbeidet for hovedarbeidsgiver. Også selvstendig erverv, samarbeidsforhold, så vel som eierskap, for eksempel i form av aksjer, vil være omfattet.

Helsepersonellet har plikt til å melde fra på eget initiativ. Det innebærer at den enkelte selv må vurdere om deres bierverv kan føre til en interessekonflikt med arbeidsgiver.

Begrepet interessekonflikt tolkes vidt og dekker alle slags habilitets- og lojalitetskonflikter. Plikten omfatter enhver potensiell interessekonflikt i forhold til arbeidsgiver som helhet, ikke bare det som dreier seg om ens egen yrkesutøvelse.

Vurderingen av mulig interessekonflikt er objektiv. Det innebærer at det ikke er den enkeltes subjektive oppfatning av om det foreligger potensial for interessekonflikt som er avgjørende. Det er heller ikke avgjørende om det eksisterer en aktuell interessekonflikt. Dersom det foreligger en *mulighet* for det, enten nå eller i overskuelig fremtid, inntreer meldeplikten. For eksempel hvis en lege har betydelige eierinteresse i et legemiddelfirma, vil dette kunne reise spørsmål ved vedkommendes habilitet ved legemiddelforskrivning. Helsepersonell skal under hele arbeidsforholdet være oppmerksom på mulige interessekonflikter.

Et eksempel på en interessekonflikt hvor meldeplikten inntreer er der helsepersonellet kommer i en direkte konkurransesituasjon med arbeidsgiver. En lege på et sykehus sender for eksempel prøver til analyse i et privat laboratorium der han har eierinteresser fremfor å få prøvene analysert ved arbeidsgivers eget laboratorium. Det avgjørende er ikke om en slik handling er faktisk faglig forsvarlig ut ifra hensynet til pasienten, men om eierinteressene i laboratoriet kan være egnet til å skape en lojalitetskonflikt med arbeidsgiver. Et annet eksempel på interessekonflikt er at en offentlig ansatt lege henviser til en privat virksomhet der hun selv arbeider på kveldstid. Henvisningen kan være faglig kurant. Det som kan utløse plikten til å melde etter første ledd er om legens bierverv i den private virksomheten er egnet til å svekke tilliten til henne som offentlig ansatt lege og til hennes beslutninger, eller om det kan reises tvil om hennes lojalitet overfor arbeidsgiver. Slik lojalitetskonflikt kan også oppstå i forhold til andre offentlig arbeidsgivere.

**Andre ledd** gir arbeidsgiver adgang til å kreve opplyst om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende og for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l. Helsepersonellet skal gi opplysninger når arbeidsgiver ber om det, uavhengig av egen vurdering av konfliktpotensialet. Dette gjelder også ulønnet virksomhet.

Helsepersonells meldeplikt etter første ledd gjelder uavhengig av om arbeidsgiver benytter muligheten etter andre ledd til å be om opplysninger eller ikke. Der arbeidsgiver har bedt om opplysninger, er helsepersonell like fullt forpliktet til å melde fra om potensiell interessekonflikter som oppstår *etter* at arbeidsgiver har fått den informasjonen han/hun har bedt om. Velger arbeidsgiver ikke å be om opplysninger, har dette altså ingen konsekvenser for helsepersonellens plikt til å melde fra etter hovedregelen i første ledd. Som etter første ledd plikter helsepersonell å foreta en løpende egenvurdering av sine biervervs potensial for interessekonflikter med hovedarbeidsgiver.

Arbeidsgiver kan be om opplysninger både fra arbeidstakere enkeltvis, fra enkelte helsepersonellgrupper og fra virksomhetens ansatte samlet sett.

**Tredje ledd** angir hvilke opplysninger som skal gis. Det skal opplyses om virksomhetens navn og arten og omfanget av helsepersonells bierverv eller engasjement. Unnlattelse av å oppfylle meldeplikten kan medføre sanksjoner fra både arbeidsgiver og tilsynsmyndigheter. Helsepersonell fritas ikke for ansvar på grunn av manglende kunnskap om meldeplikten.

**Fjerde ledd** presiserer at bestemmelsen ikke begrenser helsepersonells plikt til å informere om bierverv som følger av avtale eller annet regelverk. De regionale helseforetakene har fastsatt interne retningslinjer for bierverv, herunder plikt til å melde om dette til arbeidsgiver.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Se blant annet styresak Helse Sør-Øst nr. 030-2010

## **§ 20. Plikter etter pasientskadeloven**

**Den som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten yter helsehjelp som nevnt i pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8.**

Kommentarer til § 20:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten å melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Private helsetjenester ble inkludert i pasientskadeordningen fra 1. januar 2009. Dette ble gjort for å sikre pasientenes rettigheter ved skader som oppstår i forbindelse med helsehjelp, uavhengig av om hjelpen er blitt gitt av den offentlige helse- og omsorgstjenesten eller av private virksomheter.

Bestemmelsen er en henvisning til pasientskadeloven §§ 1 og 8. Hvem som har plikt til å betale tilskudd må utledes av disse bestemmelsene sammen med øvrige bestemmelser i pasientskadeloven og forskrift om pasientskadelovens virkeområde og tilskuddsplikt for den som yter hjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Plikten etter helsepersonelloven § 20, jf. pasientskadeloven § 8, omfatter enhver virksomhet som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten yter helsetjenester som nevnt i pasientskadeloven § 1 andre ledd. Den gjelder helsetjenester i form av veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.

Plikten gjelder uavhengig av hvordan virksomheten er organisert og uavhengig av ansvars- og eierform.

Det er ansvarlig for virksomheten som har ansvar for å melde inn alt helsepersonell som jobber i virksomheten, enten de er ansatt eller jobber på avtalebasis. Virksomheter som formidler helsepersonell skal ikke melde fra til NPE: Meldeplikten for disse ligger hos den virksomheten som sysselsetter helsepersonellet, for eksempel hos sykehjemmet som leier sykepleiere fra et vikarbyrå. Helsepersonell som er sysselsatt i bedriftshelsetjeneste i private virksomheter skal også meldes inn. Dette gjelder også om helsepersonellet utfører andre typer oppgaver i bedriften, slik som for eksempel opplæring, veiledning og lignende.

Fastleger, som er ansatt i kommunen eller har avtale med kommunen, vil komme inn under definisjonen av offentlig helsetjeneste, og skal ikke melde inn sin virksomhet. Slik virksomhet vil være finansiert gjennom felles tilskudd fra kommunen. Driver man privat virksomhet ved siden av et arbeidsforhold i den offentlige helsetjenesten eller ved siden av en fastlegeavtale, skal slik virksomhet meldes inn til NPE.

Det er derimot ikke plikt til å melde fra eller betale tilskudd for helsehjelp som ytes på fritiden, utenfor virksomhet, for eksempel helsehjelp til venner og familie eller sporadisk helsehjelp. NPE vil likevel kunne bli ansvarlig for fritidsskader selv om en skadevolder ikke er tilskuddspliktig.

Bestemmelsen gjelder også helsepersonell som utøver alternativ behandling integrert i ordinær helsevirksomhet, for eksempel som privatpraktiserende lege eller fysioterapeut.

Dersom alternativ behandling utøves av en person som har autorisasjon som helsepersonell, men i en rent privat virksomhet hvor det utelukkende eller i det alt vesentlige utøves alternativ behandling, må det bero på en tolkning av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c og en konkret vurdering av virksomheten hvorvidt pasientskadeloven vil gjelde skader som voldes i virksomheten. Der det må antas at pasientskadeloven vil gjelde, foreligger det melde- og tilskuddsplikt til NPE. Et viktig moment vil være om hjelpen ytes ut fra den kompetanse vedkommende besitter som helsepersonell, jf. ordlyden i pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c; ” helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens.”

Melding til NPE skal sendes årlig på eget skjema. Meldingen skal inneholde de opplysninger som er nødvendig for at NPE skal kunne beregne og kreve tilskudd fra virksomheten.

Den som forsettlig unnlater å oppfylle melde- eller tilskuddsplikten til NPE, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Det samme gjelder den som i meldingen gir feil opplysninger slik at det betales for lavt tilskudd.

Mer informasjon og meldeskjema finnes på NPEs nettsider [www.npe.no](http://www.npe.no)

## § 20a. Krav om politiattest<sup>43</sup>

Helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn skal fremlegge politiattest som nevnt i [politiregisterloven § 39 første ledd](#) ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd, [tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd](#) og [spesialist-helsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd](#), samt ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18.

Helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming skal i tilfeller som nevnt i første ledd fremlegge politiattest som viser om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på [straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a](#). Overtrjedelsene skal anmerkes i samsvar med [politiregisterloven § 41 nr. 1](#).

Plikten etter første og annet ledd omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Politiatteest som nevnt i første og annet ledd skal ikke være eldre enn tre måneder.

Den som har vedtatt forelegg eller er dømt for overtrjedelser som nevnt i annet ledd, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjeneste til barn eller personer med utviklingshemming.

Kommentarer til § 20a:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, avtale, arbeidsforhold mv. der vedkommende kan komme i situasjoner med barn eller utviklingshemmede hvor seksuelle overgrep kan finne sted

Formålet er å forebygge seksuelle overgrep mot barn og personer med utviklingshemming.

Kravet til politiattest erstatter ikke nødvendigheten av økt bevissthet om forebygging av seksuelle overgrep i helsetjenesten. Et godt fungerende [internkontrollsystem](#) og organiseringen av den daglige tjenesteytingen, er viktige virkemidler i dette arbeidet.

**Første ledd** bestemmer at helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn har plikt til å fremlegge politiattest etter politiregisterloven § 39 første ledd, dvs. en såkalt barneomsorgsattest. En barneomsorgsattest kan inneholde noen flere straffeovertrjedelser enn en politiattest etter annet ledd. En barneomsorgsattest omfatter også overtrjedelse av straffeloven § 162 (narkotikaforbrytelser), § 201 a (møte et barn med forsett om å begå seksuelt overgrep), § 219 (vold i nære relasjoner), § 224 (menneskehandel), § 229 annet og tredje straffalternativ (legemsbeskadigelse), § 231 (grov legemsbeskadigelse), § 233 (drap) og § 268 jf. § 267, i tillegg til de som fremgår av annet ledd (grovt ran).

Plikten inntreer først når vedkommende faktisk får tilbud om stilling, ved inngåelse av fastlege- eller driftsavtale samt ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. helsepersonelloven § 18, og ikke på et tidligere stadium i ansettelsesprosedyren.

<sup>43</sup> Ikraft 1 jan 2014 iflg. [res. 27 sep 2013 nr. 1132](#)



Arbeidsgiver har ansvar for å foreta en konkret vurdering for hver enkelt stilling eller hvert ansettelsesforhold av om politiattest skal kreves. Det bør framgå av utlysningen av stillingen/anbudet at politiattest vil bli avkrevd, slik at søker har kunnskap om kravet.

Begrepet "stilling" skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, jobb, vikariat osv. både i offentlig og privat virksomhet. Kravet om politiattest er ment å gjelde alle tilfeller hvor personell skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede, ikke bare ved ordinære ansettelser.

Det avgjørende for om politiattest skal kreves eller ikke, er om vedkommende i sin utøvelse av tjenesten vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der en seksualforbrytelse kan finne sted. Det samme gjelder ved inngåelse av avtale mellom helsepersonell og kommune eller helseforetak.

Etter **andre ledd første punktum** skal politiattesten vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for brudd på visse nærmere bestemte straffebud. Det dreier seg om straffeloven § 192 (voldtekt), § 193 (seksuell omgang ved misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold), § 194 (seksuell omgang med noen som er innsatt eller plassert i anstalt eller institusjon under kriminalomsorgen eller i politiet eller i institusjon under barnevernet og som der står under vedkommendes myndighet eller oppsikt), § 195 (seksuell omgang med barn under 14 år), § 196 (seksuell omgang med barn under 16 år), § 197 (seksuell omgang med slektning i nedstigende linje, biologiske og adopterte etterkommere), § 199 (seksuell omgang med fosterbarn, pleiebarn, stebarn eller noen annen person under 18 år som står under hans omsorg, myndighet eller oppsikt), § 200 andre ledd (seksuell handling med barn under 16 år), § 201 bokstav c (seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd i nærvær av eller overfor barn under 16 år), § 203 (seksuell omgang eller handling med en person under 18 år mot vederlag) og § 204a (barnepornografi).

Av **andre ledd annet punktum** fremgår det at dette er en avgrenset uttømmende politiattest.

Datilsynet har gitt pålegg om at politiattestene ikke skal oppbevares av arbeidsgiver. Av hensyn til dokumentasjon og kontroll skal arbeidsgiver sørge for å notere at vedkommende som tilsettes har lagt fram blank politiattest. Tilsvarende notat skal gjøres ved inngåelse av fastlege- eller driftsavtale med helsepersonell.

**Tredje ledd** omhandler unntak fra plikten til å legge fram politiattest. Ikke enhver stilling eller avtale som innebærer at helsepersonell kan ha yrkesmessig kontakt med barn eller personer med utviklingshemming medfører krav om politiattest. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med pasientene slik at det sjelden er noen reell fare for misbruk.

**Fjerde ledd** bestemmer at politiattestene ikke må være eldre enn tre måneder.

**Femte ledd** fastslår at den som har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelser som nevnt i annet ledd, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Et forelegg som er ilagt, men ikke vedtatt, er å anse som en verserende sak, som ikke er endelig avgjort. En slik avgjørelse kan derved ikke danne grunnlag for et yrkesforbud.

Utelukkelse etter femte ledd gjelder bare for overtredelser av bestemmelser som nevnt i annet ledd. Merknader på en barneomsorgsattest om overtredelse av en av bestemmelsene nevnt i første ledd, innebærer ikke dette i seg selv et yrkesforbud. I disse tilfellene må konsekvensene av merknader vurderes konkret.

Politiattest skal ikke fremlegges når man søker autorisasjon. Politiattestregelen kan derfor ikke brukes til å innsnevre autorisasjonsbestemmelsen. Det innebærer at helsepersonell med merknad på politiattesten kan gis/beholde autorisasjonen. Eventuelt tap av eller nektelse av autorisasjon krever en uegnehetsvurdering etter helsepersonelloven §§ 57 eller 48 andre ledd bokstav d.

## Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett

### § 21. Hovedregel om taushetsplikt

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

Kommentarer til § 21:

Bestemmelsen er hovedregelen om helsepersonells yrkesmessige taushetsplikt og korresponderer med pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger etter [pasient og brukerrettighetsloven](#) § 3-6. Bestemmelsen må ses i sammenheng med bestemmelsene om taushetsplikt i [helseregisterloven](#) § 15. Det er også gitt bestemmelser om taushetsplikt i [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 6-1 og [helse og omsorgstjenesteloven](#) § 12-1. Disse to bestemmelsene om forvaltningsmessig taushetsplikt har først og fremst selvstendig betydning for ansatte innen den offentlige helsetjeneste som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21.

Formålet med helsepersonells taushetsplikt er å bidra til å verne om pasientens integritet, sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at hjelpetrequende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Videre skal taushetsplikten bidra til at pasienter vil gi fra seg de opplysninger om seg selv og sin helsetilstand som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten/helsepersonellet blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp. Pasienter skal føle seg trygge på at opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelp ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til uvedkommende.

Taushetsplikten gjelder alt helsepersonell som yter helsehjelp. Helsehjelp er definert i helsepersonelloven § 3. Også personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp, har taushetsplikt, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1](#).

Taushetsplikten er begrenset til å gjelde opplysninger man har fått kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten omfatter også opplysninger man får tilgang til utenfor tjenesteforholdet, så lenge helsepersonellet mottar disse i egenskap av å være helsepersonell. Dette er i tråd med domstolenes tolkning av taushetsplikten på et beslektet saksfelt (tidligere sosialtjenesteloven).<sup>44</sup>

Bestemmelsen er i tillegg gjort gjeldende for alle som behandler helseopplysninger i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, jf. [helseregisterloven](#) § 15. Dette innebærer at også personell som kun utfører pasientadministrative oppgaver i helse- og omsorgstjenesten også er underlagt helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt når de behandler helseopplysninger. Eksempler på dette kan være rent merkantilt personell og personell som har til oppgave å motta helseopplysninger for videreformidling eller rådgivning ved for eksempel akuttmottak eller i kommunikasjonssystemer i helse- og omsorgstjenesten.

<sup>44</sup> Rt. 1989 s.1363

Autorisert helsepersonell som er ansatt i offentlig forvaltning, men som jobber utenfor helseforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten er underlagt forvaltningslovens taushetsplikt og eventuell taushetsplikt hvis slik er gitt i særlovgivning. Det vil for eksempel gjelde for ansatte i barneverntjenesten, Nav, PP-tjenesten eller politiet.

Helsepersonell skal "hindre" at andre får kjennskap eller tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette innebærer ikke bare en passiv plikt for helsepersonellet til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon<sup>45</sup>. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten. Dette korresponderer med virksomhetseiers plikt i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer i virksomheten.

Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Med "legems- eller sykdomsforhold" menes opplysninger om den enkeltes helsesituasjon og sykdomsforhold, enten det er av psykisk eller fysisk karakter.

I tillegg til helserelaterte opplysninger omfattes også opplysninger om andre personlige forhold. Med det menes det opplysninger om forhold som er knyttet til den enkelte person. Det vil typisk være opplysninger om sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold mv. Som eksempler kan nevnes opplysninger om pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, bopel og arbeidssted, yrke og økonomisk situasjon, slektskaps-, familie- eller hjemforhold og lignende type opplysninger. Det vises også til bestemmelsene om taushetsplikt i helseregisterloven § 15 andre ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

Også informasjon om at en pasient er innlagt på sykehus eller har oppsøkt helsepersonell er som utgangspunkt taushetsbelagt. Dette utgangspunktet må likevel modifieres i forhold til nærmeste pårørende, som har en rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-4, jf. også helsepersonells korresponderende opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 10. Også uten pasientens samtykke har pårørende en rett til informasjon dersom forholdene tilsier det og det ikke er grunn til å tro at pasienten ville ha motsatt seg det. Det kan typisk være når pasienten er bevisstløs etter en ulykke. Helsedirektoratet har også lagt til grunn at sykehus i en krise- eller katastrofesituasjon kan utlevere opplysninger om identiteten til innlagt pasient til politiet i den hensikt at politiet skal ivareta varsling av pårørende.<sup>46</sup> I rettspraksis er det lagt til grunn at opplysninger om det forhold at en pasient har oppsøkt psykolog er å anse som taushetsbelagt informasjon.<sup>47</sup> Er man i tvil om informasjon kan viderefremmes, bør man så langt som mulig avklare dette med pasienten.

Taushetsplikten gjelder også mellom helsepersonell. Helsepersonell kan ikke utveksle pasientopplysninger seg i mellom, med mindre det er nødvendig for behandling og oppfølging av den aktuelle pasient, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

<sup>45</sup> Rt. 2013 s. 1442 omhandler en leges plikt til å ivareta sin taushetsplikt ved overlevering av narkotika til politiet.

<sup>46</sup> [Helsedirektoratets brev av 20. august 2012 jnr. 12/6900](#)

<sup>47</sup> Rt. 1955 s. 191

## **§ 21a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger**

**Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.**

Kommentarer til § 21a:

Bestemmelsen fastslår at det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i helsepersonelloven § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

Formålet med bestemmelsen er å gi et klart forbud mot å tilegne seg pasientopplysninger uten tjenestelig behov og å kunne sanksjonere slik tilegnelse. Bestemmelsen skal styrke vernet om taushetsbelagte opplysninger. Det vil si opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Behovet for et slikt forbud er blitt mer aktuelt som følge av den tekniske utviklingens muligheter og av at behandling av helseopplysninger i stor grad skjer med elektroniske hjelpemidler.

Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse i de tilfeller det foreligger særskilt hjemmel i lov eller forskrift for å kunne tilegne seg opplysningene. Det mest aktuelle eksemplet på lovlig tilgang til helseopplysninger, er når tilgangen er nødvendig for å yte helsehjelp, eventuelt administrasjon av slik hjelp til en pasient. Relevant lovhjemmel vil i slike tilfeller være helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Det sentrale i vurderingen av om det er rettmessig å utveksle, videreformidle eller tilegne seg taushetsbelagte helseopplysninger i en behandlingssituasjon, vil være om opplysningene er nødvendige for at helsepersonellet skal kunne yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Dette vil være en konkret vurdering som blant annet avhenger av helsehjelpens karakter og arten av opplysninger. Innholdet i den konkrete helsehjelpen vil tilsi hvilke opplysninger og av hvilket omfang den enkelte har behov for opplysningene.

Det er ikke tillatt å lese i journalen til en pasient man ikke har noe ansvar for å yte helsehjelp til, eventuelt administrere slik hjelp til. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke kan lese i journalen til en tidligere pasient, hvis helsepersonellet ikke lenger har noe ansvar for helsehjelpen til pasienten, med mindre slik lesing er hjemlet i lov eller forskrift. Pasientens samtykke kan være eksempel på en slik hjemmel, jf. helsepersonelloven § 22. Et annet eksempel kan være helsepersonelloven § 26 første ledd som åpner for at opplysninger kan brukes for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Hjemmelen i § 26 forutsetter at formålet med bruken er ledelsesforankret som en del av virksomhetens kvalitetssikring og internkontroll.

På samme måte som erfaringsoverføring og kvalitetssikring er en viktig del av det å drive helsetjenestevirksomhet, vil undervisning være en viktig oppgave, særlig for universitets- sykehusene. Bestemmelsen kan derfor neppe tolkes så strengt at helsepersonell ikke kan ta ut pasientopplysninger for å anonymisere dette til bruk i undervisning av studenter og elever. Forbudet kan neppe heller forstås slik at helsepersonell ikke kan hente ut kontaktinformasjon om pasienten fra pasientjournalen til bruk i videreforsendelse av samtykkeforespørsler fra forskere. Dette ville i så fall begrense pasienters mulighet til å samtykke til deltakelse i forskning.

Forbudet mot å besitte opplysninger innebærer at dersom man mottar en feilforsendelse enten i elektronisk form eller i papirform, så plikter man å tilbakelevere eller destruere opplysningene på betryggende måte. Ved klare feilsendinger bør man også gjøre avsender oppmerksom på at opplysningene er blitt sendt til feil person.

Statens helsetilsyn har i sine vurderinger av brudd på bestemmelsen lagt vekt på at pliktbruddet er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, svekker tilliten til helsepersonellet og helsetjenesten, at det er misbruk av tilgangsrettigheter i elektronisk pasientjournal og et alvorlig brudd på den tillit helsepersonellet er gitt av arbeidsgiver og samfunnet. I de saker Statens helsetilsyn har konkludert med at § 21a er brutt, har helsepersonellet fått en advarsel. Reaksjonen har blitt gitt uavhengig av omfanget av "snokingen".<sup>48</sup>

Det følger av helsepersonelloven § 67 at det kreves forsettlig eller grov uaktsom overtredelse av forbudet for å kunne straffes.

---

<sup>48</sup> Se bl.a. Statens helsetilsyns [vedtak 4. november 2010](#)

## § 22. Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Et forsikringssselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient og brukerrettighetsloven § 5-1 annet ledd.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Kommentarer til § 22:

Bestemmelsen fastslår at taushetsplikten ikke gjelder overfor den personen som opplysningene gjelder. Videre fastslår den at helsepersonell kan gi opplysningene videre til tredjemann dersom personen som opplysningene gjelder samtykker til dette.

Helsepersonells rett til å gi opplysninger videre til tredjemann ved samtykke korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 andre ledd om rett til å samtykke.

**Første ledd første punktum** fastslår at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, samt at taushetsplikten ikke gjelder i den grad det foreligger samtykke fra den opplysningene gjelder.

Samtykket skal være avgitt av en person med samtykkekompetanse, og det skal være frivillig og informert. Et gyldig samtykke gir helsepersonell rett til å gi opplysninger videre så langt samtykket gjelder. Helsepersonell kan likevel nekte eller avstå fra å gi opplysninger videre uten nærmere begrunnelse for det

Om pasienten har samtykkekompetanse og mulighet for å avgi et gyldig samtykke, avhenger av en konkret vurdering av pasientens modenhet, psykiske og somatiske tilstand. Det innebærer at vedkommende fysisk og psykisk må være i stand til både å forstå og vurdere konsekvenser av samtykket.

Hvis det åpenbart er i pasientens interesse, men vedkommende av en eller annen grunn ikke er i stand til å gi samtykke, kan slikt samtykke presumeres (forutsettes). Med "åpenbart" menes utvilsomt. Det må vurderes ut fra opplysningenes art og vedkommendes formodede (antatte) vilje. Den mest aktuelle situasjonen er hvor en pasient er bevisstløs og hvor opplysningene er nødvendige for en adekvat medisinsk behandling av vedkommende. Det kan også være opplysninger som er nødvendige av hensyn til etterforskning av en alvorlig forbrytelse begått mot pasienten.

Videre kreves det at samtykket er informert. Det forutsettes derfor at den opplysningene gjelder har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå rekkevidden av samtykket. Dette innebærer informasjon om hvilke opplysninger det er aktuelt å videreformidle, til hvem opplysningene skal gis, hva som er formålet med videreformidlingen og eventuelle konsekvenser av denne. Kravene til informasjon må også ses i sammenheng med de

generelle kravene til informasjonsplikt som gis i helseregisterloven §§ 23 og 24 og som gjelder for behandling av helseopplysninger ved hjelp av elektroniske hjelpemidler.

Det stilles ingen formkrav til samtykket etter § 22 og det behøver ikke å være skriftlig. Også indirekte og underforstått samtykke vil kunne være tilstrekkelig i konkrete situasjoner, som for eksempel hvor pasienten kommer til konsultasjon sammen med sin ektefelle eller annen nær pårørende og pasienten med sin adferd må anses å samtykke til at informasjon utveksles med ektefelle/pårørende til stede.

I en tilsynssak hvor et av forholdene gjaldt en fjernsynskanal som filmet en pasient som var bevisstløs uten at samtykke forelå, men som senere gav sin tilslutning til bruk av anonymisert billedmateriale, uttalte Statens helsetilsyn at taushetsplikten ble brutt i det filmopptaket ble tatt og at et etterfølgende samtykke til publisering av filmopptak ikke kunne reparere et brudd på taushetsplikten. Statens helsetilsyn uttalte videre at et hypotetisk samtykke i utgangspunktet ikke er tilstrekkelig som hjemmel i denne type saker.<sup>49</sup>

**Første ledd siste punktum** begrenser forsikringsselskapers adgang til å få utlevert opplysninger på grunnlag av samtykke. Opplysninger forsikringstakeren/pasienten selv nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd kan heller ikke utleveres til et forsikringsselskap. Dette gjelder opplysninger som det anses påtrengende nødvendig å nekte pasienten innsyn i for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade på pasienten selv, eller hvor innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Dette innebærer en viss begrensning i forsikringsselskapers tilgang til informasjon, men vil trolig gjelde i meget få tilfeller. I avveiningen mellom selskapenes behov for informasjon og behovet for å beskytte liv og helse, må sistnevnte hensyn veie tyngst.

**Andre ledd** viser til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 om representasjon på vegne av pasienter under 16 år. Foreldre eller andre som innehar foreldreansvar har rett til å samtykke på vegne av barn under 16 år. Dette utgangspunktet modifiseres på flere punkter. Barn over 12 år skal ha økende grad av selvbestemmelse i helsespørsmål og det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Slik sett kan det oppfattes som en "delt samtykkekompetanse" mellom foreldre/foresatte og barn mellom 12 og 16 år. Er pasienten et barn mellom 12 og 16 år, skal opplysningene ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Dette får naturlig nok også betydning for foreldre eller foresattes rett til å samtykke på barnets vegne til at samme informasjon viderefordles til andre.

**Tredje ledd** gir nærmeste pårørende rett til å samtykke i at opplysninger viderefordles på vegne av personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmål om samtykke av grunner som er nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 andre ledd. Det vil gjelde for pasienter som åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming. For hvem som kan være nærmeste pårørende vises det til pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Det er grunn til å merke seg at mens § 22 tredje ledd gir pasientens pårørende myndighet til å samtykke til at *opplysninger* gis videre på vegne av voksne pasienter som ikke kan avgi eget samtykke, er det etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 behandlende helsepersonell som kan samtykke til *helsehjelp* på vegne av den samme pasientgruppen.

---

<sup>49</sup> [Statens helsetilsyns brev jnr. 2008/919, se Del III – andre forhold](#)



## § 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre,
5. at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet eller
6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde

Kommentarer til § 23:

Bestemmelsen regulerer unntak fra hovedregelen om taushetsplikt i helsepersonelloven § 21. Den gir en oppregning av situasjoner hvor taushetsplikten ikke er til hinder for utlevering av pasientopplysninger. I disse situasjonene inntreer en opplysningsrett for helsepersonellet. Opplysningsrett innebærer at helsepersonell selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Loven gir i slike tilfeller anvisning på to handlingsalternativer; rett til å tie og rett til å tale. Hvilket alternativ man velger vil bero på en faglig og skjønnsmessig vurdering. For at det skal foreligge opplysningsplikt må plikten være hjemlet i lov, jf. for eksempel helsepersonelloven §§ 30-34.

Det gis ytterligere unntak fra taushetsplikten i de følgende bestemmelsene i kapittelet, som for eksempel unntak fra taushetsplikt ved samarbeid med annet personell etter helsepersonelloven § 25.

Når loven i gitte situasjoner fritar helsepersonell fra taushetsplikten, skyldes det at andre hensyn i disse tilfellene må veie tyngre enn de hensyn som begrunner taushetsplikten. Det presiseres at det, så langt det er mulig, må tas hensyn til pasienten også når taushetsplikten fravikes.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som i utgangspunktet er undergitt lovbestemt taushetsplikt skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det, informeres om hvilke opplysningene som er gitt. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6.

**Punkt 1:** Taushetsplikten gjelder ikke i forhold til den som fra før av er kjent med opplysningene. Dette unntaket fra taushetsplikten begrenser seg til å gjelde konkrete opplysninger som er kjent fra før. Taushetsplikten vil fortsatt gjelde for opplysninger og informasjon som ikke er gjort kjent. Det er imidlertid ikke helsepersonells oppgave å bekrefte andres kunnskaper om pasienten.

Unntaket medfører ikke at helsepersonell har rett til å gi uttalelser og vurderinger til media om konkrete pasienter, selv om pasienten på egen hånd allerede har gitt opplysninger om seg selv til media. I slike tilfeller kreves pasientens samtykke. Selv om den som har krav på taushet samtykker er det selvfølgelig helsepersonellens egen avgjørelse om de ønsker å utlevere opplysninger eller gi vurderinger til media.

**Punkt 2:** Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold. Et eksempel kan være opplysning om at en person har en funksjonshemming som vanskelig lar seg skjule. Unntaket rekkevidde vil være begrenset. Momenter i vurderingen vil være opplysningenes karakter, hensynet til pasientens integritet og hensyn til vern av pasientens privatliv. Videre vil det være et moment hvordan vedkommende pasient selv vurderer opplysningene.

**Punkt 3:** Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse er betryggende ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt og opplysningene er anonyme. Det må vurderes konkret om enkeltpersoner kan identifiseres på grunnlag av opplysningene. Det avgjørende er om opplysningene inneholder tilknytningspunkter (kommunenavn, kjønn, alder, diagnose etc.) som til sammen er tilstrekkelig for å kunne identifisere enkeltpersoner. Det er lagt til grunn i forarbeidene til helseregisterloven at opplysninger som kan knyttes til fire-fem individer og mer, er anonymiserte.

**Punkt 4:** Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Unntaket er en videreføring av tidligere rett og angir den interesseavveining som skal foretas før videreformidling av opplysninger kan skje. Hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Begrunnelsen for å videreformidle informasjon vil være at det skal motvirke risiko for skader av et visst omfang. Bestemmelsens unntak omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling, og vil i utgangspunktet gjelde fare for menneskeliv og helse. Vurderingstemaet "tungtveiende private eller offentlige interesser" vil imidlertid også kunne omfatte interesser utover menneskeliv og helse.

I alminnelighet vil de vurderinger helsepersonell må foreta langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner.

Dersom helsepersonell har grunn til å tro at pasienten har utført eller er i ferd med å utføre kriminelle handlinger og på denne bakgrunn vurderes å være til fare for sine omgivelser, vil det være aktuelt å vurdere unntak etter bestemmelsen. Det kreves ikke at helsepersonellet skal ha sikker kunnskap, men det må foreligge mer enn en anelse. Det kan for eksempel dreie seg om situasjoner hvor en psykiatrisk pasient er i besittelse av våpen eller hvor en pasient er i ferd med å kjøre i ruspåvirket tilstand. Hvor stor risikoen er for at en skadevoldende handling vil inntre, må vurderes opp mot hensynene som taushetsplikten er ment å ivareta. Det må baseres på en konkret vurdering av påregneligheten for at handlingen skal skje, og alvorligheten av faren og det potensielle skadeomfang. Ikke ethvert brudd på straffelovgivningen og vegtrafikkloven er tilstrekkelig for å tilsidesette taushetsplikten. Hensynene bak taushetsplikten tilsier at helsepersonell har taushetsplikt til tross for fare for at pasienten vil kjøre ulovlig. I situasjoner hvor pasienten er synlig beruset og sannsynligheten for at kjøringen vil medføre stor risiko for skade, vil dette stille seg annerledes.

Helsepersonell bør så langt det er mulig informere pasienten om at opplysningsretten vil bli benyttet, for eksempel dersom helsepersonellet observerer at pasienten setter seg bak rattet for å kjøre til tross for ruspåvirkning.

Bestemmelsen i § 23 nr. 4 vil også kunne komme til anvendelse i situasjoner hvor helsepersonellet selv har behov for den beskyttelse som ligger i at andre er orientert om pasientens tilstand og oppholdssted, for eksempel ved et hjemmebesøk hos en truende person. Tilsvarende vil unntaket også kunne komme til anvendelse dersom helsepersonell, i kraft av å yte helsehjelp til annet helsepersonell blir kjent med forhold hos helsepersonellet som representerer en fare for pasienters sikkerhet

Ved spørsmål om helsepersonells opplysningsplikt ved mishandling av partner har Justisdepartementets lovavdeling<sup>50</sup> lagt til grunn at taushetsplikten først kan vike i helt spesielt alvorlige tilfeller og at det vil ha betydning om det er fare for fortsatt mishandling. Vurderingen ble gjort i forhold til tidligere regelov § 31. Lovavdelingen uttalte at lege bør være ytterst varsom med å informere uten nærmere kjennskap til den aktuelle sak. Blant annet kan det være vanskelig for helsepersonell å vurdere om en mishandlingssituasjon er et enkeltstående tilfelle eller er en del av systematisk voldsbruk. Det vil være naturlig å legge de samme vurderinger til grunn for adgangen til å informere politiet etter någjeldende § 23 nr. 4.

I en annen konkret sak ble det reist spørsmål om lege og ambulansesjåførs rett til å forklare seg om hvem som satt bak rattet etter en utforkjøring med bil hvor begge som var med i bilen var alkoholpåvirket. Justisdepartementets lovavdeling<sup>51</sup> la til grunn at det ikke forelå "særlige grunner", jf. tidligere regelov § 31, som gjorde det rettmessig å videreformidle opplysningene.

Helsepersonelloven § 31 pålegger helsepersonell en *plikt* til å varsle politi og brannvesen dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Bestemmelsen går lenger enn den generelle avvergingsplikten etter straffeloven § 139 som gjelder enhver borger, fordi den ikke er begrenset til de forbrytelser som er oppregnet i straffeloven § 139. Både helsepersonelloven § 31 og straffeloven § 139 innebærer en presisering av nødrett og i likhet med § 23 nr. 4 vil det være nødrettsbetraktninger som i hovedsak ligger til grunn for vurderingen av om opplysninger skal videreformidles, eller ikke. Plikten til å varsle etter § 31 vil inntre i situasjoner der dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på liv og helse, eller for å hindre store materielle skader. I stor grad vil det dreie seg om samme type skadevoldende situasjoner som beskrevet i forhold til § 23 nr. 4. *Retten* etter § 23 nr. 4 vil imidlertid inntre noe før *plikten* til å gi opplysninger foreligger. Det vil stilles større krav til påregnelighet for at den skadevoldende hendelsen er i ferd med å skje, før plikten etter § 31 inntre, selv om det ikke heller etter denne bestemmelsen kan kreves visshet eller sikker kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse, eller store materielle skader.

Dersom det foreligger en plikt til å utlevere opplysninger til politiet, er ikke det til hinder for at helsepersonellet i tillegg har opplysningsrett og kan melde i fra til andre i medhold av § 23 nr. 4. Det kan tenkes tilfeller hvor situasjonens hastegrad tilsier at andre står nærmere til å avverge en alvorlig situasjon og derfor bør få informasjon før eller samtidig med politi og brannvesen. Det kan for eksempel dreie seg om informasjon til pårørende, skole, barnehage, den kommunale omsorgstjenesten, tilsynsmyndigheter eller personer i sivil beredskap. Et eksempel kan være en pasient som truer med å dra til barnehagen for å drepe barna sine og situasjonen tilsier at det er grunn til å ta truslene alvorlig. Også i situasjoner som ikke vil innebære en *plikt* til å varsle politiet, vil det kunne være mulig å ha opplysningsrett til andre, dersom vilkårene for dette er tilstede.

Det understrekes at hvorvidt en situasjon tilsier at taushetsplikten kan settes til side etter § 23 nr. 4 må baseres på en konkret vurdering av den aktuelle situasjon.

Det er bare anledning til å utlevere de opplysninger som er nødvendige for å avverge en skade. Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å videreformidle informasjon som er nødvendig for politiets etterforskning av straffbare forhold.

**Punkt 5:** Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller

<sup>50</sup> Uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling av 10. februar 1984

<sup>51</sup> Uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling av 9. august 1982

alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet. Bestemmelsen gir bare helsepersonellet en opplysningsrett, ikke en opplysningsplikt

Det kreves ikke at helsepersonellet skal ha sikker kunnskap, men det må foreligge en berettiget mistanke. Ved vurderingen av om det er grunn til å tro at dyrene utsettes for mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell, må helsepersonellet blant annet se hen til pasientens sykdom eller helsetilstand, og hvilken betydning dette vil ha for pasientens evne til å ta seg av dyrene på en forsvarlig måte. Opplysningsretten vil først inntre dersom forholdene er å karakterisere som "mishandling" av dyr eller dersom den foreliggende svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell er å karakterisere som "alvorlig".

Det kan tenkes situasjoner hvor hensynet til taushetsplikten likevel går foran, selv om situasjonen er av en slik karakter at varsling burde skje. Det kan for eksempel være hvor bruk av opplysningsretten vil forverre eller ødelegge mulighetene for videre behandling eller oppfølging av alvorlig sykdom eller helsetilstand hos pasienten, eller der hvor situasjonen må antas å være av raskt forbigående art dersom nødvendig helsehjelp blir gitt eller hvor helsepersonellet har forsikret seg om at pasienten selv vil iverksette nødvendige tiltak for å sikre god dyrevelferd.

**Punkt 6:** Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre hvis det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt i lov eller i medhold av lov at taushetsplikten ikke skal gjelde. En rekke bestemmelser gjør innskrenkninger i helsepersonells taushetsplikt. Det gjelder blant annet meldepliktbestemmelser, se for eksempel denne lovs kapittel 6 og smittevernloven § 2-3, bestemmelser om å gi opplysning til trygden i folketrygdloven § 21-4 eller bestemmelser om å gi opplysninger til andre offentlige formål, som for eksempel unntaket i legemiddeloven § 25.

De lovbestemmelser som gjør innskrenkning i taushetsplikten har ulik rekkevidde. De gir sjelden rett til å gi alle opplysninger om pasienten helsepersonell sitter inne med, og taushetsplikten blir regelmessig bare opphevet for bestemte formål og i relasjon til bestemte grupper eller organer, som for eksempel for Statens helsetilsyn og folketrygdens organer.

## **§ 24. Opplysninger etter en persons død**

**Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.**

**Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.**

Kommentarer til § 24:

Bestemmelsen regulerer unntak fra taushetsplikten etter en persons død.

Hensynene som begrunner taushetsplikt gjør seg også gjeldende etter en persons død. Avdøde personer har i utgangspunktet samme krav på personvern som de hadde mens de levde. Etter et persons død kan imidlertid andre hensyn og interesser veie vel så tungt og tilsi at opplysninger kan videreformidles. I situasjoner hvor det er behov for å gi helseopplysninger videre om døde og samtykke ikke lenger er praktisk mulig, gir bestemmelsen adgang til å gi opplysninger videre dersom "vektige grunner" taler for det. Bestemmelsen nevner hvilke hensyn som skal legges til grunn i vurderingen.

Bestemmelsen åpner for at opplysninger kan gis til andre enn pårørende, som for eksempel til politi, påtalemyndighet eller domstolene.

**Første ledd** fastslår at opplysninger om en avdød person kan gis videre dersom vektige grunner taler for det. I vurderingen skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Avdødes antatte vilje innebærer en hypotetisk konstruksjon av hva pasienten ville ha ment i situasjoner hvor vedkommende ikke har gitt uttrykk for dette. Har avdøde etterlatt seg en viljeserklæring eller på annen måte uttrykt ønske om håndteringen av helseopplysninger etter sin død, skal det gode grunner til for å handle mot et slikt ønske. I de tilfeller det ikke foreligger noen holdepunkter for hva avdøde mente, må man legge alminnelige oppfatninger til grunn for vurderingen.

Opplysningenes art skal også legges til grunn i vurderingen. Omhandler utleveringen sensitive opplysninger det er grunn til å tro at pasienten ville holdt for seg selv, skal hensynene for utlevering være tunge.

Pårørendes interesser er også et vurderingstema før utlevering. Det vises til definisjonen av pårørende i pasient og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Det er ofte grunn til å tro at pårørendes interesser sammenfaller med avdødes ønske. Det er imidlertid ikke alltid tilfelle, og i enkelte tilfelle opplever man at det er interessemotsetninger pårørende i mellom.

Med "samfunnets interesser" menes det ikke bare offentlige interesser, men også private interesser som er av en slik art at vår rettsorden og vårt samfunn støtter dem. Det kan for eksempel dreie seg om opplysninger om feilbehandlinger, straffbare forhold, smittsomme sykdommer, testasjonsrettslig handleevne eller annet som av hensyn til allmenn samfunnsinteresse bør undersøkes eller følges opp.

For at opplysninger skal kunne utleveres må hensynene som taler for å utgi informasjonen veie tyngre enn hensynet til å bevare taushet. Det er helsepersonellet som sitter med opplysningene, som skal foreta vurderingen om utlevering.

**Andre ledd** regulerer journalinnsyn etter en pasients død. Hovedregelen er at nærmeste pårørende har rett til innsyn, med mindre særlige grunner foreligger. "Særlige grunner" kan være hvor pasienten har gitt uttrykk for at pårørende ikke skal gis innsyn i konkrete opplysninger, eller det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til opplysninger. Bestemmelsen korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 femte ledd. For innholdet i begrepet "nærmeste pårørende" vises det til pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 femte ledd får ikke anvendelse når pårørende ber om innsyn i deler av en avdød pasients journal som er nedtegnet før pasient- og brukerrettighetslovens ikrafttredelse 1. januar 2001<sup>52</sup>. Tilsvarende gjelder for nærmeste pårørendes innsynsrett etter helsepersonelloven § 24 andre ledd. Innsyn må i slike tilfeller vurderes etter det regelverk som gjaldt på det tidspunkt opplysningene ble nedtegnet. Tidligere legelov hadde bestemmelser om taushetsplikten etter en persons død i § 37.

---

<sup>52</sup> Helse- og omsorgsdepartementets brev av 2. oktober 2008, Helsedirektoratets jnr. 08/3256

## **§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell**

**Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. For elektronisk tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter gjelder helseregisterloven § 13 tredje og fjerde ledd.**

**Taushetsplikt etter § 21 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.**

**Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven § 10 a.**

**Personell som nevnt i første, andre og tredje ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.**

Kommentarer til § 25:

Bestemmelsen er et unntak fra taushetsplikten og åpner for å gi helseopplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 45. Helsepersonelloven § 25 regulerer de situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter, mens helsepersonelloven § 45 regulerer plikten til å gi helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient.

Formålet med bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging og for å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

**Første ledd** åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan videreformidles til samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Samarbeidende helsepersonell kan for eksempel være helsepersonell i andre avdelinger, i andre sykehus eller helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter som samarbeider om helsehjelpen til den konkrete pasienten. Også andre enn helsepersonell kan være samarbeidende personell i den grad de samarbeider med det helsepersonell som yter behandling til pasienten. Samarbeidende personell får da tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell.

Unntaket i denne bestemmelsen omfatter ikke annet samarbeid om enkeltpasienter enn i forbindelse med helsehjelp, og gjelder derfor ikke samarbeid mellom helsepersonell og skole, PP-tjenesten og barnevern.

Vilkåret for å gi opplysninger er at formidlingen er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Det må med andre ord foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av formidlingen og hvilke opplysninger det er behov for å utlevere i den konkrete situasjonen.

Kommunikasjonen skal tjene den konkrete pasientbehandling og behovet for kommunikasjon må vurderes i lys av dette.

I vurderingen må også hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett ivaretas. Pasienten skal så langt råd er, være kjent med at det utleveres opplysninger om ham/henne i samarbeidsøyemed, og kan motsette seg dette. Det er imidlertid ikke nødvendig med et eksplisitt samtykke fra pasienten. Pasienter har rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om opplysningene kan være nødvendig for å yte helsehjelp. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 første punktum. Etter bestemmelsen skal opplysninger heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel, jf. bestemmelsens andre punktum. Pasientens antatte samtykke vil være sentralt, og ved tvil bør pasienten forespørres.

Det kan likevel tenkes tilfeller der helsepersonell, ut fra kravet til forsvarlig helsehjelp, kan utlevere opplysninger til samarbeidende personell selv om pasienten motsetter seg slik utlevering. Det vises til kommentarene til § 45 om dette.

Bestemmelsen i § 25 regulerer adgangen til å utlevere taushetsbelagt informasjon. Når det gjelder adgangen til å gi elektronisk tilgang til helseopplysninger, for eksempel i form av lese- og skrivetilgang til den elektroniske journal, blir dette regulert i helseregisterloven § 13. Helseregisterloven § 13 tredje ledd stiller krav til uttrykkelig samtykke for tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter, mens bestemmelsens fjerde ledd gir hjemmel til å gjøre unntak fra kravet i forskrift.

**Andre ledd** åpner for at teknisk personell kan få tilgang til taushetsbelagt informasjon dersom det anses "nødvendig" for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon. Dette tilsier at det både må være nødvendig med teknisk bistand og at den tekniske bistanden forutsetter at taushetsbelagt informasjon må gis. Det vil m.a.o. ikke anses nødvendig hvis opplysningene kan anonymiseres. I denne sammenheng har lovgiver funnet det nødvendig å nevne IT-personell særskilt. Dette er begrunnet i at helsepersonell i praksis vil være avhengig av hjelp fra IT-personell til bl.a. vedlikehold og oppgradering av systemene og til gjenfinning av tapte data.

Opplysninger til bruk i forskning faller utenfor denne bestemmelsen, se regulering av dette i helsepersonelloven §§ 29 og 29 b.

**Tredje ledd** åpner for å kunne informere samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, under forutsetning av at pasienten ikke motsetter seg det. Pasienten skal i så fall være kjent med at informasjon gis til samarbeidende personell. Se kommentarer til helsepersonelloven § 10 a om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Eksempler på opplysninger det kan være nødvendig å gi er at pasienten har barn, alderen til barnet, om det finnes andre omsorgspersoner og andre opplysninger som er nødvendige for å gjøre helsepersonellet i stand til å ivareta barna som pårørende. Det skal normalt ikke gis detaljert informasjon om behandlingen eller helsetilstanden til pasienten.

**Fjerde ledd** er en påminnelse om at personell som nevnt i første, andre og tredje ledd og som mottar helseopplysninger har samme taushetsplikt som helsepersonell. Dette gjelder enten det er samarbeidende personell eller IT-personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysninger eller andre som bistår med service og vedlikehold av utstyr. Det vises til helseregisterloven § 15 og helsepersonelloven § 21 flg.



## § 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.

Kommentarer til § 26:

Bestemmelsen er et unntak fra taushetsplikten og gir adgang til å formidle helseopplysninger til virksomhetens ledelse til bruk i internkontroll og kvalitetssikring og for å kunne gi helsehjelp. Bestemmelsen pålegger også helsepersonell en plikt til å gi opplysninger til virksomhetens pasientadministrative systemer.

Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for nødvendige pasientsystemer slik at tjenesten kan planlegges og gjennomføres på en rasjonell og kvalitativt forsvarlig måte. Hensynet til pasienters personvern vil fortsatt gjøre seg gjeldende, og adgangen til å bruke taushetsbelagte opplysninger er begrenset. Bestemmelsen skal videre tilrettelegge for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som har behov for et betydelig administrativt apparat med behov for systematisering av pasientdata og oversikter i forbindelse med ventelister, økonomiske oppgjørsordninger, refusjonsordninger og egenandeler m.m.

**Første ledd første punktum** gir helsepersonell adgang til å videreformidle helseopplysninger til virksomhetens ledelse for kvalitetssikrings- og internkontrollformål, og for å kunne gi helsehjelp. Utleveringsadgangen begrenses ut fra formålet. Det er kun opplysninger som trengs for å gi helsehjelp eller for gjennomføre internkontroll og kvalitetssikring som kan gis videre.

Bestemmelsen henviser til bruk av personidentifiserbare opplysninger internt i en virksomhet, jf. uttrykket "virksomhetens ledelse" i første ledd. Det er lagt til grunn at det med virksomhetens ledelse innen den offentlige spesialisthelsetjenesten menes helseforetaket. Tilsvarende vil bestemmelsen gjelde innenfor den enkelte kommune.

Bestemmelsen gjelder for virksomheter på alle nivåer, og vil også gjelde for helsepersonell som driver selvstendig virksomhet. I den grad samme kvalitetsutviklingsprosjekt omfatter flere virksomheter, kan ikke opplysninger fra de forskjellige virksomhetene settes sammen i personidentifiserbar form med hjemmel i denne bestemmelsen. Slik sammenstilling må da i tilfelle fremstilles anonymt i statistikkform. For innsamling av pasientopplysninger til bruk i kvalitetsprosjekter fra flere virksomheter vises det til adgangen til å søke dispensasjon fra taushetsplikten i medhold av helsepersonelloven § 29 b.

**Første ledd andre punktum** begrenser bruken av taushetsbelagt informasjon. Det kreves at opplysningene så langt det er mulig skal gis uten individualiserende kjennetegn. Normalt vil det ikke være nødvendig å gi opplysninger om pasientens identitet og bestemmelsen gir

i slike tilfeller ikke hjemmel for adgang til videreformidling av taushetsbelagt informasjon. Dersom det likevel er nødvendig å videreformidle personidentifiserende opplysninger kan pasienten motsette seg utleveringen. Det forutsettes en viss aktivitet fra pasientens side. Det innebærer at det ikke er påkrevd å spørre pasienten i det enkelte tilfelle, med mindre man har grunn til å tro at pasienten ville ha innvendinger hvis han/hun ble spurt.

Bestemmelsens **andre ledd** pålegger helsepersonell plikt til å utlevere opplysninger til virksomhetens pasientadministrative system. Pasientadministrative system er systemer som etableres for å administrere den enkelte behandlingseenhet. Slike systemer er i ulik grad koblet opp til pasientjournalssystemer. Pasientadministrative system inneholder ofte opplysninger som også ligger i den enkelte pasientjournal. Dette kan være diagnosekoder, operasjonskoder, henvisningsårsak osv. Som eksempel kan nevnes systemer for ventelisteføring hvor sykehusene har oversikter over pasienter som venter på behandling. Pasientadministrative systemer omfatter systemer innen den enkelte behandlingseenhet, og både systemer innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten omfattes. Det er kun opplysninger fra helsepersonell til virksomhetens system som reguleres i bestemmelsen.

Bestemmelsens oppstilling av pasientopplysninger er uttømmende. Det vil si at det ikke er adgang til å lagre andre pasientopplysninger i sykehusets pasientadministrative system enn de opplysninger bestemmelsen omtaler. Bakgrunnen for dette er at det er ønskelig å ha en viss kontroll med hvilke data sykehusenes og den kommunale helse- og omsorgstjenestens registreringssystemer har tilgang til.

**Tredje ledd** er en påminnelse om at de alminnelige taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven også gjelder for personell i pasientadministrasjonen som behandler helseopplysninger, jf. helseregisterloven § 15. Andre som utfører tjeneste eller arbeid for en helseinstitusjon uten at de behandler helseopplysninger omfattes av taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1, jf. forvaltningsloven § 13 til 13 e. For ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjelder helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 tilsvarende.

## § 27. Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

Kommentarer til § 27:

Bestemmelser omhandler taushetsplikten for helsepersonell som opptrer som sakkyndige.

**Første ledd** fastslår at helsepersonell som opptrer som sakkyndige ikke har taushetsplikt overfor oppdragsgiveren vedrørende opplysninger som mottas i forbindelse med og som har betydning for sakkyndighetsoppdraget.

Når helsepersonell opptrer som sakkyndige foreligger det ikke et tosidig behandler-pasientforhold. Oppdragsgiveren bestemmer formålet med vurderingene den sakkyndige skal gjøre og den sakkyndiges oppgaver inngår ikke i behandlingen av pasienten. De opplysningene den sakkyndige mottar omfattes derfor ikke av lovens bestemmelser om taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og innsynsrett. Opplysninger som refererer seg til sakkyndighetsoppdraget blir undergitt oppdragsgivers rådighet, og oppdragsgiver har i kraft av dette rett til å bestemme over opplysningene. Dette innebærer blant annet at eventuelle krav fra pasienter om innsyn i aktuelle opplysninger må fremsettes for oppdragsgiver, og avgjøres av denne.

Det er ikke vanlig at helsepersonell påtar seg sakkyndighetsoppdrag vedrørende pasienter de allerede er i et behandlingsforhold til. Helsepersonell i bedriftshelsetjenesten vil imidlertid kunne komme i situasjoner hvor de i tillegg til sakkyndighetsoppdraget også opptrer som behandler for samme pasient. Det forutsettes at pasienten er kjent med hvilken rolle helsepersonellet har og det er viktig at helsepersonellet i slike tilfeller skiller mellom hvilke opplysninger som har fremkommet i rollen som behandler og hvilke opplysninger vedkommende har mottatt som sakkyndig<sup>53</sup>. Det avgjørende for adgangen til å formidle opplysninger til oppdragsgiver må i tvilstilfelle være om helsepersonellet foretar undersøkelsen eller vurderingen på initiativ fra pasienten eller på vegne av oppdragsgiver. Det vil også være av betydning hvordan pasienten har oppfattet relasjonen. Opplysninger som helsepersonellet blir kjent med under ytelse av helsehjelp, er taushetsbelagt etter reglene i helsepersonelloven § 21 flg. Det er spesielt viktig at helsepersonell tydeliggjør sin rolle i situasjoner hvor grensene mellom sakkyndighetsrollen og behandlerrollen erfaringsmessig er glidende, som f.eks. hvor psykologer får oppdrag fra en arbeidsgiver om å kartlegge og analysere arbeidsmiljøet og som ledd i dette gjennomfører personlige samtaler med de ansatte.

**Andre ledd** pålegger den sakkyndige å informere pasienten om sakkyndighetsoppdraget og hva dette innebærer. I dette ligger det en forutsetning om at pasienten skal gjøres kjent med at helsepersonellet opptrer som sakkyndig og at opplysningene som fremkommer i sakkyndighetsoppdraget ikke er taushetsbelagt overfor oppdragsgiver.

<sup>53</sup> [Helsedirektoratets brev jnr.08/8538](#)

## **§ 28. Opplysninger til arbeidsgiver**

**Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.**

Kommentarer til § 28:

Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift som regulerer helsepersonells adgang til å gi opplysninger til arbeidsgiver om arbeidstakeres helseforhold.

Slik forskrift er ikke gitt og helsepersonell har ingen adgang til å gi opplysninger etter bestemmelsen.

## § 29. Opplysninger til forskning mv.<sup>54</sup>

Departementet kan bestemme at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt etter § 21. Til slikt vedtak kan knyttes vilkår. Reglene om taushetsplikt etter denne lov gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan delegere myndigheten etter første ledd til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

Departementet kan i forskrift regulere helsepersonells rett til utlevering og bruk av taushetsbelagte opplysninger til andre formål enn helsehjelp, når pasienten har gitt samtykke. Det gjelder formål som forsikring, kredittinstitusjoner o.l.

Kommentarer til § 29:

Bestemmelsen gir departementet myndighet til å bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt. Det kan stilles vilkår for bruken av opplysningene etter bestemmelsen.

Formålet med bestemmelsen er å fremme forsvarlig forskning på helseopplysninger.

Bestemmelsens virkeområde ble i stor grad endret og nytt andre ledd lagt til ved helseforskningslovens ikrafttredelse i 2009, se særlig helseforskningsloven § 35.

Bestemmelsen er et unntak fra hovedregelen om samtykke fra pasienten. Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å gjøre unntak fra helse- og personvernlovingens regler om informasjon til pasienten. Selv om departementet treffer vedtak om dispensasjon fra kravet om samtykke, er utgangspunktet at pasienten skal informeres om at informasjon blir henholdsvis utlevert og samlet inn, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 tredje ledd og helseregisterloven §§ 23 og 24.

**Første ledd** gir departementet myndighet til å dispensere fra taushetsplikten for utlevering av opplysninger til bruk i forskning. Myndigheten er begrenset til å gjelde for opplysninger som skal brukes til annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker reguleres i helseforskningsloven. Adgangen til bruk av helseopplysninger til medisinsk og helsefaglig forskning er regulert i helseforskningsloven § 35, og myndigheten til å bestemme slik bruk er lagt til den [regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning \(REK\)](#).

Bestemmelsen åpner for beslutning om at opplysningene enten *kan* eller *skal* utleveres til det aktuelle forskningsformålet. Dersom det blir bestemt at opplysningene *kan* brukes til det aktuelle formålet vil det være opp til den som er ansvarlig for opplysningene (den

<sup>54</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 29: [2009.07.02 nr 0989](#): (HOD) Delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd

databehandlingsansvarlige) å bestemme om opplysningene skal utleveres, i henhold til eventuelle vilkår. Dersom det bestemmes at opplysningene *skal* brukes til det aktuelle formålet, vil den som er ansvarlig for opplysningene ha en plikt til å utlevere opplysningene, i henhold til vilkårene.

I samsvar med bestemmelsens **andre ledd** er myndigheten til å bestemme bruk av opplysninger til annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning delegert fra departementet til REK.

**Tredje ledd** gir departementet forskriftshjemmel for nærmere regulering av bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning. Slik forskrift er ikke gitt.

**Fjerde ledd** gir departementet forskriftshjemmel for å regulere helsepersonells rett til utlevering og bruk av taushetsbelagte opplysninger til andre formål enn helsehjelp, når pasienten har gitt samtykke. Aktuelle formål dette vil gjelde for er forsikringsformål og kredittinstitusjoners og lignende institusjoners virksomhet. Forskriftshjemmelen er tatt inn ut fra behovet for å regulere bruk av helseopplysninger til andre formål enn helsehjelp. Ved denne forskriftshjemmelen har departementet mulighet til raskt å gripe inn i uønsket praksis på dette området. Det er foreløpig ikke gitt forskrift etter bestemmelsen.

## § 29 b<sup>55</sup>. Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten

Departementet kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis til bruk ved kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt. Dette kan bare skje dersom behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt. Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Kun i særskilte tilfeller kan det gis tillatelse til bruk av direkte personidentifiserbare opplysninger som for eksempel navn eller fødselsnummer. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan sette vilkår for bruken av opplysninger etter paragrafen her.

Kommentarer til 29 b:

Bestemmelsen fastslår at departementet kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis til bruk ved kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse-omsorgstjenesten, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt. Departementet kan stille vilkår for bruken av opplysningene etter bestemmelsen. Vedtaksmyndigheten er ikke delegert, dvs. at det er departementet selv som fatter vedtak om dispensasjon etter bestemmelsen.

Formålet med bestemmelsen er å åpne for at kvalitetssikring og sammenligning av behandlingskvalitet kan skje på tvers av virksomheter med sikte på kvalitetsutvikling av helse- omsorgstjenesten.

Bestemmelsen er et unntak fra hovedregelen om at det skal foreligge samtykke fra pasienten. Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å gjøre unntak fra helse- og personvernlovnings regler om informasjon til pasienten: Selv om departementet treffer vedtak om dispensasjon fra kravet om samtykke, er utgangspunktet at pasienten skal informeres om at slik informasjon vil bli henholdsvis utlevert og innsamlet, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 3-6 og helseregisterloven §§ 23 og 24.

Bestemmelsens **første ledd første punktum** åpner for at departementet kan bestemme at opplysningene enten *kan* eller *skal* gis til bruk for det aktuelle formålet. Dersom departementet bestemmer at opplysningene *kan* gis til det aktuelle formålet, vil det være opp til den som er ansvarlig for opplysningene (den databehandlingsansvarlige) å bestemme om opplysningene skal utleveres, i henhold til eventuelle vilkår. Dersom departementet bestemmer at opplysningene *skal* brukes til det aktuelle formålet, vil den som er ansvarlig for opplysningene ha en plikt til å utlevere opplysningene, i henhold til vilkårene.

Av **første ledd andre punktum** fremgår det at dispensasjon bare kan gis dersom behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt. I en slik vurdering må hensynene bak taushetsplikten og pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger veie meget tungt.

Det følger av **første ledd tredje punktum** at graden av personidentifikasjon ikke skal være større enn hva som er nødvendig for det aktuelle formålet. Dette vilkåret må ses i lys av

<sup>55</sup> § 29 a er opphevet.

kravet om at enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål. Det angitte formålet vil være bestemmende for hvilke opplysninger det er relevant og nødvendig å behandle. Det er viktig å vurdere hvilke variabler eller grupper av variabler det er nødvendig å behandle, slik at muligheten for bakveisidentifisering blir minst mulig. Som eksempel vil opplysninger om kjønn ofte anses som en nødvendig opplysning - selv om det øker risikoen for bakveisidentifikasjon. Når det gjelder opplysning om alder derimot, er det grunn til å tro at opplysninger om fødselsdag og fødselsmåned i mange tilfeller ikke vil være en nødvendig opplysning. I noen tilfeller kan man også gruppere fødselsår, for eksempel i fem eller ti års intervaller, uten at det begrenser muligheten til å nå formålet med behandlingen av opplysningene. Behovet for variabler i datasettet skal vurderes konkret i forholdt til det enkelte formål, og graden av personidentifikasjon skal derfor ikke være større enn nødvendig.

**Første ledd fjerde punktum** fastslår at det kun i særskilte tilfeller kan gis tillatelse til bruk av direkte personidentifiserbare data som for eksempel navn eller fødselsnummer. Et eksempel hvor det kan være nødvendig med personidentifiserbare opplysninger er der opplysninger fra et sentralt helseregister skal kobles til pasientjournaler. I slike tilfeller kan det ofte være hensiktsmessig at fødselsnummeret brukes som koblingsnøkkel. En eventuell dispensasjon til å bruke direkte personidentifiserbare data kan da gis for selve koblingen, mens det samtidig settes krav om at de direkte personidentifiserbare opplysningene skal slettes straks koblingen er gjennomført, i tillegg kan det bli stilt ytterligere krav om gruppering av variabler, slik at muligheten for bakveisidentifikasjon blir minst mulig.

I bestemmelsens **andre ledd** fastslås det at departementet kan sette vilkår for bruken av opplysninger etter første ledd. Aktuelle vilkår kan være krav til oppbevaring av opplysningene, krav om at opplysningene skal slettes etter en bestemt tid osv. Et aktuelt vilkår kan også være at de registrerte gis rett til å motsette seg at opplysninger brukes (reservasjonsrett). Dispensasjon fra kravet om samtykke etter denne bestemmelsen fritar ikke fra plikten til å informere pasienten om bruken av opplysningene, jf. helseregisterloven §§ 23 og 24.

Bestemmelsen gir hjemmel for dispensasjon fra taushetsplikten for å kunne samle inn helseopplysninger til bruk i kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten. Selve behandlingen av helseopplysningene trenger eget hjemmelsgrunnlag, jf. helseregisterloven § 5 jf. personopplysningsloven §§ 9 og 33, hvor det stilles krav om konsesjon dersom ikke behandlingen følger av lov og ikke er forbudt ved annet særskilt rettsgrunnlag.



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

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger etter særskilt anmodning gis til annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, dersom utleveringen er begrunnet i lærings- og kvalitetssikringshensyn.

Utlevering etter første ledd skal begrenses til de opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet. I pasientens journal skal det dokumenteres hvem opplysninger har blitt utlevert til og hvilke opplysninger som har blitt utlevert, jf. [§ 40](#)

Kommentarer til 29 c:

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven §§ 26 og 29 b, som åpner for at en på systemnivå kan samle inn opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring, og da særlig utlevering av opplysninger «oppover» i egen virksomhet, og «på tvers» av virksomheter.

Bestemmelsen åpner for at en på nærmere vilkår, og uavhengig av innhenting av samtykke fra pasienten, også skal kunne utlevere opplysninger i forbindelse med læring og kvalitetssikring «nedover» til personell som har vært med før innleggelse i sykehus, eller personell som har vært med på den innledende undersøkelsen eller behandlingen av pasienten på sykehuset.

**Første ledd** slår fast at taushetsbelagte opplysninger kan utleveres til annet helsepersonell som tidligere i et konkret behandlingsforløp har ytt helsehjelp til pasienten. Det at en i andre sammenhenger har ytt helsehjelp til pasienten, vil ikke åpne for utlevering av opplysninger knyttet til behandlingsforløp som en selv ikke har deltatt i.

Den som ønsker å få utlevert opplysninger, må komme med en særskilt forespørsel om dette. Bestemmelsen åpner ikke for automatisk utlevering av opplysninger og heller ikke for at den som ber om opplysninger, selv skal få innsyn i journalen til pasienten for å få tilgang til aktuelle opplysninger.

En forespørsel om å få utlevert opplysninger kan fremsettes muntlig eller skriftlig, og en må gjøre rede for den tilknytningen helsepersonellet tidligere har hatt til pasienten, eller den tidligere ytelsen av helsehjelp. Forespørselen må også inneholde tilstrekkelig med opplysninger til at den som får forespørselen, kan identifisere den aktuelle pasienten som forespørselen gjelder, og ta stilling til om vedkommende har tatt del i behandlingsforløpet. Forespørselen må også forklare hvilke opplysninger en ønsker utlevert, og begrunne hvorfor det ut fra lærings- og kvalitetssikringshensyn er ønskelig å få disse opplysningene. Forespørselen må videre inneholde nok opplysninger til at den som tar imot den, kan ta stilling til om vilkårene for utlevering er oppfylt.

Både forespørselen om å få utlevert opplysninger og selve utleveringen av opplysninger kan som nevnt skje muntlig eller skriftlig. I mange tilfelle vil det bare være ønskelig med en tilbakemelding på om de helsefaglige undersøkelsene, vurderingene og behandlingstiltakene som ble utført, var korrekte. I slike tilfelle vil muntlig forespørsel og tilbakemelding både være hensiktsmessig og spare tid og arbeid. I andre tilfeller kan det være behov for en noe mer detaljert eller omfattende orientering om undersøkelser, vurderinger, behandlingstiltakene eller effekten av behandlingstiltakene. Her kan det i

mange tilfelle være mest hensiktsmessig med skriftlig forespørsel og/eller tilbakemelding.

Helsepersonell som får en muntlig forespørsel om å utlevere helseopplysninger, må som nevnt forsikre seg om at den som spør etter opplysninger, virkelig har vært involvert i tidligere ytelse av helsehjelp til pasienten. I mange tilfelle vil dette gå klart fram av omstendighetene, fordi vedkommende er kjent med opplysninger som bare involvert helsepersonell kunne ha vært kjent med. Dersom en likevel er i tvil, vil en i mange tilfelle kunne avkrefte slik tvil ved å ringe tilbake, for på den måten å få bekreftet rett identitet. I de tilfellene der en fremdeles er i tvil om den personen som tar kontakt, virkelig er den han eller hun utgir seg for å være, bør utlevering av opplysninger enten avslås eller skje skriftlig og ikke muntlig.

Ifølge bestemmelsen kan opplysninger bare bli utlevert dersom dette er «begrunnet i lærings- og kvalitetssikringshensyn». Den som tar imot forespørselen, må gjøre en konkret vurdering av om vilkåret er oppfylt, og i så fall hvilke opplysninger som kan utleveres, jf. nedenfor om at det ikke kan utleveres flere opplysninger enn det som er nødvendig og relevant for formålet. Dersom helsepersonellet kommer til at vilkårene ikke er oppfylt, vil det ikke være adgang til å utlevere opplysninger.

Lovregelen vil blant annet gi hjemmel for utlevering av opplysninger om faktisk diagnose. Dette er opplysninger som i mange sammenhenger vil være relevante ut fra lærings- og kvalitetssikringshensyn. Det kan her for eksempel dreie seg om differensialdiagnoser som det er viktig at helsepersonellet har kunnskap om, og som kan være avgjørende ved fremtidig ytelse av helsehjelp. Dersom det for eksempel er snakk om helt nye opplysninger som kommer fram etter en behandlingsperiode, for eksempel dersom det viser seg at pasienten i tillegg til det som i utgangspunktet var årsak til innleggelsen, også har en tilleggsdiagnose, vil dette i mange tilfelle være opplysninger som ikke kan utleveres.

Det kan ikke utleveres opplysninger dersom den det gjelder, motsetter seg dette, samtidig som det ikke er et vilkår for utlevering at en har innhentet eksplisitt samtykke fra pasienten.

Av **andre ledd** går det fram at det ikke skal utleveres flere opplysninger enn det som er nødvendig og relevant for formålet, jf. **første punktum**. Hvilke opplysninger som kan utleveres, må avklares etter en konkret vurdering av begrunnelsen som helsepersonellet gir i forespørselen om å få utlevert opplysninger. Ved denne vurderingen må det blant annet legges vekt på hvor lang tid det har gått siden helsepersonellet som ber om opplysninger, medvirket i helsehjelpen til pasienten. Desto lenger tid som har gått, jo mindre er trolig læringspotensialet. Det vil også være naturlig å vurdere relevansen mellom de opplysningene det spørres om, og den tidligere kontakten med pasienten.

I **andre punktum** presiseres det skal dokumenteres i journalen hvem som har fått utlevert opplysninger og hvilke opplysninger som er utlevert. Slik dokumentasjon vil gjøre at det i ettertid er mulig å finne fram til hvem som har fått utlevert opplysninger, hvilke opplysninger som konkret ble utlevert, og å etterprøve om det var adgang til å utlevere denne typen opplysninger til det aktuelle helsepersonellet. I de tilfellene hvor helsepersonellet kommer til at det ikke er adgang til å utlevere opplysninger, vil det ikke være nødvendig å dokumentere dette i journalen til pasienten.

Når det gjelder spørsmål om eventuell dokumentasjonsplikt for det helsepersonellet som får utlevert opplysninger, gir ikke helsepersonelloven § 40 mottakeren av opplysningene hjemmel til å behandle opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Dette tilsier at opplysningene ikke kan lagres i personidentifiserbar form, og at mottatte opplysninger i personidentifiserbar form må slettes fortløpende. Formålet med å få utlevert opplysninger er læring og kvalitetssikring, og etter at kunnskapen er mottatt, vil opplysningene ikke lenger være relevante for formålet, jf. helseregisterlova § 11. Mottatte opplysninger skal heller ikke

kunne danne grunnlag for et register der det inngår opplysninger om flere pasienter vedkommende helsepersonell tidligere har ytt helsehjelp til.

Det helsepersonell som etter forespørsel får utlevert taushetsbelagte opplysninger, vil også være pålagt taushetsplikt knyttet til disse opplysningene, jf. særlig helsepersonelloven kapittel 5.

## Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v.

### § 30. Opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

Helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomhetens lokaler, og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelsen av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak o.l. som kreves av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen.

Kommentarer til § 30:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell å gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomhetens lokaler, samt å gi opplysninger som anses påkrevd for utøvelse av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Bestemmelsen fritar helsepersonell fra taushetsplikten etter § 21.

Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for helsemyndighetenes tilsyn med helsepersonells yrkesutøvelse.

Virksomheter i helsetjenesten har en korresponderende plikt til å gi adgang til lokaler og utlevering av opplysninger, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3, jf. kommuneloven § 60c.

Bestemmelsen inneholder to pålegg. For det første skal helsepersonell gi Fylkesmannen og Statens helsetilsyn adgang til virksomheten. Dette innebærer å gi fysisk adgang til virksomhetens lokaler ved tilsynsbesøk.

For det andre skal helsepersonell forklare seg om fakta og utlevere opplysninger i enhver form til tilsynsmyndigheten når dette kreves. Dette omfatter alle slags opplysninger som finnes i dokumenter, pasientjournaler, røntgenbilder, lyd- og bildeopptak samt opplysninger lagret på mikrofilm, diskett, CD eller lignende. Bestemmelsen er forutsatt å skulle omfatte den tekniske utvikling med hensyn til fremtidige muligheter for å lagre opplysninger.

Helsepersonell er pliktige til å gi faktaopplysninger for å avklare for eksempel et hendelsesforløp, men er ikke pliktig til å gi egne, subjektive vurderinger av et forhold.

Det er et vilkår for utlevering av opplysninger etter denne bestemmelsen at tilsynet er rettet mot helsepersonells virksomhet. Bestemmelsen gir ikke adgang til å kreve utlevert pasientopplysninger om helsepersonellet. Helsepersonell har krav på samme beskyttelse rundt sin private sfære som andre pasienter. Dersom tilsynsmyndigheten ønsker utlevert pasientopplysninger om helsepersonell, kreves vedkommendes samtykke eller hjemmel i andre unntaksbestemmelser fra taushetsplikten; for eksempel helsepersonelloven § 60 om plikt for helsepersonell til å underkaste seg sakkyndig undersøkelse.

Plikten etter bestemmelsen inntreffer først når myndigheten har henvendt seg til helsepersonellet, dvs. at denne bestemmelsen ikke gir helsepersonell en plikt eller rett til uoppfordret å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Pålegg om utlevering av opplysninger etter denne bestemmelsen kan påklages etter forvaltningsloven § 14. Klagen kan omfatte

hvorvidt klager har plikt til eller det er lovlig adgang til å utlevere disse opplysningene. Klagen må fremsettes innen tre dager og kan også være muntlig.

I andre punktum gis et uttrykkelig unntak fra taushetsplikten. Unntaket gjelder ikke ubetinget. Det er kun opplysninger som er relevante og nødvendige for det konkrete tilsynet som det er anledning til å utlevere.

Bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 tredje ledd om retten til vern mot spredning av opplysninger, kan også komme til anvendelse når helsepersonell utleverer helseopplysninger etter denne bestemmelsen. Det vil at der helsepersonell utleverer helseopplysninger om en pasient i medhold av lovbestemt opplysningsplikt, skal pasienten, så langt forholdene tilsier dette, informeres om både utleveringen og hva som har blitt utlevert. Dette kan gjøre ved at pasienten for eksempel får gjenpart av opplysningene helsepersonellet og/eller virksomheten sender tilsynet.

Se nærmere om tilsynsmyndighetens bruk av bestemmelsen i Statens helsetilsyns Veileder i behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker del I (Internserien 2/2009).

## § 31. Opplysninger til nødretter

**Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.**

Kommentarer til § 31:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell plikt til å videreformidle opplysninger til politi og brannvesen når det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Helsepersonell har opplysningsplikt i situasjoner hvor det er nødvendig med informasjonsformidling for å ivareta andre mer tungtveiende interesser enn taushetsplikten, som å verne om liv og helse eller å hindre store materielle skader.

I motsetning til helsepersonelloven § 23 nr. 4 som gir helsepersonell en generell *rett* til å videreformidle opplysninger uten at opplysningsretten er knyttet til konkrete situasjoner eller konkrete mottakere, pålegger denne bestemmelsen helsepersonell en *plikt* til å gi politi og brannvesen informasjon når det er nødvendig for å *avverge* alvorlig skade på person eller eiendom. Nødretter anses som avgjørende for å kunne avverge eller begrense situasjoner hvor det er fare for alvorlig skade på person eller eiendom. Det vil i stor grad dreie seg om de samme typene skadevoldende situasjoner som det vil være aktuelt å melde fra om både etter § 23 nr. 4 og § 31. *Retten* etter § 23 nr. 4 vil imidlertid inntre noe før *plikten* til å gi opplysninger etter § 31 foreligger. Det vil stilles større krav til påregnelighet for at den skadevoldende handlingen er i ferd med å skje, før *plikten* etter § 31 inntre, selv om det heller ikke etter § 31 kan kreves visshet eller sikker kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse, eller få store materielle skader.

Opplysningsplikten gjelder helsepersonell generelt. Helsepersonell har opplysningsplikt i situasjoner hvor varsling er nødvendig for å avverge *alvorlig skade*. Det omfatter også å avverge en allerede inntrådt skade fra å forverre seg til en alvorlig skade dersom det ikke varsles. Dette kan være aktuelt ved behov for sikring av skadested, behov for utrykning til ulykke på trafikkert vei, eller utrykning for å hjelpe en person som er blitt utsatt for vold, uten visshet om gjerningspersonen fortsatt utøver vold.

Vilkåret om at skaden som kan avverges skal være alvorlig innebærer at bestemmelsen i hovedtrekk er en presisering av nødrett.

Om opplysningsplikt foreligger må baseres på en konkret vurdering av påregneligheten for at handlingen kommer til å skje, og alvorligheten av det potensielle skadeområdet. Graden av usikkerhet med hensyn til om handlingen vil gjennomføres eller gjentas og graden av usikkerhet i forhold hvor stor skade handlingen vil kunne forårsake, vil være viktige momenter i vurderingen av om det foreligger plikt til å melde fra til politiet. Helsepersonellet må legge vekt på hvilken betydning de taushetsbelagte opplysninger vil ha for å kunne avverge skaden eller for å begrense skadeområdet i den konkrete sak.

Varslingsplikten kan inntre både i og utenfor akutte situasjoner. Det vil imidlertid ofte dreie seg om akutte situasjoner hvor det er liten tid til rådighet, og hvor tiden vil være avgjørende for muligheten til å begrense skadeområdet. Av den grunn kan det ikke alltid kreves visshet om at det foreligger en situasjon hvor det er plikt til å melde og taushetsplikten må vike. Det vil være tilstrekkelig at det ut i fra situasjonen er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen, for eksempel ved å stille spørsmål til de som tar kontakt med helsetjenesten for å få helsehjelp eller ved at vurderingene baseres på hva som er erfaringsmessig

påregnelig utvikling av risiko, blant annet på bakgrunn av erfaring med pasienten (nå eller tidligere) vurderer om det er en rimelig mulighet for at vedkommende vil foreta den alvorlige handlingen det er aktuelt å søke avverget. Hvis det på denne bakgrunnen vurderes nødvendig med bistand fra brannvesen eller politi, skal disse varsles.

Bestemmelsen innebærer en handleplikt dersom vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Det innebærer at politi eller brannvesen skal kontaktes selv om pasienten ikke ønsker det.

Utenom akutsituasjoner er kravet til vurdering og visshet større før plikten til å varsle andre nødetater inntre, dette begrunnes i at man da normalt vil ha bedre tid til å få klarhet i situasjonen.

Bestemmelsen innebærer en opplysningsplikt for helsepersonell utover det som følger av avvergingsplikten enhver borger har etter straffeloven § 139. Bestemmelsen i § 31 er rettet direkte mot helsepersonell og har et videre anvendelsesområde enn bestemmelsen i straffeloven fordi den ikke er begrenset til de forbrytelser som er oppregnet i straffeloven § 139.

I forbindelse med en sak som omhandlet spørsmål om å tolke straffeloven § 227 innskrenkende når trussel var fremsatt i forbindelse med konsultasjon hos psykiater, uttalte Høyesterett at psykiateren som meldte fra til politiet om at en asylsøker under konsultasjon hadde sagt at han skulle skaffe seg hagle og ta livet av en politibetjent, hadde både rett og plikt til å varsle politiet om trusselen, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> [Rt. 2008 s. 1491](#)

## § 32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av helse- og omsorgstjenesteloven, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Kommentarer til § 32:

Bestemmelsens pålegger helsepersonell opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten på nærmere bestemte vilkår.

Formålet med bestemmelsen er å legge til rette for god og hensiktsmessig oppfølging av pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

**Første ledd** pålegger helsepersonell å være oppmerksom på slike forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten pålegger det helsepersonell som yter helsehjelp. Dersom helsepersonellet blir oppmerksomme på slike forhold, skal vedkommende på eget initiativ gi nødvendige opplysninger om pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at den skal kunne iverksette tiltak. Det er imidlertid et vilkår at pasienten, eller noen som kan samtykke på vegne av vedkommende, har gitt sitt samtykke til dette.

Etter **andre ledd** har helsepersonell opplysningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at barnet med overveiende sannsynlighet blir født med skade. Hensynet til barnet veier altså tyngre enn hensynet til å bevare taushet om kvinnens helseforhold.

For at opplysningsplikten skal inntreffe må to forhold være oppfylt. For det første må helsepersonellet har grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler. Helsepersonell trenger ikke med sikkerhet vite at kvinnen misbruker rusmidler, det er tilstrekkelig at helsepersonellet har holdepunkter for dette. For det andre må det være overveiende sannsynlig at kvinnens misbruk av rusmidler vil føre til barnet vil bli født med skade. For eksempel vil opplysningsplikten ikke foreligge ved inntak av en veldig liten mengde rusmidler ved en sjelden anledning. I dette ligger at det må dreie seg om rusmidler som vanligvis medfører skade på fosteret ved en bestemt bruk.

Helsepersonellet bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger viderefremmes. Dette for, så langt det lar seg gjøre, å bevare tillitsforholdet



med pasienten. Dette er imidlertid ikke et lovbestemt krav, men følger av prinsippet om at pasienter så langt mulig bør rådspørres og delta i beslutningsprosessen. Samtykke bør forsøkes innhentet på en slik måte at det ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på fosteret. Dersom det er fare for at den gravide rusmiddelmissbrukeren forsvinner eller lignende, vil innhenting av samtykke kunne være i strid med bestemmelsens formål.

Etter **andre ledd andre punktum** kan helsepersonell i visse tilfeller bli pålagt å utlevere informasjon til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I påleggstilfellene bør helsepersonellet få informasjon slik at formålet med bestemmelsen på en best mulig måte ivaretas. All den tid den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke vet hvilke opplysninger som helsepersonellet besitter, må helsepersonellet selv foreta en viss vurdering med hensyn til om vilkårene for utlevering er tilstede. Det må for eksempel vurderes om kvinnen faktisk er gravid, og hvilke opplysninger som skal gis i den forbindelse. Pålegg om utlevering av opplysninger kan påklages til Fylkesmannen etter forvaltningsloven § 14.

**Tredje ledd** pålegger institusjoner å utpeke en person som skal ha ansvaret for utleveringen av opplysninger til formål som nevnt. Det innebærer at en person skal sørge for at opplysninger blir gitt etter at det er foretatt en grundig vurdering av om vilkåret for utleveringen er til stede. Denne personen må foreta en praktisk samordning samt en viss styring med hva slags informasjon som gis. Bestemmelsen tar sikte på å forhindre at flere personer melder om samme forholdet. Den ansvarlige personen skal ikke foreta en ny vurdering av om vilkårene for å gi opplysninger videre til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er til stede. Ved uenighet mellom den som ønsker å gi opplysninger og institusjonens ansvarlige, skal det helsepersonellet som mener at opplysningsplikten har inntrådt, gå direkte til den kommunale helse- og omsorgstjenesten dersom den ansvarlige ikke vil gå videre med opplysningene.

Ytterligere opplysninger om bestemmelsen finnes i rundskriv IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om – mishandling av barn i hjemmet, - andre former for alvorlig omsorgssvikt, - misbruk av rusmidler under graviditet.

### § 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Kommentarer til § 33:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell opplysningsplikt til barneverntjenesten ved mistanke om mishandling, andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at barn får nødvendig oppfølging og omsorg fra barneverntjenesten. Ved vurderinger etter denne bestemmelsen, veier hensynet til barnet tyngre enn retten til å bevare taushet om pasientens forhold. Hensynet bak bestemmelsen tilsier at det ikke skal mye til før meldeplikten inntre.

Barn defineres i denne bestemmelsen på samme måte som i barnevernloven § 1-3. Dette vil si barn og ungdom under 18 år.

**Første ledd** pålegger helsepersonell en plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Plikten gjelder både der barn er pasienter og der foreldre/foresatte er det.

For at opplysningsplikten etter **andre ledd** skal inntre må det være grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet, utsettes for andre former for alvorlig omsorgssvikt eller barnet må ha vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker. Både fysisk og psykisk omsorgssvikt, som for eksempel manglende praktisk emosjonell omsorg, omfattes av bestemmelsen.

Uttrykket "grunn til å tro" innebærer at det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke. Det må foreligge holdepunkter for at barnet blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. Vurderingstemaet er risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen. Helsepersonellet skal ikke foreta en barnevernfaglig vurdering av situasjonen. Også tilfeller der helsepersonellet ikke vet noe konkret om barnets situasjon, vil for eksempel mistanke om rusmiddelbruk sammenholdt med andre bekymringsfulle observasjoner i en behandlingssituasjon, være nok til å konstatere at det er "grunn til å tro" og gi grunnlag for melding etter denne bestemmelsen. Videre vil opplysninger om for eksempel vold i hjemmet, som enten berører barn direkte eller som barn er vitne til, kunne omfattes av meldeplikten. Helsepersonellet trenger ikke og skal ikke undersøke hjemmesituasjonen til barnet nøye for å kunne melde til barneverntjenesten.

Meldeplikt inntreer når omsorgssvikten er av en slik karakter at den faller inn under barnevernloven §§ 4-10, 4-11, 4-12 eller 4-24. Paragraf 4-10 gjelder situasjonen der foreldre/foresatte ikke sørger for nødvendig helsehjelp til barnet ved en livstruende eller alvorlig sykdom eller skade. Paragraf 4-11 gjelder situasjonen der foreldre ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrequende barn får nødvendig behandling og opplæring. Paragraf 4-12 gjelder situasjoner der vilkårene for omsorgsovertakelse er tilstede fordi det foreligger alvorlige mangler ved den daglige omsorg, mishandling eller overgrep mv. Bestemmelsen viser også til barnevernloven § 4-24 om situasjoner der barnet har vist vedvarende og alvorlige adferdsvansker. Det er altså ved mistanke om alvorligere tilfeller av omsorgssvikt at helsepersonell får en opplysningsplikt. At barn ikke lever under optimale forhold, utløser ikke opplysningsplikten.

Det kan foreligge omsorgssvikt også i tilfeller hvor et barn utsettes for alvorlige overgrep fra andre enn sine nærmeste omsorgspersoner. For eksempel kan det være tilfeller hvor foreldrene ikke kjente til at barna ble misbrukt. Her vil det foreligge omsorgssvikt ved at foreldrene ikke anses å ha mulighet til å beskytte barnet mot fortsatte overgrep eller å sørge for at barnet får nødvendig behandling for de traumer som det er påført. Også i disse tilfellene vil opplysningsplikten kunne inntreffe.<sup>57</sup>

Opplysningsplikten etter denne bestemmelsen omfatter også situasjoner der man mistenker at barn kan bli utsatt for kjønnslemlestelse. Se mer om dette i veileder IS-1746 Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser.

Opplysningsplikten er knyttet til det helsepersonell som yter helsehjelp. Helsepersonellet har plikt til å gi opplysninger på eget initiativ dersom de har grunn til å tro at det foreligger mishandling eller annen omsorgssvikt. Det kommer til uttrykk i bestemmelsens formulering "av eget tiltak".

Opplysningsplikten etter bestemmelsen er en selvstendig plikt for hvert enkelt helsepersonell. Der flere behandlere har den samme kunnskapen, fritas ikke den enkelte for plikten. Med andre ord har hvert enkelt helsepersonell en opplysningsplikt også der andre helsepersonell har samme kunnskap. Det kan for eksempel være en situasjon hvor flere helsepersonell, enten i samme eller forskjellig institusjon, får samme kunnskap om alvorlige forhold som tilsier en melding til barnevernet. Her vil alle ha en selvstendig plikt til å melde i fra – og dersom det ikke meldes, vil følgelig dette kunne få tilsynsmessige konsekvenser for alle dem med kunnskap som unnlot å melde<sup>58</sup>.

Det er barnevernet som skal iverksette tiltak for å eventuelt avverge skade, ikke helsepersonellet. Det er videre slik at helsepersonellet selv ikke trenger å foreta ytterligere undersøkelser av om omsorgssvikten faktisk har funnet sted, det er tilstrekkelig at helsepersonellet har en mistanke. Videre oppfølging av saken skjer hos barnevernet.

Etter **tredje ledd** kan helsepersonell også bli *pålagt* å gi nødvendig informasjon til barneverntjenesten. For at formålet med bestemmelsen på best mulig måte skal ivaretas, må det organet som gir pålegget sørge for at helsepersonellet får tilstrekkelig informasjon til å forstå hva slags opplysninger som skal gis. På dette grunnlaget kan helsepersonellet vurdere om vilkåret for utlevering av opplysninger er oppfylt, og hvilke opplysninger som skal gis. Pålegg om å gi opplysninger kan påklages til Fylkesmannen etter forvaltningsloven § 14.

Helsepersonellet bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger viderefremmes, jf. kommentarene til § 32 foran. I samsvar med de øvrige

---

<sup>57</sup> [HPN 2009-139](#) og [2009-140](#)

<sup>58</sup> [HPN 2011-35](#), [2011-36](#) og [2011-37](#)

bestemmelser om unntak fra taushetsplikten, bør samtykke normalt forsøkes innhentet der et slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet.

Når det gjelder **fjerde ledd**, henvises det til kommentarene til § 32 tredje ledd.

Det presiseres at ved uenighet mellom den ansvarlige og melder, skal den som har grunn til å tro at det forekommer den type omsorgssvikt som omfattes av denne meldeplikten, selv melde til barneverntjenesten. Den ansvarlige, også etter denne bestemmelsen, skal kun legge til rette og foreta selve meldingen – ikke selv vurdere på nytt om det er grunnlag for meldingen.

Ytterligere opplysninger om bestemmelsen finnes i rundskriv IS-17/2006 om Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om – mishandling av barn i hjemmet, - andre former for alvorlig omsorgssvikt, - misbruk av rusmidler under graviditet.

## § 34. Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat

Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av første ledd, og kan gi reglene i første ledd tilsvarende anvendelse i forhold til pasienter som har tjeneste utenfor luftfartøy, dersom tjenesten har betydning for luftfartens sikkerhet.

Kommentarer til § 34:

Formålet med bestemmelsen er trafikksikkerhet på vei og i luftfart.

**Første ledd første setning** pålegger leger, psykologer og optikere å oppfordre pasienter til å innlevere førerkort eller sertifikat til myndighetene som har utstedt førerkortet/sertifikatet eller til politiet når fører av motorvogn eller pilot ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles for å inneha førerkort/sertifikat. Denne oppfordringsplikten er videre og omfatter flere tilfeller enn den pliktige meldingen til offentlig myndigheter.

Listen over hvilke helsepersonell plikten gjelder for, er uttømmende. Det anses hensiktsmessig av hensyn til trafikksikkerheten at de helsepersonellgruppene som normalt undersøker for de tilstandene som vil kunne ha en negativ innvirkning på trafikksikkerheten, har meldeplikt etter denne bestemmelsen.

Helsekrav til førere av motorvogn fremkommer av førerkortforskriften.<sup>59</sup> Helsekravene til innehaverne av sertifikat for luftfartøy fremkommer av forskrift om medisinske krav på luftfartøy.<sup>60</sup>

Pasienten skal oppfordres til å innlevere førerkortet dersom vedkommende ikke er i stand til å kjøre på en trygg måte, fordi helsetilstanden antas å være kortvarig redusert. Med kortvarig menes mindre enn seks måneder. Oppfordringen kan gis muntlig overfor pasienten. Det skal noteres i journalen at oppfordring er gitt. Pasienten har en selvstendig plikt til ikke å kjøre i medhold av vegtrafikkloven § 21, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 1.

Et praktisk eksempel på hva som menes med «kortvarig redusert» er situasjonen der pasienter for en kort periode får medikamenter som reduserer årvåkenhet og kjøreevne. I veileder IS-1348 Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker er det tatt inn en veiledende tabell med oversikt over hvilke døgndoser av ulike medikamenter som anses ikke å være forenlig med førerrett i de ulike klassene. Tabellen må leses med forsiktighet, og alltid i sammenheng med teksten i veilederen.

<sup>59</sup> [2004.01.19 nr. 298](#) (SD) Forskrift om førerkort m.m.

<sup>60</sup> [2008.06.19 nr. 617](#) (SD) Forskrift om gjennomføring av felleseuropeiske bestemmelser om medisinske krav på tjenestegjørende på luftfartøy, BSL JAR-FCL 3 (Flight Crew Licensing) endring 5

**Første ledd andre setning** pålegger helsepersonellet å sende skriftlig melding til pasienten og Fylkesmannen (ikke politiet eller trafikkstasjonen) dersom tilstanden ventes å vare lengre enn seks måneder. Meldeplikten går foran taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 5 jf. § 34. Supplerende medisinske opplysninger bør følge meldingen slik at Fylkesmannen har grunnlag for å vurdere om det skal meldes videre til politiet. Det er antakelsen om at tilstanden vil føre til at helsekravene ikke er oppfylt mer enn seks måneder som utløser meldeplikten til Fylkesmannen. Det er altså ikke nødvendig at tilstanden allerede har vart i mer enn seks måneder.

Helt midlertidige tilstander, som for eksempel rus, vil ikke medføre at opplysningsplikten inntreffer. En slik tilstand må imidlertid vurderes opp mot lovens generelle unntak fra taushetsplikt når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysninger videre, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 4.

Daglige bruk av høye doser vanedannende legemidler forskrevet av lege og på medisinsk indikasjon, kan være uforenlig med bilkjøring. Dette gjelder også der legemidlene brukes i kortere perioder, så fremt de innvirker på kjøreevnen.

**I andre ledd** er det hjemmel for å gi forskrift med bestemmelser som utdyper første ledd, samt bestemmelser om gjennomføring. Det er pr i dag ikke gitt forskrift etter denne bestemmelsen. Men det er, i medhold av tidligere legelov, gitt forskrift om helsekrav til bilførere mv., som utdyper bestemmelsen. Denne forskriften er fortsatt gjeldende rett, jf. helsepersonelloven § 76.

For utdypende kommentarer til bestemmelsen og vurderinger helsepersonellet skal foreta i den enkelte situasjon, se veileder IS-1347 Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. Se også veileder IS-1348 Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker og veileder IS-1442 Helsekrav til førerkort – en publikumsveiledning for ytterligere utdyping av bestemmelsen og praktiseringen av denne.

## Kapittel 7. Meldeplikt

### § 35. Melding om fødsler<sup>61</sup>

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel til folkeregistermyndigheten. I meldingen skal det opplyses hvem som er far til barnet etter reglene i barneloven §§ 3 og 4, eller hvem moren har oppgitt som far til barnet i tilfeller der farskapet ikke er klarlagt. Departementet kan i forskrift bestemme at slike meldinger også skal inneholde andre opplysninger.

Dersom farskapet ikke er klarlagt eller foreldrene ikke lever sammen, skal fødselsmeldingen sendes til både folkeregistermyndigheten og bidragsfogden.

Det skal gis fødselsmelding selv om barnet er dødfødt.

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel eller svangerskapsavbrudd etter tolvte uke til Medisinsk fødselsregister i samsvar med forskrift gitt i medhold av helseregisterloven.

Kommentarer til § 35:

Bestemmelsen pålegger visse profesjonsgrupper meldeplikt til folkeregistermyndigheten og Medisinsk fødselsregister i forbindelse med fødsel. I likhet med øvrige bestemmelser i kapittel 7 er bestemmelsen et unntak fra taushetsplikten.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at alle barn som blir født i Norge, registreres i folkeregisteret sammen med opplysninger om hvem som er barnets juridiske foreldre. Melding til Medisinsk fødselsregister skal blant annet bidra til å avklare årsaker til og konsekvenser av helseproblemer i forbindelse med svangerskap og fødsel, samt overvåke forekomst av medfødte misdannelser.

I **første ledd** reguleres meldeplikten til folkeregistermyndigheten. Pliktsubjektene er leger og jordmødre. Det er normalt disse to helsepersonellgruppene som vil være tilstede og ansvarlig helsepersonell under fødsler.

I praksis sendes melding om fødsel til det lokale skattekontoret som så registrerer meldingen i Det sentrale folkeregisteret. Deretter blir meldingen videresendt til Personregisteret som tildeler barnet fødselsnummer.

I meldingen skal oppgis hvem som er far til barnet. Hvem som anses som far til barnet, bestemmes av barnelova. I de aller fleste tilfeller vil dette være ektefellen til barnets mor eller at mannen vedgår farskap, jf. barnelova §§ 3 og 4. Helsepersonell trenger ikke å spørre om hvem som er far til barnet der kvinnen er gift ved fødselen – i disse tilfellene vil kvinnens ektemann anses som far til barnet.

**Andre ledd** pålegger jordmødre og leger også å sende fødselsmelding til bidragsfogden dersom foreldrene ikke lever sammen eller dersom farskapet ikke er klarlagt, for eksempel

<sup>61</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 35: [2001.12.21 nr 1483](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften)

hvis mor ikke gir opplysninger om hvem som er far. Oppgaven som bidragsfogd ivaretas av Nav.

**Tredje ledd** presiserer at fødselsmelding til folkeregisteret også skal gis når barnet er dødfødt. Som dødfødt i denne sammenheng menes dødfødte etter 28 ukers svangerskap, jf. forskrift om melding av fødsler, erkjennelse av farskap og melding om valg av navn § 1 fjerde ledd.

**Fjerde ledd** regulerer melding av fødsel og svangerskapsavbrudd etter tolvte uke til Medisinsk fødselsregister. Også spontanaborter etter tolvte uke skal meldes.

Pliktsubjektene er også her lege og jordmor. Etter medisinsk fødselsregisterforskriften § 2-1 gjelder plikten også for en videre personkrets. I tillegg til leger og jordmødre, gjelder den alt helsepersonell som yter helsehjelp til en kvinne under svangerskapet og fødsel. I henhold til forskriften § 2-3 har virksomheten ansvar for at meldeplikten overholdes. Dersom det ikke fremkommer av virksomhetens rutiner hvem som har dette ansvaret, må det etter konkret vurdering avgjøres hvem som er nærmest til å gi en slik melding.

Mer informasjon om hvilke opplysninger som registreres i Medisinsk fødselsregister, registerets formål og hva opplysningene brukes til, finnes på Folkehelseinstituttets nettside [www.fhi.no](http://www.fhi.no)



## § 36. Melding om dødsfall<sup>62</sup>

Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet. Departementet gir forskrifter om erklæringene.

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken. Kommunelegen skal gi opplysningene videre til dødsårsaksregisteret.

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

Er etterforskning iverksatt for å avklare om døden er voldt ved straffbar handling, skal legen gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom retten ber om dette.

Kommentarer til § 36:

Bestemmelsen pålegger leger å gi legeerklæring om dødsfall og å melde til politiet ved mistanke om unaturlig dødsfall. Retten kan pålegge en lege å gi taushetsbelagte opplysninger for å avklare om døden er forvoldt ved en straffbar handling.

Formålet er at myndighetene skal få kjennskap til at et dødsfall har funnet sted, og at det kan iverksettes etterforskning dersom det foreligger unaturlig grunn for dødsfallet.

**Første ledd første punktum** pålegger leger å gi erklæring om dødsfall de blir kjent med i sin virksomhet. Bestemmelsen pålegger leger som blir tilkalt til en døende eller til en som er død å vurdere den døde for å utferdige melding om dødsfall.

Erklæring vil blant annet være nødvendig for at nærmeste pårørende, ektefelle eller andre kan få meldt dødsfallet til politi, tingretten, politiet eller namsfogden på dødsstedet, slik de har plikt til etter skifteloven § 12a.

Etter **første ledd andre punktum** kan departementet gi forskrift om erklæringene. Slik forskrift er ikke gitt.

**Andre ledd** pålegger legen plikt til å gi kommunelegen opplysninger om dødsårsaken. Plikten kan også omfatte leger som har ytt helsehjelp til pasienten rett forut for dødsfallet. Dette fordi disse kan besitte verdifull kunnskap om både pasienten og hendelsesforløpet. Det må forutsettes at dette er de tilfellene hvor andre leger ikke har de samme opplysningene om pasienten. Det er kommunelegen på dødsstedet som skal motta meldingene. Kommunelegen har ansvar for å videreformidle opplysningene til Dødsårsaksregisteret.

Det er fastsatt et standardisert skjema for legeerklæring om dødsfall og melding om unaturlig død.<sup>63</sup>

**Tredje ledd** pålegger legen å melde fra til politiet om unaturlige dødsfall. Meldeplikten går foran taushetsplikten, men gjelder i første omgang bare det objektive faktum at legen har

<sup>62</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 36:

[2000.12.21 nr 1378](#): (HOD) Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.

[2001.12.21 nr 1476](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften)

<sup>63</sup> Folkehelseinstituttet arbeider pt. med utvikling av en elektronisk meldeordning for dødsfall som på sikt vil erstatte dagens skjema.

grunn til å tro at det foreligger et unaturlig dødsfall. Helsepersonellet skal ikke selv vurdere om det kan ha skjedd noe straffbart eller ikke – dette er en oppgave for politi og påtalemyndighet.

Hva som ligger i begrepet "unaturlig dødsfall" fremkommer av forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall og lignende. Dødsfall anses unaturlig dersom det kan skyldes forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykke og lignende.

Etter straffeprosessloven § 224 fjerde ledd har politiet etterforskningsplikt i alle tilfeller der en person under 18 år dør plutselig og uventet.

Etter **fjerde ledd** har legen plikt til å gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom etterforskning settes i gang. Plikten går lenger enn underretningsplikten til politiet etter tredje ledd, og den går foran taushetsplikten. Plikten utløses bare dersom retten krever opplysninger av legen, det er ikke legens plikt å ta initiativet. Legen plikter ikke å forklare seg til politiet etter denne bestemmelsen, men legen har rett til også å gi politiet slik forklaring. Legen kan sitte med opplysninger som har betydning for saken, og som han mener det er riktig at kommer fram. Dette vil kunne lette og påskynde oppklaring av saken, og spare ham selv for å måtte møte til rettsmøte under sakens etterforskning.

## § 37. Melding til helseregistre m.v.

**Kongen kan pålegge helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi opplysninger til helseregistre i samsvar med forskrift gitt i medhold av helseregisterloven.**

Kommentarer til § 37:

Formålet med denne bestemmelsen er innsamling av informasjon fra helsetjenesten til helseregistre med det formål å bedre befolkningens helsetilstand, utvikle effektive forebyggende tiltak og planlegge en rettferdig og effektiv helsetjeneste. Kunnskap om hvordan pasienten beveger seg i behandlingssystemet, hva helsehjelpen går ut på, resultater og kostnader er nødvendig for å nå disse mål.

Helsepersonell kan ikke utlevere opplysninger til helseregistre direkte i medhold av denne bestemmelsen – den gir kun hjemmel for å fastsette forskrifter om at slik utlevering skal finne sted. Det er gitt en rekke forskrifter som pålegger helsepersonell å utlevere opplysninger til helseregistre.<sup>64</sup>

En tilsvarende hjemmel til å pålegge helsepersonell en meldeplikt til helseregistre, finnes i helseregisterloven § 9.

<sup>64</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 37:

[2000.12.21 nr 1369](#): (HOD) Forskrift om melding fra patologilaboratorier til sentralenheten for masseundersøkelse for livmorhalskreft.

[2001.12.21 nr 1476](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften)

[2001.12.21 nr 1477](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften)

[2001.12.21 nr 1483](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften)

[2003.06.20 nr 0739](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)

[2003.06.20 nr 0740](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften)

[2003.11.14 nr 1353](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM-registerforskriften).

[2005.06.17 nr 0611](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-registerforskriften).

[2005.09.02 nr 1010](#): (FD) Forskrift om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister.

[2007.12.07 nr 1389](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)

[2007.12.21 nr 1610](#): (HOD) Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften)

[2011.12.16 nr 1250](#): (HOD) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte og karlidelser (Hjerte og karregisterforskriften)

[2013.05.31 nr 0563](#): (HOD) Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)

### **§ 38. Melding om betydelig personskade**

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til Fylkesmannen om betydelig personskade som volder på pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Meldeplikten for helsepersonell etter første ledd gjelder ikke dersom helseinstitusjonen har meldeplikt etter lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3.

#### Kommentarer til § 38:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi melding til Fylkesmannen om betydelig personskade som volder på pasient eller bruker som følge av helsehjelp eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, samt hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Denne bestemmelsen har ikke trådt i kraft.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 påligger det imidlertid helseinstitusjonen i spesialisthelsetjenesten en tilsvarende plikt til å gi melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Tilsvarende meldeplikt er ikke gitt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utover de plikter som følger av internkontrollbestemmelsen i helsetilsynsloven § 3.

### **§ 38a. Meldinger om behov for individuell plan og koordinator**

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienter og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.

Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

Kommentarer til § 38 a:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell en plikt til å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator.

Formålet med bestemmelsen er å bidra til en bedre samordning av tjenestetilbudet til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonells plikt til å delta i arbeidet med individuell plan, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd siste punktum.

**Første ledd** pålegger helsepersonell en selvstendig plikt til snarest mulig å melde fra om en pasient eller brukers behov for individuell plan eller koordinator. Retten til individuell plan følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Kommunen har plikt til å tilby individuell plan og koordinator til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2. Tilsvarende skal spesialisthelsetjenesten oppnevne koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.

**Andre ledd** utpeker mottakere for melding etter første ledd. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester skal melde fra om behov til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Nærmere bestemmelser finnes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

## Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt

### § 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

Kommentarer til § 39:

Bestemmelsen pålegger den som yter helsehjelp en plikt til å føre journal og helseinstitusjoner å utpeke én overordnet ansvarlig for pasientens journal dersom flere helsepersonell samarbeider om en pasient.

Det påligger virksomhetene å sette helsepersonell i stand til å overholde journalføringsplikten. Alle virksomheter som yter helsehjelp må derfor opprette pasientjournalssystemer, jf. journalforskriften § 4.

Formålet med journalføringsplikten er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også til formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt.

**Første ledd første punktum** pålegger den som yter helsehjelp å nedtegne eller registrere de opplysningene som er nevnt i helsepersonelloven § 40, i en journal for den enkelte pasient.

Den som yter helsehjelp, har ansvar for pasientens journal. Det innebærer at det er helsepersonellet som gjør observasjoner eller forestår behandling og oppfølging osv., som skal føre journalen. En lege vil for eksempel være ansvarlig for journalføring i etterkant av en operasjon for å dokumentere årsaker og forutsetninger for operasjonen, spesielle forholdsregler, hva han/hun har utført under operasjonen og hvordan eventuelle komplikasjoner ble håndtert. Anestesisykepleieren vil være ansvarlig for å journalføre data om hva slags anestesi pasienten har fått, herunder dosering og hvordan pasienten har reagert på dette. Andre sykepleiere vil for eksempel kunne være ansvarlig for å dokumentere at pasientens blodtrykk eller temperatur er målt og resultatene av dette, hvordan sår-behandlingen utvikler seg eller hva som er gjort av observasjoner hos en intensivpasient. Fysioterapeutene vil kunne være ansvarlig for å dokumentere hvilke undersøkelser som er gjort, hvilke øvelser som er utført og hvordan pasienten har reagert på dette. Jordmødre vil være ansvarlig for å dokumentere symptomer og funn ved svangerskapskontroll, hendelsesforløp under fødselen, hvilke smertestillende medikamenter og metoder som ble benyttet, hvilke vurderinger som ble foretatt på hvilket tidspunkt og hvorledes morens tilstand var under fødselen. Ortopediingeniører vil være ansvarlig for å

journalføre hvilke proteser som blir laget til pasienten, hvordan den er tilpasset, hvordan pasienten fungerer med protesene, komplikasjoner og slitasjeskader. På samme måte vil tannpleier og tannlege måtte dokumentere hva som var formålet med undersøkelsen, objektive funn og subjektive symptomer, undersøkelser og prøver som er tatt, diagnose og aktuell behandling og eventuelle komplikasjoner under behandlingen.

Den som har journalplikten kan overlate utførelsen til andre. Dette innebærer for eksempel at en lege som er ansvarlig for diagnostisering, kan overlate til en sykepleier eller annet personell å journalføre dette. Legen har imidlertid fortsatt hovedansvaret og må sørge for å kontrollere journalen hvis han mener dette er nødvendig. På samme måte kan alt helsepersonell som er ansvarlig for journalføring overlate selve utførelsen til andre, dvs. til annet helsepersonell eller til andre medhjelpere. Det må imidlertid vurderes i hvert enkelt tilfelle om det er hensiktsmessig og forsvarlig å overlate utførelsen til andre

Det gjøres særlig oppmerksom på at alle som utfører tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som utgangspunkt er omfattet av helsepersonelloven og dermed også av journalføringsplikten i helsepersonelloven kapittel 8. For de som yter tjenester etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven følger journalføringsplikten direkte av § 9-10. I forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester<sup>65</sup> er det gjort to særskilte unntak fra hovedregelen om dokumentasjonsplikt. For det første er personer som mottar omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven unntatt fra helsepersonelloven, og de har følgelig heller ikke journalføringsplikt etter helsepersonelloven, jf. forskriften § 1. For det andre er personer som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse som helsehjelp forløpig unntatt fra journalføringsplikt, jf. forskriften § 2. Dette vil typisk kunne være personell som yter praktisk bistand eller er støttekontakter.<sup>66</sup>

Helsepersonell vil som utgangspunkt ikke ha journalføringsplikt for tilfeldige helseråd som gis i en privat sammenheng.

Kravet om journalføring knytter seg til ytelse av helsehjelp. For en nærmere omtale av begrepet helsehjelp vises til kommentarene til helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Avgrensningsspørsmål kan blant annet reise seg i forhold til nettbaserte helsetjenester. For at noe skal framstå som helsehjelp, må rådgivningen være individuelt tilpasset av handlingsrettet karakter og basert på informasjon som personen som henvender seg (pasienten) gir fra seg. Rammene for virksomheten (krav og tilbud om profesjonell hjelp), betalingsordninger og hvilke tjenester som konkret blir tilbudt, vil også være viktige momenter i den helhetsvurderingen som må foretas. Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter, herunder journalføringsplikten, ivaretas av helsepersonellet.

Når den som yter helsehjelp innhenter faglige råd fra annet helsepersonell i en situasjon hvor det ikke etableres noen pasientrelasjon mellom pasienten og det rådgivende helsepersonellet, vil det normalt ikke være grunnlag for å opprette journal hos den som gir råd. Derimot må den som er ansvarlig for å yte helsehjelpen dokumentere hva de innhentede rådene går ut på, dersom de er relevante og nødvendige for den videre helsehjelpen.<sup>67</sup>

Det skal opprettes journal for hver enkelt pasient. Dette innebærer for det første at "samlejournaler", dvs. nedtegnelser om flere pasienter i samme dokument ikke er tillatt. Separate journaler for hver pasient er en forutsetning for å kunne ivareta taushetsplikten.

<sup>65</sup> [FOR-2011-12-16 nr 1393](#): (HOD) Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

<sup>66</sup> Ved utgivelsen av dette rundskrevet pågår det et arbeid med å vurdere forskriftsfesting av dokumentasjonsplikt for personell i helse- og omsorgstjenesten som ikke yter helsehjelp.

<sup>67</sup> [Helsedirektoratets brev jnr. 08/8165](#)

Videre innebærer kravet om journal for hver enkelt pasient, at det som hovedregel skal være én samlet journal for pasienten selv om helsehjelp ytes av flere innen en virksomhet, for eksempel i en institusjon eller innen den hjemmebaserte omsorgstjenesten. Det skal altså ikke opprettes flere separate journaler bestående av for eksempel "legejournal", "sykepleiejournal", "fysioterapijournal" mv. Dette utgangspunktet kan fravikes dersom virksomhetens enheter faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester. Det kan for eksempel være aktuelt i sykehus med både somatiske og psykiatriske avdelinger. Her kan blant annet personvern hensyn tale for separate journaler.

Dersom det finnes både papirbaserte og elektroniske journaler for en pasient, må det i begge journaler fremgå at det finnes ytterligere en journal, hhv. papirbasert og elektronisk.

**Første ledd andre punktum** unntar samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet personell, fra journalføringsplikt. Helsepersonell som gir helsehjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell, vil imidlertid ha journalføringsplikt dersom de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle helsehjelpen, eller for øvrig har en selvstendig rolle – det vises blant annet til det som er sagt ovenfor vedrørende personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Slikt personell kan også tildeles journalføringsoppgaver på vegne av den ansvarlige for journalføringen, og plikten beror da på instruksjon fra den ansvarlige, se ovenfor.

**Andre ledd** pålegger helseinstitusjoner der flere helsepersonell samarbeider om en pasient, å utpeke én overordnet ansvarlig for den enkelte pasients journal (journalansvarlig). Se definisjon av helseinstitusjoner i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Det er virksomheten som må ta stilling til hvem som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a skal det i helseinstitusjoner utpekes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og overfor andre tjenesteytere, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det vil ofte være hensiktsmessig at koordinator også har et overordnet ansvar for pasientens journal.

Å ha det overordnede ansvaret for en pasientjournal innebærer blant annet å påse at det opprettes journal, og at journalen struktureres og avsluttes på forsvarlig vis i henhold til virksomhetens journalsystem. Dette innebærer at journalen må ordnes slik at den fungerer som et hensiktsmessig arbeidsverktøy i samsvar med blant annet formålet med dokumentasjonsplikten og bestemmelsene om taushetsplikt. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om helsehjelp og annen oppfølging av pasienten. Det er den som har det overordnede ansvaret for journalen som avgjør hvilke opplysninger som skal tas inn i journalen.

Regler om oppbevaring av journal finnes i journalforskriften § 14.

**Tredje ledd** gir departementet hjemmel til å pålegge helsepersonell plikt til å føre journal som pasienten bringer med seg (egenjournal). Egenjournal skiller seg fra sykehusjournal først og fremst ved at det er pasienten selv som oppbevarer og har ansvaret for egenjournalen. Slikt pålegg er ikke gitt. Dette hindrer imidlertid ikke at helsepersonell kan gjøre dette. Egenjournal erstatter ikke helsepersonellens generelle dokumentasjonsplikt.



## § 40. Krav til journalens innhold m.m.<sup>68</sup>

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

Kommentarer til § 40:

Bestemmelsen stiller krav til innhold og form i pasientjournalene. Formålet med bestemmelsen er å sikre at journalen oppfyller sin funksjon som redskap for ytelse av forsvarlig helsehjelp, og som dokumentasjon til bruk i tilsynssaker, erstatningssaker og lignende.

Kravet til form og innhold er ytterligere presisert i forskrift om pasientjournal (journalforskriften).

**Første ledd første punktum** stiller krav om at journalene føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholder relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle lovpålagte melde- og opplysningsplikter.

"Relevante og nødvendige opplysninger" er for det første de opplysningene som helsepersonellet må ha tilgjengelige i den aktuelle situasjonen for å kunne gi helsehjelp. Det er videre opplysninger det kan bli aktuelt å hente fram i forbindelse med helsehjelp som ytes på et senere tidspunkt. Journalopplysningene skal også bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet og andre lovpålagte krav.

Definisjonen av pasientjournal er all informasjon om pasienten som lagres som grunnlag for undersøkelser, diagnostisering, behandling eller annen oppfølging av pasienten. Journalforskriften § 8 utdyper hvilke opplysninger som skal nedtegnes i journalen såfremt de er relevante og nødvendige.

Journalen skal blant annet inneholde opplysninger om pasientens tilstand og årsak til kontakt med helse- og omsorgstjenesten, hvilke undersøkelser som har blitt utført, aktuell diagnose, hvilken behandling og pleie pasienten har mottatt, medisiner, opplysninger om henvisninger og vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten<sup>69</sup> og eventuelt andre forhold som viser hva som har blitt gjort med pasienten. Journalen skal også inneholde opplysninger om råd og informasjon pasienten har fått. Dokumentasjonskravet øker dersom helsepersonellet velger å gi en behandling som avviker fra gjeldende retningslinjer. Dette er påpekt av tilsynsmyndighetene i flere saker.<sup>70</sup>

<sup>68</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 40:

2000.12.21 nr 1385: (HOD) Forskrift om pasientjournal

2009.11.03 nr 1327: (HOD) Forskrift om provisorfarmasøyters og reseptfarmasøyters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir

<sup>69</sup> Helsedirektoratets brev jnr. 09/6605

<sup>70</sup> Se for eksempel [HPN 2007-131](#)

Dokumentasjon i form av røntgenbilder, prøvesvar, fotografier, videoopptak, lydopptak, lydlogg, sporsikringsblankett i voldssaker<sup>71</sup> mv. regnes som del av journalen inntil informasjonen fra disse kildene er skriftlig nedtegnet i journalen.

**Første ledd andre punktum** stiller som vilkår at journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Der virksomheten har utpekt en overordnet ansvarlig for journalen, har vedkommende ansvar for å strukturere journalen slik at den fungerer som et arbeidsverktøy i samsvar med intensjonene. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for de som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, behandling og annen oppfølging av pasienten. Den som har ansvaret for journalen kan på dette grunnlaget beslutte at opplysninger tas ut på grunn av irrelevans eller dobbeltføring. Dette vil særlig være nødvendig når flere gjør nedtegnelser i samme journal. Det vises for øvrig til kommentarene under § 39.

Krav til innhold og form er blitt nærmere presisert gjennom retts- og forvaltningspraksis. I en lagmannsretts dom ble det konstatert brudd på § 40 da det ikke var dokumentert tidspunkt for eller innhold i konsultasjoner og undersøkelser.<sup>72</sup> Statens helsepersonellnemnd (HPN) har vurdert at stikkordsmessige, svært kortfattede journalnotater og journaler uten struktur og sammenheng er i strid med helsepersonelloven § 40, da journalene ikke er egnet arbeidsverktøy for vedkommende som har nedtegnet dem eller for annet helsepersonell.<sup>73</sup>

Mangelfull og utilstrekkelig journalføring kan få konsekvenser i form av administrative reaksjoner og straff, så vel som erstatningsmessig. I en erstatningssak på grunn av feilbehandling under operasjon, vurderte Høyesterett at bevisvil som følge av mangelfull journalføring (operasjonsbeskrivelse) måtte slå ut i disfavør av sykehuseier.<sup>74</sup> Ettersom sykehuset ikke kunne sannsynliggjøre gjennom journalen at operasjonen var gjennomført på en aktsom og forsvarlig måte, ble sykehuset kjent erstatningsansvarlig.

I henhold til **andre ledd** skal det fremgå av journalen hvem som har ført inn opplysningene. Kravet er gjentatt i journalforskriften § 7 der det heter at nedtegnelser i journalen skal dateres og signeres, eventuelt ved elektronisk signatur.

**Tredje ledd** gir hjemmel for departementet til å fastsette nærmere regler om pasientjournalens innhold mv. Slike regler er gitt i journalforskriften.

Det vises også til veileder IS-1040 om Saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenester, som er av særlig relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og til veileder IS-2700 Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

<sup>71</sup> [Helsedirektoratets brev inr. 06/1971](#)

<sup>72</sup> LoD 2009-99-33, Lovdata LB-2008-28434

<sup>73</sup> [HPN 2007-37](#), [HPN 2008-142](#) og [HPN 2006-141](#)

<sup>74</sup> Rt. 89 s. 674

## **§ 41. Plikt til å gi pasienter innsyn i journal**

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

I helseinstitusjoner skal den som har det overordnede ansvaret for journalen etter § 39, sørge for at det gis innsyn etter første ledd.

Kommentarer til § 41:

Bestemmelsen pålegger helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten å gi innsyn i journal til de som har innsynrett etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Formålet med innsynsretten er å gi pasienter muligheter til å ivareta sine interesser. Innsynsretten er et viktig virkemiddel for å realisere pasientens rett til informasjon om og medvirkning i helsehjelpen, så vel som retten til å klage på rettighetsbrudd, søke pasientskadeerstatning mv.

Pasient har rett til innsyn i journalen med bilag, og på forespørsel rett til kopi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 første ledd.

Pasienten har som utgangspunkt rett til innsyn i alle opplysninger i journal. Dette gjelder også lydlogger, røntgenbilder, videoopptak etc. Dersom slikt materiale - etter at nødvendige og relevante opplysninger fra materialet er nedtegnet i journalen – oppbevares av hensyn til for eksempel kvalitetssikring i virksomheten, har pasienten innsynsrett etter helseregisterloven § 22.<sup>75</sup>

For at innsynsretten skal bli reell, må helsepersonell på anmodning gi en forklaring på faguttrykk o.l. Det skal legges til rette for at samiskspråklige, fremmedspråklige og personer med funksjonshemninger kan utøve innsynsretten. Dette følger av journalforskriften § 11.

Utgangspunktet er at alle pasienter over 16 år har selvstendig innsynsrett i sin journal. Barn mellom 12 og 16 år har en viss grad av selvstendig innsynsrett. Barn under 12 år har ikke innsynsrett, men foreldre eller andre med foreldreansvaret har innsynsrett på vegne av barnet.

Det går frem av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd at pasienter kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær. Det skal mye til for at innsyn skal nektes, og det må være en reell fare for konsekvenser av et visst omfang. Høyesterett har lagt til grunn at en pasient normalt ikke vil kunne kreve innsyn i opplysninger i egen journal når dette vil krenke taushetsplikt overfor tredjemann.<sup>76</sup>

Begrensinger i innsynsretten gjelder ikke hele journalen. Det er bare de deler som det på grunn av farevurderingen er påtrengende nødvendig å hindre innsyn i eller de opplysninger som er underlagt taushetsplikt som kan unntas fra innsyn. Begrensninger i innsyn skal nedtegnes i journal med begrunnelse for at innsyn nektes.

<sup>75</sup> Helse- og omsorgsdepartementets brev av 10. oktober 2011, Helsedirektoratets jnr. 10/2494

<sup>76</sup> Rt. 1984 s. 59

Pasienter uten innsynsrett har adgang til å oppnevne en representant som skal få innsyn, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 5-1 tredje ledd. Det er viktig at pasienten får utpeke en person vedkommende har tillit til. På den annen side må personen som utpekes være egnet til oppgaven og ha evne til diskresjon og ansvarfølelse. Helsepersonellet som er ansvarlig for journalføring, vil kunne avvise en representant hvis denne anses uskikket. En ny representant vil også kunne avvises på dette grunnlag.

Innsyn kan ikke nektes når representanten er en lege eller en advokat. Begrunnelsen er at disse har taushetsplikt i tillegg til yrkesetisk og rettslig ansvar. Er imidlertid en advokat eller lege selv pasient og ønsker å se sin egen journal, står vedkommende prinsipielt i samme stilling som en annen pasient. Foreligger særlige forhold, vil også advokat eller lege kunne nektes innsyn av den som er ansvarlig for journalføringen. Dette vil kunne være tilfelle der legen eller advokaten er i nær slekt med pasienten.

Det er også viktig å merke seg at et forsikringsselskap ikke kan få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningen direkte gjelder, selv kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd. Helsepersonell skal altså ikke utlever informasjon til forsikringsselskap i slikt tilfelle, selv om den som opplysningene gjelder gir sitt samtykke til dette.

Pårørendes adgang til journalinnsyn følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 fjerde ledd. Nærmeste pårørende har rett til innsyn i den grad pasienten samtykker. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har likevel nærmeste pårørende rett til innsyn. Nærmeste pårørende er den som pasienten oppgir. Dersom pasienten ikke har oppgitt annet, vil nærmeste pårørende være den/de som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende orden; ektefelle, registrert partner, person som i minst to år har levd i ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til innsyn i journal til pasient under 16 år, men innsyn skal ikke gis dersom barnet av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene skal få innsyn.

Etter en pasients død har de nærmeste pårørende rett til innsyn i journalen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 sjette ledd. Helsepersonell som er ansvarlig for journalføring, kan nekte innsyn hvis det foreligger særlige grunner for å unnta opplysninger. Dette vil kunne være aktuelt hvis journalen inneholder opplysninger som er svært støtende for de pårørende. Helsepersonellet må avgjøre om noen av de pårørende eller eventuelt ingen bør få innsynsrett.

Både pasient og pårørendes innsynsrett er begrenset til journalopptegetninger som er gjort etter 1. januar 2001. Innsyn i opptegetninger gjort før denne dato, skjer etter reglene i tidligere gjeldende lov av 13. juni 1980 om leger § 46.<sup>77</sup>

For ytterligere utdypning av innsynsretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 vises til rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter.

---

<sup>77</sup> Helse- og omsorgsdepartementets brev av 2. oktober 2008, Helsedirektoratets jnr. 08/3256

## § 42. Retting av journal<sup>78</sup>

Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om retting kan påklages til Fylkesmannen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retting etter denne bestemmelse.

Kommentarer til § 42:

Bestemmelsen inneholder regler om retting i journal. Formålet med bestemmelsen er å bidra til korrekte journaler som sikrer pasienten forsvarlig helsehjelp og beskytter vedkommendes integritet.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 43 om muligheten til sletting av journalopplysninger.

Bestemmelsen korresponderer med pasientens rett til å kreve journalopplysninger rettet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2.

**Første ledd første punktum** regulerer hvem som har plikt til å rette, hvem som kan kreve retting og på hvilke vilkår retting kan foretas.

Det er det helsepersonell som har ført journalen, eller den som etter § 39 andre ledd har det overordnede ansvaret for journalen, som er pliktig til å foreta rettingene.

Er vedkommende ansvarlige helsepersonell på ferie eller er det skjedd et personskifte, vil den som har overtatt den ansvarliges arbeidsområde være rette vedkommende.

I helseinstitusjon besluttet retting av journalansvarlig, jf. helsepersonelloven § 39 andre ledd. Der det er praktisk mulig skal det gjøres i samråd med det helsepersonellet som har gjort nedtegnelsene.

Retting kan bare skje der opplysningene eller utsagnene i journalen er feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige. Opplysninger som kan rettes, vil for eksempel være åpenbare feil som ukorrekt fødselsdato eller navn, men også feildiagnoser eller mangelfulle opplysninger om en pasients helsetilstand eller behandling vil kunne rettes. Ved utilbørlige utsagn som for eksempel er belastende for pasienten, skal det også foretas retting. Det er helsepersonellet som må ta den endelige vurderingen av om opplysningene har en slik karakter at de må rettes.

<sup>78</sup> Forskrifter med hjemmel i § 42:  
[2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal

Helsepersonell som er ansvarlig for journalføring vil kunne rette journaler etter eget initiativ eller etter anmodning fra pasienten eller andre som er nevnt i journalen. Opplysninger i barns journal om personer med foreldreansvar vil etter dette kunne rettes. Dette kan f.eks. være opplysninger om overgrep som viser seg å være ubegrunnede. I disse situasjonene kan foreldre eller andre med foreldreansvar som er nevnt i journalen, kreve retting.

**Første ledd andre punktum** bestemmer hvordan eventuell retting skal skje. Retting skal skje ved ny journalføring eller datert og signert rettelse, og ikke ved overstrykninger eller på annen måte som medfører at journalen eller deler av den blir uleselig.

**Andre ledd** bestemmer at dersom pasientens krav om retting ikke etterkommes, skal dette nedtegnes i journalen sammen med en begrunnelse for hvorfor retting nektes.

**Tredje ledd** bestemmer at avslag på krav om retting kan påklages til Fylkesmannen. Pasienten skal orienteres om klageadgangen.

**Fjerde ledd** gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift med nærmere bestemmelser om retting av journalopplysninger. Slike bestemmelser er gitt i journalforskriften § 13.

## § 43. Sletting av journalopplysninger<sup>79</sup>

Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven §§ 9 eller 18 og:

1. opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder eller
2. opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.

Dersom krav om sletting avslås, skal kravet om sletting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om sletting kan påklages til Fylkesmannen. Det skal innhentes uttalelse fra Datatilsynet. Dersom Fylkesmannen mener at sletting kan være i strid med arkivloven §§ 9 eller 18, skal det også innhentes uttalelse fra Riksarkivaren.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om sletting etter denne bestemmelse.

Kommentarer til § 43:

Bestemmelsen inneholder regler om sletting i journal. Formålet med bestemmelsen er å bidra til korrekte journaler som sikrer pasienten forsvarlig helsehjelp og beskytter vedkommendes integritet.

Hensynet til dokumentasjon medfører at det er strengere vilkår for sletting enn retting av journal.

Bestemmelsen korresponderer med pasientens rett til å kreve journalopplysninger slettet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2.

**Første ledd første punktum** regulerer hvem som har plikt til å slette, hvem som kan kreve sletting og på hvilke vilkår sletting kan foretas.

Det er det helsepersonell som har ført journalen som skal foreta slettingene. I helseinstitusjon besluttet sletting av journalansvarlig, jf. helsepersonelloven § 39 andre ledd. Der det overhodet er praktisk mulig skal det gjøres i samråd med det helsepersonellet som har gjort nedtegnelsene.

Helsepersonell skal slette journalopplysninger av eget tiltak eller hvis pasienten eller andre som er nevnt i journalen krever det.

Det er flere vilkår som alle må være oppfylt for at sletting skal kunne finne sted (kumulative vilkår).

For det første må sletting være ubetenkelig ut fra allmenne hensyn. I dette ligger at det ikke er hensynet til den konkrete pasient som skal vurderes, men hensynet bak dokumentasjonsplikten. Et viktig hensyn er tilsynsmyndighetenes mulighet til å føre kontroll med helse- og omsorgstjenesten. Også hensynet til pasienters mulighet til å fremme erstatningskrav ved skade tilsier at det kan være betenkelig å slette journalopplysninger som objektivt sett er

<sup>79</sup> Forskrifter med hjemmel i § 43:  
[2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal

riktige. Opplysninger som det ut fra allmenne hensyn vil være ubetenkelig å slette, vil derfor være opplysninger som ikke er eller har vært av betydning for dokumentasjonen av helsehjelpen. Eksempelvis kan det tenkes opplysninger om etnisk opprinnelse eller politisk tilhørighet, som pasienten har opplyst om, men ikke ønsker å ha i journalen.

For det andre må sletting ikke være i strid med arkivloven §§ 9 og 18. Etter arkivloven § 9 kreves som utgangspunkt samtykke fra Riksarkivaren eller hjemmel i arkivloven § 12 for å kassere offentlig arkivmateriale, mens arkivloven § 18 forbyr ødeleggelse, herunder retting og sletting, av privat arkiv som er spesielt verneverdige. Et offentlig arkiv er definert som statlige eller kommunale arkiv. Det vil for eksempel omfatte journalarkiv på sykehus, kommunale sykehjem o.l. Et privat arkiv er definert som et arkiv som ikke er statlig eller kommunalt.

For det tredje må opplysningene *enten* være feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder, jf. punkt 1, *eller* åpenbart ikke være nødvendige for å gi pasienten helsehjelp, jf. punkt 2.

Punkt 1 gjelder - i likhet med § 42 om retting – situasjonen der feilaktige eller misvisende opplysninger er ført i journalen, men inneholder i tillegg et krav om at opplysningene skal føles belastende for den de gjelder. Vilkårene for å slette feilaktige opplysninger er altså strengere enn for retting av journal etter § 42. Sletting av hele eller deler av journal vil kunne være aktuelt der journalen inneholder fakta eller diagnoser som er feil.

Punkt 2 gjelder situasjonen der opplysningene i journalen åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Opplysninger som kan være til nytte i videre helsehjelp til pasienten må ikke slettes. Et mulig behov for opplysningene i forbindelse med fremtidig helsehjelp må imidlertid ikke framstå som alt for hypotetisk.<sup>80</sup>

Dersom et krav om sletting fra pasientens side ikke kan etterkommes, bør det undersøkes om man i stedet kan *rette* opplysningene og om pasienten ønsker dette.<sup>81</sup>

**Andre ledd** bestemmer at dersom pasientens krav om sletting ikke etterkommes, skal dette nedtegnes i journalen sammen med en begrunnelse for hvorfor sletting nektes.

Det følger av **tredje ledd** at avslag på krav om sletting kan påklages til Fylkesmannen. Pasienten skal orienteres om klageadgangen.

Fylkesmannen skal innhente uttalelse fra Datatilsynet før det fattes avgjørelse i klagesaken. Videre har Riksarkivaren uttalerett i de tilfellene der Fylkesmannen mener at sletting kan være i strid med arkivloven §§ 9 og 18. Fylkesmannen har endelig avgjørelsesmyndighet, det vil si at han kan fatte vedtak i strid med både Datatilsynet og Riksarkivarens uttalelser dersom han finner de medisinskfaglige begrunnelsene tungtveiende nok.

**Fjerde ledd** gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift med nærmere bestemmelser om sletting av journalopplysninger. Slike bestemmelser er gitt i journalforskriften § 13.

---

<sup>80</sup> Sivilombudsmannens uttalelse 2004/2401

<sup>81</sup> [Sivilombudsmannens uttalelse 2006/928](#)



#### **§ 44. Journal på feil person**

**Etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette journal, eller opplysninger eller utsagn i en journal, som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier at sletting ikke bør foretas. Reglene i § 43 annet til fjerde ledd gjelder tilsvarende.**

Kommentarer til § 44:

Helsepersonell som er ansvarlig for at det føres pasientjournal, skal slette journaler opprettet på feil person hvis ikke allmenne hensyn tilsier at journalen bør bevares. Sletting vil for eksempel kunne nektes hvis det er aktuelt å samle dokumentasjon for å kunne reagere overfor helsepersonell som har gjort feilen.

Nektes sletting, kan avgjørelsen klages inn til Fylkesmannen, som behandler klagen i medhold av reglene i helsepersonelloven § 43 andre og tredje ledd og bestemmelsene i journalforskriften § 13.

## § 45. Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger<sup>82</sup>

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. For elektronisk tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter gjelder helseregisterloven § 13 tredje og fjerde ledd. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

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

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder bestemme at annet helsepersonell kan gis tilgang til journalen også i de tilfeller som faller utenfor første ledd.

Kommentarer til § 45:

Paragrafen er en pliktbestemmelse som pålegger helsepersonell å gi helseopplysninger om en pasient til annet helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten.

Formålet med § 45 er å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas.

Plikten til å gi helseopplysninger til annet helsepersonell gjelder både innenfor egen virksomhet og på tvers av virksomheter. Bestemmelsen åpner både for at journal og journalopplysninger kan utleveres til annet helsepersonell og for at annet helsepersonell kan gis elektronisk tilgang til journal og journalopplysninger.

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.

**Første ledd første punktum** regulerer vilkårene for å gi opplysninger. Det understrekes at dersom vilkårene er til stede, plikter helsepersonellet å gi nødvendige og relevante opplysninger dersom det er nødvendig for å gi helsehjelpen på en forsvarlig måte.

Det er for det første et vilkår at pasienten ikke motsetter seg at opplysningene blir gitt til annet helsepersonell. Pasienten har rett til å reservere seg mot at opplysninger gis, selv om opplysningene er nødvendige for å yte helsehjelp, jf. også pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 første punktum. Opplysningene skal heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 andre punktum. Det kan for eksempel dreie seg om opplysninger om tidligere psykiske lidelser, visse smittsomme sykdommer eller andre spesielt følsomme opplysninger. Helsepersonellet har med andre ord i utgangspunktet ikke plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysningene utleveres, men pasientens antatte samtykke vil være sentralt, og ved tvil bør pasienten forespørres.

<sup>82</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 45:

[2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal

[2011.06.24 nr 0628](#): (HOD) forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)

I tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å gi noe bevisst samtykke, vil det ofte være grunnlag for å forutsette at pasienten ville ha gitt slikt samtykke dersom vedkommende var i stand til det.

Det kan også tenkes tilfeller hvor opplysninger bør utleveres eller det bør gis tilgang selv om pasienten motsetter seg dette. Det vil fortrinnsvis være aktuelt der det er fare for liv og alvorlig helseskade. Som eksempel kan nevnes tvangsinnleggelse av psykiatriske pasienter, der pasienten kan tenkes å motsette seg utlevering av journalopplysninger samtidig som det kan være av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje ledd og helsepersonelloven § 23 nr. 4, at helseopplysninger kan utleveres tross pasientens motstand dersom tungtveiende grunner taler for dette. Dette må i så fall besluttes av det helsepersonell som har ansvaret for helsehjelpen, da disse er nærmest til å vurdere om det foreligger tilstrekkelig vektige grunner til at opplysningene kan viderefremmes.

Pasientens rett til å motsette seg forutsetter at pasienten er kjent med at opplysninger kan gis til annet helsepersonell som skal yte helsehjelp. Bestemmelsen forutsetter at virksomheten utarbeider gode rutiner for informasjon om regelverket til pasienter. Pasienten må blant annet informeres om at han/hun kan be om at særlig sensitive opplysninger sperres for innsyn fra annet helsepersonell og at opplysninger ikke utleveres til andre virksomheter uten samtykke. Informasjonen kan gis som generell informasjon eller som individuell informasjon. Skriftlig informasjon bør følges opp muntlig.

Videre er det et vilkår at de opplysningene som gis, er nødvendige og relevante for at annet helsepersonell skal kunne yte pasienten forsvarlig helsehjelp. Det må med andre ord foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av å utlevere eller gi tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Utleveringen skal tjene den helsehjelpen som pasienten gis.

Når det gjelder utlevering av epikrise, er utgangspunktet at man følger samme regler som for kommunikasjon av andre taushetsbelagte helseopplysninger. Hovedregelen er at utlevering må være nødvendig av hensyn til pasientbehandlingen, og at pasienten kan motsette seg utlevering. Det fremgår av journalforskriften § 9 at pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Videre heter det at epikrise skal sendes til innleggende eller henvisende helsepersonell og pasientens faste lege, dersom ikke annet fremgår. Dersom pasienten har vært til behandling ved et sykehus etter henvisning fra fastlege eller behandlende lege, vil det normalt være i overensstemmelse med pasientens ønske at epikrise sendes til fastlegen, og det vil vanligvis ikke være nødvendig å innhente samtykke.

Departementet har i en fortolkningsuttalelse lagt til grunn at dersom innleggende/henvisende lege er en annen enn pasientens fastlege, skal det som hovedregel sendes epikrise til både innleggende/henvisende lege og pasientens fastlege. Dette gjelder selv om det ikke alltid vil være slik at begge har behov for epikrise for å følge opp pasienten etter utskrivningen. Når det gjelder innleggende/henvisende helsepersonell, vil epikrisen i mange tilfeller ha en kvalitetssikringsfunksjon, for eksempel slik at innleggende/henvisende helsepersonell eventuelt skal kunne korrigere sin helsehjelp ved senere tilfeller av samme art.<sup>83</sup>

Helseopplysningene kan gis muntlig eller skriftlig, herunder elektronisk, så langt dette er teknisk mulig og informasjonssikkerhet og personvern ivaretas. Det vises for øvrig til helseinformasjonssikkerhetsforskriften<sup>84</sup> med kommentarer for en nærmere omtale av hvordan tilgang kan gis til helseopplysninger i elektronisk journal mv.

<sup>83</sup> Helse- og omsorgsdepartementets brev av 29. juni 2010, Helsedirektoratets jnr. 09/1883

<sup>84</sup> 2011.06.24 nr 0628: (HOD) Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)

**Første ledd andre punktum** setter særskilte vilkår om samtykke for tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter, for eksempel når helsepersonell fra ett sykehus gis tilgang til den elektroniske journalen til pasienten ved et annet sykehus. I slike tilfeller gjelder helseregisterloven § 13 tredje og fjerde ledd. Den åpner for tilgang til journalen dersom pasienten gir uttrykkelige samtykke til dette. Dette i motsetning til det som gjelder innenfor en virksomhet; der kan det gis tilgang med mindre pasienten uttrykkelig motsetter seg eller det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg.

Dersom pasienten på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke er i stand til å uttrykke et samtykke, og det må antas at pasienten ville ha gitt samtykke dersom vedkommende hadde vært i stand til det, kan det likevel gis tilgang til opplysningene for annen virksomhet. Det skal i så fall fremgå av journalene at utleveringen av opplysningene ikke baserer seg på pasientens samtykke og grunnen til dette, jf. helseinformasjonssikkerhetsforskriften § 13.

I henhold til **første ledd tredje punktum** skal det fremgå av journalen at annet helsepersonell har fått opplysninger utlevert eller er gitt tilgang.

**Andre ledd** bestemmer hvem som har adgang til å utlevere opplysningene. Helseopplysninger kan for det første gis av det helsepersonell som har dokumentert opplysningene i henhold til journalføringsplikten i helsepersonelloven § 39. Vedkommende vil imidlertid ikke til enhver tid kunne sørge for at annet helsepersonell i nødvendig grad gis nødvendige og relevante opplysninger. Vedkommende kan ha ferie, ha sluttet i virksomheten, være syk osv. Derfor kan helseopplysninger også gis av den databehandlingsansvarlige for opplysningene, jf. helsepersonelloven § 39. Med databehandlingsansvarlig menes ansvarlig for virksomheten. Dersom det ikke er praktisk at den databehandlingsansvarlige selv gir ut opplysningene, må oppgaven delegeres til andre i virksomheten.

Hvordan den databehandlingsansvarlige nærmere vil organisere hvordan opplysningene skal kommuniseres - for eksempel i hvilken grad det skal legges opp til meldingsutveksling, tilgang, utlevering av kopier osv., må vurderes av den enkelte databehandlingsansvarlige. Vurderingen må ta utgangspunkt i formålet med utleveringen, informasjonssikkerhet, den interne organisasjonen, ressurser, infrastruktur osv. Et overordnet krav er at pasientens rett til nødvendig helsehjelp, taushetsplikten og pasientenes krav på konfidensialitet skal overholdes. Det henvises til helseregisterloven og helseinformasjonssikkerhetsforskriften for nærmere informasjon om krav til organiseringen av tilgang.

I **tredje ledd** er departementet gitt hjemmel til å gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, herunder å bestemme at annet helsepersonell kan gis opplysninger også i de tilfeller som faller utenfor første ledd, dvs. uten at utlevering er begrunnet i helsehjelpen.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Journalforskriftens § 9 er hjemlet i § 45, jf. Helse- og omsorgsdepartementet brev 29. juni 2010, Helsedirektoratets jnr. 09/1883

## § 45 a. Epikrise

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

Kommentarer til § 45 a:

Bestemmelsen regulerer utarbeidelse og oversendelse av epikrise ved utskrivning fra helseinstitusjon.

Formålet er å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp etter utskrivningen og å bidra til læring og kvalitetssikring hos innleggende/henvisende helsepersonell.

Bestemmelsen erstatter fra 1. juli 2013 reguleringen av epikrise i forskrift om pasientjournal § 9. Endringen er i all hovedsak regelteknisk og innebærer en rettskildemessig styrking ved at bestemmelsen blir flyttet fra forskrift til lov.

Etter bestemmelsen er det ikke krav om samtykke fra pasienten før epikrisen blir sendt. Av **første ledd første punktum** fremgår det likevel at pasienten bør ha anledning til å opplyse hvem epikrisen skal sendes til. Dette må ses i sammenheng med andre punktum, der det er opplistet hvem epikrisen som hovedregel skal sendes til. Pasienten kan be om at epikrisen blir sendt til annet helsepersonell enn de som er nevnt der.

Av **første ledd andre punktum** går det fram at epikrisen som hovedregel skal sendes til innleggende/henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. I mange tilfelle er det én og samme person som utgjør alle disse tre kategoriene. I de tilfellene der innleggende/henvisende helsepersonell ikke er den faste legen til pasienten, men for eksempel legevaktslege, fastlege i vikarordning eller sykehjemslege, må epikrisen i tillegg sendes til pasientens faste lege, eventuelt også til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

I og med at pasientens faste lege og innleggende/henvisende helsepersonell som hovedregel skal få utlevert epikrisen, er det for disse bare i mindre utstrekning behov for å be om ytterligere opplysninger. I de tilfellene der pasientens faste lege eller innleggende/henvisende helsepersonell også skal stå for den videre behandlingen av pasienten, kan ytterligere utlevering av opplysninger uansett skje med hjemmel i helsepersonelloven § 25 første ledd.

Pasienten kan motsette seg at det blir sendt epikrise til de personellgruppene som er nevnt i bestemmelsen. Adgangen til å motsette seg epikriseutsending må ses i sammenheng med annen regulering i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Av helsepersonelloven §§ 25 og 45 fremgår det at en som hovedregel kan gi opplysninger til annet helsepersonell som har behov for disse opplysningene for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Ifølge disse bestemmelsene og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 kan likevel pasienten motsette seg at journalen eller opplysninger fra journalen blir gitt til annet helsepersonell. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje punktum kan utlevering likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Tilsvarende følger det av helsepersonelloven § 23 nr. 4 at helsepersonells taushetsplikt etter § 21 ikke er til hinder for at opplysninger blir gitt videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig. Dette kan være situasjoner der utlevering av opplysninger blir oppfattet som nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade. Hensynene som taler for å utlevere opplysningene mot pasientens vilje, bør i så fall veie vesentlig tyngre enn de hensynene som taler imot dette.

Av første ledd andre punktum går det videre fram at epikrisen skal sendes når pasienten blir utskrevet fra helseinstitusjon, se nærmere om dette i kommentarene til andre ledd.

«Helseinstitusjon» definert som institusjon som hører inn under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon<sup>86</sup> fastsetter hva som skal være å regne som helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helsepersonelloven § 3. Av § 2 i forskriften går det fram at sykehjem og døgnplasser som kommunene oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for akutt hjelp, er å regne som helseinstitusjon. Det innebærer for eksempel at når en pasient blir utskrevet fra et sykehjem, skal det sendes epikrise. Dette kan være aktuelt når pasienten blir utskrevet fra et korttidsopphold på et sykehjem og tilbake til hjemmet.

Det er ikke fastsatt egen forskrift om hva som er å regne som helseinstitusjon etter spesialisthelsetjenesteloven. Typiske eksempel på helseinstitusjoner er sykehus, sykehjem, opptreningsinstitusjoner og poliklinikker. Momenter i vurderingen av om en virksomhet er en institusjon, kan være størrelsen på virksomheten, om helsehjelp blir ytt av flere grupper helsepersonell, og om pasientene har tilbud om heldøgnsopphold. At det skal sendes epikrise når pasienten blir utskrevet fra sykehus, går også fram av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, jf. § 12 andre ledd.

**Første ledd tredje punktum** bestemmer at epikrise også skal sendes ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

**Andre ledd** åpner for at det kan gjøres unntak fra hovedregelen om når epikrise skal sendes, se første ledd andre punktum hvor det fremgår at epikrise skal sendes «ved utskriving». At epikrise eller tilsvarende informasjon skal sendes når pasienten blir utskrevet fra sykehus er som nevnt også presisert i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, jf. § 12 andre ledd.<sup>87</sup> I forskriften er det presisert at dersom epikrise ikke foreligger på utskrivningstidspunktet, så skal «tilsvarende informasjon» sendes det helsepersonellet som skal følge opp den utskrivningsklare pasienten. Dette er begrunnet med at epikrise i en del tilfelle ikke vil være ferdig på utskrivningstidspunktet, for eksempel fordi det mangler noen prøvesvar.

<sup>86</sup> [2011-12-16-1254](#) (HOD): forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

<sup>87</sup> [2011-11-18-1115](#) (HOD): Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Som hovedregel skal epikrisen altså sendes samtidig med utskrivningen fra helseinstitusjonen. I enkelte tilfelle er dette likevel ikke mulig, for eksempel fordi en er avhengig av svar på gjennomførte undersøkelser eller uttalelser fra annet involvert helsepersonell før en kan ferdigstille epikrisen. I andre tilfelle kan det være slik at helsepersonellet på grunn av andre arbeidsoppgaver ikke greier å ferdigstille epikrisen samtidig med at pasienten blir utskrevet. Dersom det av slike grunner ikke er mulig å etterleve hovedregelen om å sende epikrisen ved utskrivningen, åpnes det for at epikrise kan sendes noe senere. Som det framgår skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Hva som skal anses å være forsvarlig tid i de tilfellene der epikrisen ikke blir sendt samtidig med utskrivningen, må vurderes konkret. Hensynet til annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, vil her være et sentralt vurderingstema. Det kan være variasjoner i hvor rask oppfølging en pasient har behov for. I noen tilfelle kan dette være straks etter utskrivningen eller utredningen/behandlingen, for eksempel der pasienten skrives ut fra sykehus til sykehjem for videre oppfølging og behandling, og epikrisen må ikke sendes senere enn at nødvendig oppfølging kan settes i verk. Det må som nevnt vurderes konkret i hver enkelt situasjon hva som er forsvarlig, men i alle fall bør epikrisen sendes innen rimelig tid etter utskrivningen, normalt innen en uke.

I situasjoner der det ikke er mulig å ferdigstille epikrisen ved utskrivningen, vil krav om forsvarlig behandling ofte tilsi at en alt ved utskrivningen må gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon til helsepersonell som skal stå for den videre helsehjelpen. I slike situasjoner kan helsepersonellet ikke vente med å gi informasjon til epikrisen er skrevet og sendt.

I  **tredje ledd første punktum** er det tatt inn en definisjon av hva som menes med epikrise. En epikrise er en kort skriftlig og sammenfattende framstilling av gjennomført undersøkelse eller behandling av en pasient, basert på tilgjengelige journalopplysninger.

Hvilke opplysninger en epikrise skal inneholde, vil måtte avgjøres etter en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten annet sted i helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. I mange tilfeller vil det i epikriser blant annet bli gjort rede for forhistorien eller foranledningen til ytelsen av helsehjelp, hvordan sykdommen eller skaden har oppstått eller utviklet seg, hvilke undersøkelser som er gjort, diagnostisering og hvilken behandling som er gjort eller anbefalt. En epikrise kan også inneholde faglige råd om videre oppfølging og behandling eller opplysninger om komplikasjoner som kan inntreffe etter behandlingen.

I  **tredje ledd andre punktum** er departementet gitt hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, blant annet hvem epikrisen skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

## § 46. Elektronisk pasientjournal<sup>88</sup>

Pasientjournal kan føres elektronisk.

Kongen kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen.

Kommentarer til § 46:

Hjemmelen for å opprette elektronisk pasientjournal finnes i helseregisterloven § 6. Da helsepersonelloven ble vedtatt i 1999 var føring av pasientjournal på papir fortsatt vanlig, og bestemmelsen i § 46 ble gitt av pedagogiske årsaker og som en påminnelse om muligheten til å føre elektronisk journal.

Med økende krav til effektiv samhandling i helse- og omsorgstjenesten må elektronisk dokumentasjon og utveksling av pasientinformasjon bli hovedregelen. Det er derfor vedtatt en forskriftshjemmel i helseregisterloven § 6 fjerde ledd som gir adgang til å fastsette forskrifter med bestemmelser om at opplysninger i behandlingsrettet helseregister skal behandles elektronisk, m.a.o. et krav om elektronisk føring av pasientjournal. Det er foreløpig ikke gitt slik forskrift.<sup>89</sup>

<sup>88</sup> [2011.06.24 nr 0628](#): (HOD) forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)

<sup>89</sup> Ved utgivelsen av dette rundskrivet pågår det arbeid med å vurdere forskriftsfesting av krav om elektronisk postjournal.



## **§ 47. Opptegnelser og journal som bevis**

**I rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.**

Kommentarer til § 47:

Bestemmelsen gir adgang til å kreve opptegnelse, journal eller journalmateriale fremlagt som bevis i rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse.

Det vil være behov for å kunne anvende journalopplysninger som bevis både i saker om autorisasjon eller lisens, saker om rekvireringsrett, og tilsynssaker m.m. vedrørende helsepersonell. Dette gjelder både saker for domstolene og saker som behandles administrativt. Loven spesifiserer ikke nærmere de ulike typer av saker. Det er likevel grunn til å understreke at de opplysninger som kan kreves fremlagt, må referere seg til helsepersonells yrkesutøvelse.

Bestemmelsen åpner ikke for å kreve fremlagt pasientopplysninger om helsepersonellet. Dersom for eksempel tilsynsmyndighetene ønsker vedkommende helsepersonells egen pasientjournal fremlagt som bevis i en sak, må det foreligge samtykke fra vedkommende. Alternativt kan sakkyndig anvendes for å få belyst vedkommendes helsetilstand, jf. blant annet helsepersonelloven § 60 om bruk av sakkyndige undersøkelser i saker om tilbakekall av autorisasjon og lisens.

## Kapittel 9. Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

### § 48. Autorisasjon<sup>90</sup>

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansearbeider
- b) apotektekniker
- c) audiograf
- d) bioingeniør
- e) ergoterapeut
- f) helsefagarbeider
- g) fotterapeut
- h) fysioterapeut
- i) helsesekretær
- j) hjelpepleier
- k) jordmor
- l) kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) lege
- o) omsorgsarbeider
- p) optiker
- q) ortopediingeniør
- r) ortoptist
- s) perfusjonist
- t) psykolog
- u) radiograf
- v) sykepleier
- w) tannhelsesekretær
- x) tannlege
- y) tannpleier
- z) tanntekniker
- æ) vernepleier
- ø) provisorfarmasøyt
- å) reseptarfarmasøyt

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) er under 75 år og
- d) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk eksamen,
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller

<sup>90</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 48:

[2000.12.21 nr 1382](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som ortopediingeniør og kiropraktor

[2001.12.20 nr 1549](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddrekning

[2004.02.24 nr 0460](#): (HOD) Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell.

[2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut

c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonellgrupper som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

Kommentarer til § 48:

Autorisasjonsordningen er et styringsmiddel for helsemyndighetene og omfatter enkelte grupper helsepersonell, jf. § 3. Formålet med ordningen er å beskytte pasienter ved å sikre at helsepersonell med selvstendig yrkesutøvelse innehar bestemte kvalifikasjoner. Autorisasjonen innebærer beskyttelse av tittel. Autorisert helsepersonell med en bestemt tittel har en felles utdanningsbakgrunn og en bestemt type kompetanse, og anses som skikket til å utøve yrket.

Autorisasjon er ingen betingelse for å arbeide i helse- og omsorgstjenesten eller for å omfattes av lovens definisjon av helsepersonell, se § 3. Etter § 74 er det forbudt for personer uten autorisasjon å benytte beskyttet yrkestittel.

Autorisasjon innebærer ingen begrensning i yrkesutøvelsen utover det som følger av vedkommendes kvalifikasjoner og helsepersonellovens krav til forsvarlighet i § 4. Dette er til forskjell fra lisens (§ 49) som gir begrensninger i adgang til yrkesutøvelse slik det framgår av lisensen. Ytterligere rammer for yrkesutøvelsen kan gis av arbeidsgiver som ledd i dennes organisasjons- og styringsrett<sup>91</sup>.

Ved grove pliktbrudd kan myndighetene begrense eller tilbakekalle en lisens eller autorisasjon etter bestemmelsene i kapittel 11.

Bestemmelsen angir hvilke grupper helsepersonell som er omfattet av autorisasjonsordningen og som har beskyttet tittel, og vilkårene for å få autorisasjon. For søkere utdannet i Norge fremgår vilkårene av andre ledd bokstavene a til d og tredje ledd bokstav c. For søkere utdannet i utlandet fremgår vilkårene av andre ledd bokstavene b-d og tredje ledd. Vilårene omfatter utdanning/yrkeskvalifikasjoner ervervet i Norge eller i utlandet, gjennomført og godkjent praktisk tjeneste for enkelte grupper, aldersgrense og krav om at søker ikke må være uegnet for yrket.

**Første ledd** lister opp hvilke grupper helsepersonell som faller inn under autorisasjonsordningen. Disse yrkesgruppene har utdanning på ulike nivåer. Utdanningene er direkte innrettet på yrkesutøvelse i helse- og omsorgstjenesten med pasientkontakt. Dette er hovedkriteriene for at en yrkesgruppe kan autoriseres. De fleste av yrkesgruppene er også regulert (autorisert) i andre nordiske land og i EØS-området. Det er opp til det enkelte land å bestemme hvilke helsepersonellgrupper som skal reguleres gjennom en offentlig godkjenningsordning.

**Andre ledd** fastslår at autorisasjon bare kan tildeles etter individuell søknad. Søknaden skal vedlegges nødvendig dokumentasjon. Den som oppfyller vilkårene etter bokstav a) – d) har et rettskrav på å bli autorisert. Dette innebærer at godkjenningsmyndigheten har plikt til å innvilge autorisasjon i disse tilfellene.

<sup>91</sup> Se kommentarene til § 16

**Andre ledd bokstav a)** stiller krav om at søker har gjennomført utdanning og bestått eksamen i det aktuelle faget ved norsk universitet, høyskole eller ved videregående opplæring. Søker må dokumentere bestått eksamen. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og utdanningsinstitusjonene har prosedyrer som tar sikte på at avgangsstudenter/-elever ved helsefaglige utdanninger kan motta sin autorisasjon sammen med vitnemålet.

**Andre ledd bokstav b)** sier at søker må ha gjennomført eventuell praktisk tjeneste. Slik praktisk tjeneste gjennomføres etter fullført grunnutdanning og bestått avsluttende eksamen. Vedkommende får ikke autorisasjon, men lisens for yrkesutøvelse under veiledning i et arbeidsforhold. Praktisk tjeneste (turnustjeneste) kreves i dag av lege, fysioterapeut, ortopediingeniør og kiropraktor. Tjenesten er nærmere regulert i [forskrift om praktisk tjeneste \(turnustjeneste\) for å få autorisasjon som ortopediingeniør og kiropraktor](#), [forskrift om praktisk tjeneste \(turnustjeneste\) for å få autorisasjon som lege ved loddtrekning](#) og [forskrift om praktisk tjeneste \(turnustjeneste\) for å få autorisasjon som fysioterapeut og rundskriv](#).

**Andre ledd bokstav c)** fastsetter at aldersgrensen for autorisasjon er 75 år. Yrkestittelen kan benyttes, jf. helsepersonelloven § 54. Helsepersonell over 75 år vil ikke være avskåret fra ethvert arbeid innen sin profesjon. Helsepersonell over 75 år vil kunne ta oppdrag som sakyndig, drive undervisning mv. Det er i første rekke den kliniske, pasientrettede virksomheten de vil være avskåret fra. I § 54 andre ledd er hjemmel for å gi lisens<sup>92</sup> til helsepersonell over 75 år, slik at vedkommende kan yte helsehjelp.

**Andre ledd bokstav d)** stiller som vilkår for autorisasjon at søker ikke er uegnet til yrket. Søker anses som uegnet dersom det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon etter § 57. Eksempler kan være at søker har rusproblemer, atferdsavvik, psykisk lidelse, har begått straffbare forhold eller har langt fravær fra yrket. I praksis har godkjenningmyndigheten begrenset mulighet til å vurdere søkers egnethet dersom det ikke foreligger informasjon fra utdanningsinstitusjon, rettsapparatet eller andre om forhold som kan tilsi at vedkommende er uegnet. Det er ikke hjemmel for at søker skal legge fram politiattest ved søknad om autorisasjon. Universitet og høyskoler skal vurdere om den enkelte student er skikket for det yrket man utdanner seg til. Et vitnemål for fullført utdanning forutsetter at studenten er vurdert som skikket for yrket, se [universitets- og høyskoleloven](#) § 4-10. Det er ikke tilsvarende bestemmelse for helsefaglige utdanninger på videregående skoles nivå.

Søkere som er utdannet i andre EØS-land må legge fram en bekreftelse<sup>93</sup> utstedt av landets myndigheter på at de har rett til å utøve yrket i vedkommende land. Også søker utdannet utenfor EØS må legge fram tilsvarende bekreftelse fra myndighetene på at de er offentlig godkjent til å utøve det aktuelle yrket, dersom det er en offentlig godkjenningssystem for yrkesgruppen. Helsemyndighetene i Norden og enkelte andre land har i flere år utvekslet informasjon om tilbakekall eller begrensning i autorisasjoner eller lisenser for helsepersonell.

**Tredje ledd** er et alternativ til kravet i andre ledd bokstav a) om at søker skal ha eksamen fra norsk lærested. Bestemmelsen omhandler både utdanning/ eksamen fra utlandet og et generelt unntak fra kravet om bestått eksamen.

**Tredje ledd bokstav a)** kommer til anvendelse for søker med eksamen/utdanning fra land utenfor EØS-området. Det er et vilkår at den utenlandske eksamenen anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen. Det er SAFH som foretar denne vurderingen, eventuelt etter å ha innhentet generell vurdering fra NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet

<sup>92</sup> Lisens til helsepersonell over 75 år er nærmere beskrevet under omtalen av §§ 49 og 54 i rundskrivet

<sup>93</sup> Certificate of current professional status, CCPS

i utdanningen) om utdanningens nivå og omfang. I tillegg kan det innhentes sakkyndig råd fra norsk utdanningsinstitusjon om utdanningens faglige innhold sammenlignet med tilsvarende norske utdanning. Statens helsepersonellnemnd (HPN) har uttalt at en vurdering fra NOKUT bare viser hvilket akademisk nivå utdanningen har og ikke sier noe om utdanningens faglige innhold. For helsemyndighetene er begrepet *jevngod med tilsvarende norsk eksamen* spørsmål om utdanningen har et faglig innhold, nivå og omfang som berettiger til yrkesutøvelse i Norge.

Eksamen/utdanning fra et land utenfor EØS-området vil ofte være svært ulik tilsvarende norsk utdanning. Ved behandling av disse søknadene foretas en konkret og individuell vurdering av søkerens utdanning sammenlignet med tilsvarende norsk utdanning. De vesentlige elementene i denne vurderingen er utdanningenes nivå, varighet og innhold. Forskjeller i utdanning, med ulik vektlegging av de enkelte fag, er ofte kulturelt betinget. HPN er klageinstans på vedtak etter § 48 og vurderer at det ikke er et vilkår at utdanningene skal være av helt sammenfallende eller identisk i innhold. Det avgjørende må være om søkerens/klagerens utdanning samlet sett er av et slikt omfang og kvalitet at den kan anses faglig jevngod med tilsvarende norsk utdanning i dag.

Søker må dokumentere bestått eksamen fra utenlandsk utdanningsinstitusjon. Som regel må søker også legge fram en detaljert oversikt over utdanningens innhold, de enkelte fagområder som er dekket, tidsfordeling, fordeling mellom teoretisk og praktisk undervisning mv.

For personer utdannet som lege, tannlege, sykepleier, provisorfarmasøyt eller jordmor (sektoryrkene), er Norge gjennom EØS-avtalen forpliktet til at utdanning fra land utenfor EØS minst skal tilfredsstillende EUs harmoniserte krav til utdanning for disse yrkene for å gi rett til norsk autorisasjon. Norge oppfyller EUs minimumskrav for disse yrkene. Det betyr at en utenlandsk utdanning som anses som jevngod med tilsvarende norsk utdanning også vil oppfylle EUs minstekrav.

**Tredje ledd bokstav b)** viser til at autorisasjon kan gis på bakgrunn av internasjonal avtale om gjensidig godkjenning. Formålet med avtalene er at helsepersonell som er kvalifisert for å utøve sitt yrke i et av landene, skal kunne bli godkjent som helsepersonell i et annet land, og derved ha adgang til å utøve sitt yrke og benytte beskyttet tittel i de øvrige landene.

Som ledd i å bygge ned grensehindre i Norden, har de nordiske landene fra 1981 hatt gjensidig avtale om godkjenning av helsepersonell<sup>94</sup>. Den nordiske avtalen har mistet en del av sin betydning ettersom alle de nordiske landene er blitt medlemmer av EU eller er omfattet av EØS-avtalen. Som EØS-medlem har Norge avtale med de andre EØS-medlemmene og Sveits om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. Dette yrkeskvalifikasjonsdirektivet<sup>95</sup> er gjennomført i Norge gjennom forskrift om helsepersonell fra EØS-land<sup>96</sup>.

Forskriften gjelder godkjenning av helsepersonell som er ferdig kvalifisert til å utøve sitt yrke i et annet medlemsland. For noen yrker (sektoryrkene) er medlemslandene bundet av EUs vedtatte minstekrav for utdanningene. Dette gjelder utdanning som lege, tannlege, sykepleier, jordmor og provisorfarmasøyt. Søker som kan dokumentere bestått utdanning fra et medlemsland innen disse yrkene, har rett til en automatisk godkjenning, se forskriften kapittel 2. De øvrige autoriserte helsepersonellgruppene er omfattet av den generelle ordningen for godkjenning, se forskriften kapittel 3. SAFH skal for disse gruppene foreta en konkret vurdering av søkerens utdanning sammenlignet med tilsvarende norsk utdanning.

<sup>94</sup> [Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer](#)

<sup>95</sup> [Direktiv 2005/36/EF, godkjenning av yrkeskvalifikasjoner](#)

<sup>96</sup> 2008.10.08 nr 1130: (HOD) Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land

Hvis en søkers utdanning enten er minst ett år kortere enn tilsvarende norske utdanning, eller er vesentlig forskjellig fra denne, eller dersom yrkesutøvelsen er vesensforskjellig, kan søker pålegges å gjennomføre en prøveperiode på høyst tre år eller å bestå en egnethetstest, se forskriften § 15.

**Tredje ledd bokstav c)** viser til at søker gjennom videreutdanning og/eller yrkespraksis kan kompensere for enkelte mangler i sin utdanning. Det skal foretas en samlet, konkret og individuell vurdering av om søkers kompetanse gir *nødvendig kyndighet* sett hen til utdanningskravene som følger av norsk utdanning i vedkommende fag.

HPN uttaler<sup>97</sup> om anvendelsen av § 48 tredje ledd bokstav c): *Bestemmelsen framstår som et unntak fra hovedregelen om bestått eksamen i vedkommende fag. I hovedsak har bestemmelsen vært benyttet når søkere har norsk utdanning av eldre dato eller utenlandsk utdanning. For søkere med nyere norsk helseutdanning vil det etter nemndas syn bare helt unntaksvis være aktuelt å gi autorisasjon uten at vedkommende har bestått den eksamen som gir rett til autorisasjon etter hovedregelen. Videre uttales at HPN vil se hen til utdanningskravene i § 48 andre ledd bokstav a, slik at utdanning og yrkespraksis samlet må gi den nødvendige kyndighet.*

For at en søker skal kunne vurderes etter bokstav c) må det som utgangspunkt være et krav om at søker har gjennomgått og bestått en helsefaglig utdanning. Utdanningen må gi kompetanse innen samme fagområde. Helsepersonellnemnda har etter en konkret kyndighetsvurdering gitt autorisasjon som hjelpepleier<sup>98</sup> til søker som hadde gjennomført norsk sykepleierutdanning, men strøket i ett fag siste året. Hun hadde dessuten langvarig og relevant yrkeserfaring. Bare i særlige tilfeller kan yrkespraksis alene kompensere for fravær av endelig eksamen i en helsefaglig utdanning.

Utdanningen må imidlertid være innrettet mot og gi kompetanse innen fagområdet til den personellgruppen man søker autorisasjon som. Eksempelvis har søker med utdanning fra utlandet som lege<sup>99</sup> eller farmasøyt<sup>100</sup> fått avslag på søknad om autorisasjon eller lisens som hjelpepleier eller sykepleier da deres utdanninger var innen et annet fagområde uten å gi kompetanse innen pleie- og omsorg.

**Fjerde ledd** fastslår at departementet ved forskrift kan bestemme at helsepersonell som ikke omfattes av bestemmelsen, jf. første ledd, kan gis autorisasjon etter loven. Bestemmelsen er ikke benyttet.

**Femte ledd** er hjemmel til at departementet i forskrift kan stille tilleggskrav for autorisasjonen for den enkelte helsepersonellgruppe. Hjemmelen gir ikke adgang til å stille krav til enkeltpersoner. Det kan for eksempel være aktuelt å utarbeide krav om at visse grupper helsepersonell innen et visst tidsrom må gjennomføre etterutdanning for å opprettholde autorisasjonen. I forskrift kan det i henhold til denne bestemmelsen fastsettes at kravene skal gjelde også for de som allerede har autorisasjon ved forskriftens ikraft-tredelse. Departementet har gitt forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell utdannet i land utenfor EØS-området, og som får sin søknad vurdert etter § 48 tredje ledd bokstav a og c. Etter forskriften skal sykepleier, lege, tannlege og farmasøyt gjennom kurs eller på annen måte dokumentere kjennskap til helse- og omsorgstjenestens organisering og oppbygging, helse- og sosialrett, håndtering av legemidler, kulturforståelse og nasjonale satsningsområder.

---

<sup>97</sup> [HPN 2009-69](#) og [2009-114](#)

<sup>98</sup> [HPN 2006-104](#)

<sup>99</sup> [HPN 2008-159](#)

<sup>100</sup> [HPN 2005-21](#)

## § 49. Lisens<sup>101</sup>

Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48, kan gis lisens etter søknad. Lisens kan bare gis til helsepersonell som er skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisens kan også gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52.

Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om betingelsene for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den, herunder at kravene skal gjelde for dem som allerede har lisens ved forskriftens ikrafttredelse.

Kommentarer til § 49:

Lisens er en begrenset autorisasjon som gir innehaveren adgang til å utøve yrket innenfor visse rammer og benytte beskyttet tittel. Utstedelse av lisens benyttes blant annet i tilfeller der lisens er nødvendig for at innehaveren skal kunne gjennomføre et kvalifiseringstiltak. Dette gjelder de gruppene helsepersonell der praktisk tjeneste er et vilkår for autorisasjon, eller for personell med utdanning fra utlandet og som har mindre mangler i sin utdanning, før de har rett til autorisasjon. En betingelse for lisens er uansett at helsepersonellet kan anses skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisensen kan begrense innehaverens yrkesutøvelse i tid, sted, faglig eller på annen måte. En lisens kan være standardisert, så som student- eller turnuslisens eller individuell ut fra søkers kompetanse og forhold forøvrig. En lisens kan ikke anvendes som et varig alternativ til autorisasjon dersom søker ikke fyller utdanningskravene til den aktuelle profesjonen.<sup>102</sup> For eksempel kan ikke søker med svensk operasjonssykepleierutdanning få norsk autorisasjon eller lisens som sykepleier.<sup>103</sup> § 48 første ledd angir uttømmende de ulike helsepersonellgruppene som kan gis autorisasjon og lisens.

Departementet har gitt forskrift om lisens for helsepersonell. Forskriften omhandler studentlisens til medisinske studenter og farmasistudenter, turnuslisens til medisinske kandidater (men ikke turnuslisens til fysioterapeut, ortopediingeniør og kiropraktor) og lisens til helsepersonell over 75 år. Forskriften gir derved ikke en uttømmende opplisting eller regulering av hvilke typer lisenser som kan utstedes.

**Første ledd** fastslår at den som ikke fyller vilkårene for autorisasjon, kan få lisens. Det kan være ulike årsaker til at vilkårene for autorisasjon ikke er oppfylt. Det vesentlige antallet lisenser utstedes som ledd i kvalifisering for autorisasjon, for eksempel turnuslisens, studentlisens eller lisens for helsepersonell utdannet i utlandet. Videre kan lisens gis helsepersonell som har oppnådd aldersgrensen for autorisasjon, helsepersonell utdannet i utlandet som ikke har en jevn god grunnutdanning, men har en godkjent spesialitet (fagområdelisens), eller helsepersonell som på annen måte har kompetanse til å utøve yrket med nærmere angitte begrensninger. Selv om det er ulik begrunnelse for å gi lisens,

<sup>101</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 49: [2000.12.21 nr 1379](#): (HOD) Forskrift om lisens til helsepersonell.

<sup>102</sup> [HPN 2009-106](#) m. fl.

<sup>103</sup> [HPN 2008-25](#)

må søker kunne dokumentere grunnleggende kvalifikasjoner som gjør det forsvarlig å gi lisens. Uansett kan lisensen bare gis til søker som er skikket ut fra lisensens art og omfang. Den som søker lisens har, i motsetning til hva som gjelder en søker som oppfyller vilkårene for rett til autorisasjon, ikke et rettskrav på lisens.

**Andre ledd** fastslår at lisens også kan gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52. Ordlyden kan trekke i retning av at dersom en søker oppfyller kravet til yrkesgodkjenning i utdanningslandet, og vi har en forpliktelse til gjensidighet, kan det være tilstrekkelig at søkeren gis en lisens, dvs. en begrenset autorisasjon, til å utøve yrket

**Tredje ledd** angir at lisensen kan begrenses på ulike måter. Begrensningene kan knyttes til et bestemt tidsrom, til en bestemt stilling, til visse undersøkelses- eller behandlingsmåter eller på annen måte ut fra som måtte være behovet i den konkrete saken. Begrensningen kan også innebære at lisensen er gitt på visse vilkår, for eksempel at en lege kun kan praktisere innen en begrenset del av det medisinske fagområdet og på et konkret arbeidssted i offentlig helsetjeneste (fagområdelisens).

Studentlisens er regulert av forskrift om lisens til helsepersonell kapittel 1 og 1b, og kan gis til medisinerstudent og hovedfagstudent i farmasi som ved norsk eller utenlandsk universitet har gjennomført den vesentlig delen av studiet. Lisensen gir ikke rett til å benytte beskyttet tittel. Lisens til medisinsk student gir ikke rett til å utøve legevirksomhet av selvstendig karakter, være bakvakt, delta i legevaktordninger eller i eget navn sende regning til trygden for legehjelp. Lisensen gir rett til å forskrive legemidler i gruppe B og C i forbindelse med yrkesutøvelsen, men ikke i gruppe A. Lisens til hovedfagstudent i farmasi gir selvstendig ekspedisjonsrett.

Lisens til medisinske kandidater (turnuslisens) kan gis til kandidater som har bestått norsk cand. med.-grad eller som har en jevn god utdanning fra utlandet og som skal gjennomføre praktisk tjeneste, se forskriften kapittel 1a. Lisensen er begrenset og gir ikke rett til å utøve selvstendig legevirksomhet.

Lisens til helsepersonell over 75 år er regulert i forskriften kapittel 2. Lisensen er tidsbegrenset og kan gis for inntil to år av gangen fram til fylte 80 år, deretter for inntil ett år av gangen. Videre kan lisensen begrenses til en bestemt stilling, visse typer helsehjelp eller på andre måter.

Søker skal i søknaden gi opplysninger om hva slags type virksomhet/yrkesutøvelse som skal drives, for eksempel som medisinsk rådgiver eller i pasientrettet arbeid, og hvilket omfang denne virksomheten skal ha.

Søker skal vedlegge legeattest der attestutstederen både skal vurdere søkers helsetilstand generelt, og om søker er fysisk og psykisk i stand til å ivareta den virksomheten som det søkes lisens for. Godkjenningsmyndigheten skal videre legge stor vekt på hvordan søker har holdt og vil holde seg faglig oppdatert.

Forskrift om lisens til helsepersonell § 8 andre ledd åpner for at de gruppene det gjelder, skal kunne gis lisens med, uten eller med delvis rekvireringsrett. Det slås fast at det å rekvirere legemidler ikke er en selvfølgelig del av det å få lisens, men at lisens med rekvireringsrett bare skal gis der lisensen blir gitt for å drive pasientrettet arbeid av et visst omfang. Bestemmelsen er utpreget skjønnsmessig, og godkjenningsmyndigheten skal legge vekt på art og omfang av søkers tidligere virksomhet, hvilken virksomhet søker har til hensikt å utøve, forhold ved faglig oppdatering, og andre forhold som kan ha betydning for lisensutstedelsen.



I tillegg til de forskriftsregulerte lisenstypene, kan det gis turnuslisens for fysioterapeut, ortopediingeniør og kiropraktor og fagområdelisens for helsepersonell utdannet i utlandet som ikke har en jevngod grunnutdanning, men har en offentlig godkjent spesialitet.

Helsepersonell med utenlandsk utdanning som ikke vurderes som jevngod med norsk utdanning, men har enkelte mindre mangler i sin utdanning og trenger klinisk praksis for å kvalifisere seg til autorisasjon, kan gis lisens for under veiledning å tilegne seg de aktuelle manglene i praksis, eller for å gjennomføre pålagt prøveperiode for å kvalifisere seg til autorisasjon.

Videre kan det gis individuelt tilpasset lisens til helsepersonell utdannet i Norge eller utlandet, som vurderes å ha kompetanse til å utøve yrket med nærmere angitte begrensninger.

Lisens kan også gis helsepersonell med fysiske eller psykiske begrensninger (sykdom o.l.) og som på grunn av disse ikke kan utføre sitt yrke slik det forutsettes for en som innehar autorisasjon, men som anses faglig skikket innenfor det området lisensen omfatter.

For alle typer lisenser må det komme klart fram av lisensdokumentets ordlyd hvilke begrensninger som gjelder.

**Fjerde ledd** gir departementet hjemmel til å fastsette nærmere bestemmelser om betingelser for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den, jf. forskrift om lisens til helsepersonell. Endringer i betingelsene kan også gjøre gjeldende overfor personell som allerede har lisens.

## § 50. Grenselisens

**Offentlig ansatt og autorisert helsepersonell i Sverige og Finland i arbeid langs grensen til Norge, kan utøve virksomhet i tilgrensende norske kommuner uten norsk autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.**

Kommentarer til § 50:

Bestemmelsen er et unntak fra hovedregelen om at den som benytter beskyttet tittel, skal ha norsk autorisasjon eller lisens.

Bestemmelsen gjelder helsepersonell med autorisasjon/legitimasjon i Sverige eller Finland som er offentlig ansatt og som arbeider langs grensen til Norge. Disse kan uten norsk autorisasjon eller lisens utøve sin virksomhet også i tilgrensende norske kommuner. Grenselisens vil særlig kunne ha betydning i grensestrøk med lange avstander og spredt befolkning der helsehjelp raskest kan ytes av offentlig ansatt svensk eller finsk helsepersonell.

## **§ 51. Vilkår for spesialistgodkjenning<sup>104</sup>**

**Departementet kan gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.**

Kommentarer til § 51:

Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området.

Departementet har gitt forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Av de 29 helsepersonellgruppene som etter helsepersonelloven § 48 første ledd har rett til autorisasjon, er det kun leger, tannleger og optikere som omfattes av forskriften, og som på fastsatte vilkår kan få offentlig spesialistgodkjenning.

For de fleste av de andre helsepersonellgruppene eksisterer det tildels omfattende tilbud om kompetanseheving, etter- og videreutdanning og spesialisering i regi av yrkesorganisasjoner, helseinstitusjoner eller utdanningsinstitusjoner. Personell som har gjennomgått ulike utdanningsløp kan av sin yrkesorganisasjon få en bransjegendkjenning som spesialist innen et avgrenset fagområde. Dette helsepersonellet er imidlertid ikke offentlig godkjente spesialister i henhold til helsepersonelloven §§ 51 og 53.

---

<sup>104</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 51:

[2000.12.21 nr 1384](#): (HOD) Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger

[2001.12.20 nr 1549](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for leger ved loddtrekning

[2013.06.14 nr 0650](#): (HOD) Avvikling av nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

## § 52. Internasjonale avtaler<sup>105</sup>

På grunnlag av folkerettslige regler som Norge er forpliktet av kan autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, gis til norsk eller utenlandsk statsborger.

Departementet kan i forskrifter gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder fastsette særlige vilkår for godkjenning som er nødvendige for å oppfylle internasjonale avtaler.

Kommentarer til § 52:

Bestemmelsen fastslår at internasjonale avtaler kan være et rettslig grunnlag for utstedelse av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og for å få rett til midlertidig tjenesteyting. Videre er bestemmelsen hjemmel for å gi forskrift som er nødvendig for å oppfylle internasjonale avtaler.

**Første ledd** fastslår at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning kan gis til utenlandsk statsborger på bakgrunn av internasjonal avtale om gjensidig godkjenning av helsepersonell. Dette er også regulert i bestemmelsen om autorisasjon, jf. § 48 tredje ledd bokstav b, og om lisens, jf. § 49 andre ledd. Helsepersonell som er lovlig etablert i et annet EØS-land, har i henhold til direktiv 2005/36/EF om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner rett til å tilby tjenester innen dette yrket under midlertidig opphold i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dette er nærmere regulert i kapittel 4 i forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land.

Norge har inngått to folkerettslige avtaler: Nordisk overenskomst om felles arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer og direktiv 2005/36/EF om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

**Andre ledd** er hjemmel for å fastsette i forskrift særskilte krav for å oppfylle internasjonale avtaler. Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land gjelder rett til autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for søker som har tilegnet seg yrkeskvalifikasjoner i et annet EØS-land og som skal utøve et autorisert yrke i Norge. Forskriften gjelder også rett til midlertidig tjenesteyting i Norge.

<sup>105</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 52:  
[2008.10.08 nr 1130](#): (HOD) Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits

## Kapittel 10. Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

### § 53. Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir også rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd. Departementet kan i forskrift pålegge den enkelte utdanningsinstitusjon og andre med utdanningsansvar å gi autorisasjon for utdanninger der det ikke kreves praktisk tjeneste (turnustjeneste), jf. § 48 andre ledd bokstav b.

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger kan nekte en søker autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens første og andre ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan Helsedirektoratet eller den det bemyndiger pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

Kommentarer til § 53:

Bestemmelsen regulerer myndigheten til å gi eller nekte autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til midlertidig yrkesutøvelse eller til å gi pålegg om sakkyndig undersøkelse. Videre gir bestemmelsen hjemmel for ved forskrift å pålegge utdanningsinstitusjoner å gi autorisasjon.

**Første ledd** gir Helsedirektoratet myndighet til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, samt til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet kan delegere denne myndigheten til underliggende organ. Myndighet til å gi autorisasjon og lisens er delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Høsten 2011 bortfalt adgangen til å delegere spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet saksbehandler og fatter selv vedtak i alle søknader om spesialistgodkjenning.

**Første ledd første punktum** er hjemmel for at det kan kreves godtgjørelse i form av gebyr ved søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det kan også kreves gebyr i forbindelse med tildeling av ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

**Første ledd andre punktum** presiserer at Helsedirektoratet, eller den det bemyndiger, gir rett til midlertidig tjenesteyting uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Myndighet er delegert til SAFH. Rett til midlertidig tjenesteyting kan gis på grunnlag av folkerettslige forpliktelser, jf. helsepersonelloven § 52.

**Første ledd tredje punktum** er hjemmel for at departementet i forskrift kan pålegge utdanningsinstitusjoner og andre med ansvar for utdanning, å gi autorisasjon. Hjemmelen omfatter ikke utdanninger der det er krav om praktisk tjeneste for å få autorisasjon, jf. § 48 andre ledd bokstav b. Det er ikke gitt slik forskrift.

Etter **andre ledd** kan Helsedirektoratet nekte helsepersonell autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke midlertidig uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom det foreligger forhold som ville gitt anledning til å kalle tilbake en autorisasjon etter § 57. Tilbakekallsgrunner etter § 57 foreligger dersom helsepersonellet er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen, se kommentarene til § 57. I likhet med § 57 er § 53 en kan-bestemmelse, dvs. at autorisasjon mv. kan nektes dersom dette er formålstjenlig.

Helsedirektoratet har delegert myndighet etter andre ledd til underliggende organ (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)).

Det følger av **tredje ledd** at vedtak om å nekte helsepersonell autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller midlertidig tjenesteyting er enkeltvedtak etter forvaltningsloven og kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven § 68 andre ledd. Dette gjelder uansett hvilken begrunnelse som er gitt for å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller midlertidig tjenesteyting.

Etter **fjerde ledd** kan Helsedirektoratet pålegge søkere å underkaste seg medisinsk, herunder psykiatrisk, eller psykologisk undersøkelse av sakkyndige<sup>106</sup> i tilfeller hvor det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger. Helsedirektoratet har delegert myndighet etter fjerde ledd til SAFH.

---

<sup>106</sup> Se kommentarene til § 60

## § 54. Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning<sup>107</sup>

**Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning bortfaller når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.**

**Helsepersonell over 75 år kan likevel gis lisens og spesialistgodkjenning på visse vilkår, jf. § 49 fjerde ledd og § 51.**

Kommentarer til § 54:

**Første ledd** fastslår at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning automatisk faller bort når innehaveren fyller 75 år. At yrkestittel fortsatt kan benyttes, er et unntak fra § 74.

**Andre ledd** er et unntak fra første ledd ved at helsepersonell over 75 år på visse vilkår kan gis lisens og spesialistgodkjenning. Lisens til helsepersonell over 75 år er regulert av forskrift om lisens til helsepersonell kapittel 2. Lisensen er tidsbegrenset og kan gis for inntil to år av gangen fram til fylte 80 år, deretter for inntil ett år av gangen. Videre kan lisensen begrenses til en bestemt stilling, visse typer helsehjelp eller på andre måter.

Søker skal i søknaden gi opplysninger om hva slags type virksomhet/yrkesutøvelse som skal drives, for eksempel som medisinsk rådgiver eller i pasientrettet arbeid, og hvilket omfang denne virksomheten skal ha. Omfanget kan være et fast antall timer eller dager pr. uke, av mer tilfeldig karakter eller periodevis virksomhet. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, SAFH, har definert "pasientrettet arbeid av et visst omfang" tilsvarende minst 20 % stilling. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som kun omfatter familie, venner og andre nærstående, samt lisens som ikke skal benyttes til pasientrettet virksomhet, gis uten rekvireringsrett.

Søker skal vedlegge legeattest der attestutstederen både skal vurdere søkers helsetilstand generelt, og om søker er fysisk og psykisk i stand til å ivareta den virksomheten som det søkes lisens for. Godkjenningsmyndigheten skal videre legge stor vekt på hvordan søker har holdt og vil holde seg faglig oppdatert.

Forskriften § 8 andre ledd åpner for at de gruppene det gjelder, skal kunne gis lisens med, uten eller med delvis rekvireringsrett. Det slås fast at det å rekvirere legemidler ikke er en selvfølgelig del av det å få lisens, men at lisens med rekvireringsrett bare skal gis der lisensen blir gitt for å drive pasientrettet arbeid av et visst omfang. Bestemmelsen er utpreget skjønnsmessig, og godkjenningsmyndigheten skal legge vekt på art og omfang av søkers tidligere virksomhet, hvilken virksomhet søker har til hensikt å utøve, forhold ved faglig oppdatering, og andre forhold som kan ha betydning for lisensutstedelsen. Leger som har mindre enn 20% stilling får i henhold til praksis i SAFH rekvireringsrett begrenset til C-preparater.

<sup>107</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 54:  
[2000.12.21 nr 1379](#): (HOD) Forskrift om lisens til helsepersonell.

## Kapittel 11. Reaksjoner mv. ved brudd på lovens bestemmelser

### § 55. Opphevet ved lov 7 juni 2013 nr. 29<sup>108</sup>

### § 56. Advarsel

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 56:

Bestemmelsen gir Statens helsetilsyn hjemmel for å ilegge advarsel til alle som er definert som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3.

Formålet med bestemmelsen er å reagere på alvorlige overtredelser av helsepersonelloven, bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av samme art og å sikre kvalitet i og tillit til helsetjenesten.

§ 56 er en kan-bestemmelse, dvs. at i de tilfeller der vilkårene for å gi advarsel er oppfylt må Statens helsetilsyn foreta en skjønnsmessig vurdering av om advarsel skal gis.

Advarsel skal bare gis når det er tjenelig ut fra formålet å reagere og ellers ikke. I hver sak må det derfor vurderes om bruk av advarsel er egnet til å fremme sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten og tillit til denne. I denne vurderingen kan Statens helsetilsyn legge vekt på for eksempel hvor alvorlig pliktbruddet var, om det var et enkeltstående tilfelle, om pliktbruddet ligger langt tilbake i tid, om arbeidsgiveren til helsepersonellet ikke sørget for å legge forholdene til rette for at helsepersonellet kunne oppfylle sine plikter, om helsepersonellet fulgte instruks fra overordnet, om helsepersonellet har erkjent pliktbruddet, viser ny faglig innsikt og har forbedret sin virksomhet i tråd med lovkravene.

**Første ledd** angir vilkårene for at reaksjonen advarsel skal kunne gis. Hvis vilkårene er oppfylt, kan Statens helsetilsyn ilegge advarsel<sup>109</sup>.

Vilkårene er både at helsepersonell forsettlig eller uaktsomt har overtrådt plikter i helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den og dessuten at pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, påføre pasient eller

<sup>108</sup> I kraft 1 januar 2014 iflg. Res. 6. des. 2013 nr. 1398. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 og § 7-4a.

<sup>109</sup> Advarsel er nærmere behandlet i O. Molven, J. Holmboe og K. Cordt-Hansen, [Vilkårene for advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2006; 126:800-1](#)



bruker en betydelig belastning eller i vesentlig grad svekker tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Både handling og unnlattelse av å handle rammes. En handling/unnlattelse er forsettlig dersom den er villet, og uaktsom dersom helsepersonellet burde ha visst at det han eller hun foretok seg – eller ikke foretok seg - var et brudd på lovens bestemmelser. Uaktsomhetsregelen omfatter både bevisst og ubevisst uaktsomhet, dvs. at både den hensynsløse og den uoppmerksomme handlingen eller unnlattelsen rammes. Det er tilstrekkelig at helsepersonellet har utvist simpel uaktsomhet. I uaktsomhetsvurderingen må det sees hen til hvorvidt helsepersonellet i den aktuelle situasjon hadde handlingsalternativer. Hvis det ikke var mulig å handle på noen annen måte, kan ikke helsepersonellet bebreides for resultatet.

Når det gjelder overtredelse av plikter i henhold til lov eller forskrift, er helsepersonells rettsvillfarelse med hensyn til hvilke regler som gjelder innenfor deres yrkesområde som hovedregel ikke unnskyldelig. Helsepersonell plikter å sette seg inn i de bestemmelsene som gjelder for yrkesutøvelsen.

For at det skal gis en advarsel til et helsepersonell, må som nevnt flere vilkår være oppfylt samtidig (såkalt kumulative vilkår). Overtredelsen av plikter er ikke i seg selv tilstrekkelig for å gi advarsel. I tillegg må pliktbruddet være egnet til å medføre fare for sikkerheten, påføre pasienten en betydelig belastning eller i vesentlig grad svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Formuleringen "egnet til" sikter til en objektiv vurdering av overtredelsens art. Det er ikke et vilkår for å gi advarsel at handlingen eller unnlattelsen faktisk har medført fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, har påført pasienter/brukere en betydelig belastning eller i vesentlig grad har svekket tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten. Det er handlingens skadepotensial som er avgjørende, ikke om handlingen eller unnlattelsen faktisk fikk følger.

Dersom helsepersonell begår grove feil som på grunn av tilfeldigheter ikke får noen alvorlig følge som nevnt i første ledd, kan det likevel gis advarsel dersom handlingen/unnlattelsen er av en slik art at den vanligvis ville ha ført til fare for sikkerheten, skade på pasienten eller i vesentlig grad svekket tillit. Advarsel kan da gis dersom helsepersonellet hadde reelle handlingsalternativer.

Det må foretas en konkret vurdering av om alle vilkårene foreligger. Generelt kan sies at det kreves mer enn den daglige risikoen eller den belastningen en normalt må regne med ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade. Det må også være direkte årsakssammenheng mellom helsepersonellens uaktsomme pliktbrudd og den risiko som oppsto eller den belastning som ble påført pasienten mv.

Tilsynsmyndigheten må utøve skjønn, dette fremgår av bestemmelsen ved at ordet "kan" er benyttet. Hvert enkelt forhold må av tilsynsmyndigheten vurderes konkret og ut fra de omstendigheter som forelå på det tidspunktet det påståtte pliktbruddet skjedde.

Etter **andre ledd** kan det gis advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe. I motsetning til første ledd, vil det her være snakk om forhold som ikke nødvendigvis har med selve yrkesutøvelsen å gjøre. Bestemmelsen kommer til anvendelse i tilsynssaker hvor Statens helsetilsyn etter en konkret vurdering finner at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon ikke er oppfylt, men at forholdet vurderes til å være så alvorlig at tilsynsmyndighetene bør ha mulighet for å gi en formell reaksjon. Eksempel på slike forhold kan være voldsbruk, tyveri fra pasient og bruker, brudd på narkotikalovgivningen, vold mot offentlig tjenestemann mv.

Det er ikke krav om at helsepersonellet skal ha erkjent forholdet eller at det foreligger domfellelse. Det avgjørende vil være hvilke fakta tilsynsmyndigheten finner å kunne legge til grunn som sannsynliggjort.

Hvor grensen skal gå mellom alvorlig og mindre alvorlig atferd vil måtte avgjøres ut fra en konkret helhetsvurdering av hver enkelt sak.

Det er ikke et vilkår for advarsel at det kan påvises at atferden faktisk har medført svekket tillit til vedkommende yrkesgruppe, men den utviste atferd må være *egnet* til i vesentlig grad å svekke tilliten.

I hvilken grad helsepersonell må sies å ha allmenn tillit, kan til en viss grad være avhengig av hvilken yrkesgruppe der gjelder og hvilken funksjon vedkommende har. Det er ikke tilstrekkelig å konkludere med at vedkommendes atferd er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell generelt eller helse- og omsorgstjenesten som sådan. Statens helsetilsyn må foreta en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle og begrunne hvorfor forholdet er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Av **tredje ledd** fremgår det at advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket og de faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket er undergitt allmenn offentlighet etter offentleglova. Det innebærer bl.a. at helsepersonells navn kan oppgis. Underliggende forhold som er taushetsbelagt etter forvaltningsloven § 13 første ledd punkt 1, vil også være unntatt innsynsrett etter offentleglova § 13, for eksempel helsepersonellens personlige forhold, rusmiddelmisbruk, psykiske, sosiale, eller familiemessige problemer.

At en opplysning ikke er undergitt taushetsplikt, innebærer ikke at opplysninger trenger å gis ut utover det som følger av offentleglova eller annet regelverk om opplysningsplikt.

## **§ 57. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning**

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake også dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48, 49 eller 51 ikke er oppfylt.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 57:

Bestemmelsen gir hjemmel for tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fra alle grupper autorisert helsepersonell. Formålet med bestemmelsen er å reagere på alvorlige overtredelser av helsepersonelloven, å bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av samme art og å sikre kvalitet og tillit til helsetjenesten.

Statens helsetilsyn har bevisbyrden for at tilbakekallsgrunn foreligger. Som hovedregel er bevisskravet alminnelig sannsynlighetsovervekt, slik at Statens helsetilsyn skal bygge på det faktum den finner mest sannsynlig. I noen tilfeller kan det være aktuelt å operere med kvalifisert sannsynlighetsovervekt, for eksempel dersom "det er tale om eldre forhold av sterkt infamerende karakter, og disse forhold ikke har noen umiddelbar tilknytning til den aktuelle yrkesutøvelse"<sup>110</sup>.

Også begrenset autorisasjon kan tilbakekalles etter § 57. Høyesterett har konkludert med at slik bestemmelsen er utformet, kan § 57 også gjelde tilbakekall av begrensede autorisasjoner<sup>111</sup>.

§ 57 er en kan-bestemmelse, dvs. at i de tilfeller der vilkårene for å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er oppfylt, må Statens helsetilsyn foreta en skjønnsmessig vurdering av om reaksjonen skal ilegges.

Tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skal bare foretas når det er tjenelig ut fra formålet å reagere og ellers ikke. I hver sak må det derfor vurderes om tilbakekall er egnet til å fremme sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten og tillit til denne. I denne vurderingen kan Statens helsetilsyn legge vekt på for eksempel hvor alvorlig pliktbruddet var, om det var et enkeltstående tilfelle, om pliktbruddet ligger langt tilbake i tid, om arbeidsgiveren til helsepersonellet ikke sørget for å legge forholdene til rette for

<sup>110</sup> Rt. 2007 s. 1851

<sup>111</sup> Rt. 2010 s. 1613

at helsepersonellet kunne oppfylle sine plikter, om helsepersonellet fulgte instruksjoner fra overordnet, om helsepersonellet har erkjent pliktbruddet, viser ny faglig innsikt og har forbedret sin virksomhet i tråd med lovkravene. Høyesterett har uttalt at det *følger av entydig praksis at de to hensyn som særlig må vektlegges ved denne vurderingen, er om vedkommende i dag representerer en fare for pasientsikkerheten, og om helsevesenet vil bli svekket om vedkommende gis anledning til fortsatt å praktisere på tross av de alvorlige straffbare handlinger som er begått*<sup>112</sup>.

**Første ledd** angir de ulike tilbakekallsgrunnene. Grunnvilkåret er at helsepersonellet er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. I tillegg til at disse forholdene kan gi grunnlag for tilbakekall, er de også vilkår for godkjenningsmyndighetene til å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 53.

Uegnethet vurderes på vedtakstidspunktet.

*Alvorlig sinnslidelse* skal forstås med utgangspunkt i psykisk helsevernlovens begrepsbruk<sup>113</sup>, dvs. i nær tilknytning til psykoselidelsene (schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse). Personlighetsforstyrrelser, angst og depresjoner vil normalt ikke være tilstrekkelig grunnlag. Men pasientens funksjonsnivå vil være avgjørende for vurderingen, det vil si de hvorvidt lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen. Det er eksempler der helsepersonell med svært avvikende atferd, for eksempel Asperger syndrom, er funnet uegnet for yrket.

Eksempler på *psykisk svekkelse* kan være mental reduksjon forårsaket av hendelser, traumer eller organiske forhold.

Langt fravær fra yrket har så langt ikke vært benyttet som en selvstendig tilbakekallsgrunn. Imidlertid har langt fravær alene vært tilstrekkelig til å nekte autorisasjon etter § 54. I en sak vurderte Statens helsepersonellnemnd at klagers utenlandske utdanning var jevn god med norsk hjelpepleierutdanning, men fant at 19 års fravær fra yrket gjorde klager uegnet som hjelpepleier. Det avgjørende for nemnda var at klager aldri hadde praktisert som sykepleier/hjelpepleier.<sup>114</sup>

*Uegnethet på grunn av rusmiddelmissbruk (alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning)* er årsak til de fleste autorisasjonstap. Det vil her ofte være avgjørende om personellet har opptrådt ruset på arbeidsplassen, om det har foregått tyveri av legemidler gruppe A og B, eller om rusmisbruket på annen måte har hatt innvirkning på yrkesutøvelsen. Også omfattende rusmiddelmissbruk på fritiden og/eller alvorlige rusproblemer kan tilsi tilbakekall av autorisasjon selv om vedkommende ikke har opptrådt i ruset tilstand på jobb.

*Grov mangel på faglig innsikt* kan foreligge om helsepersonell i vesentlig grad svikter i forhold til grunnleggende krav til yrkesutøvelse. Her vil det blant annet være av betydning om helsepersonell evner å lære av egne feil og tilbakemeldinger/råd fra for eksempel tilsynsmyndighetene, med andre ord evner å korrigere uforsvarlig virksomhet. Det legges vekt på om det dreier seg om alvorlig brist i kunnskap og hvilken risiko den manglende faglige innsikt utsetter pasientene for.

<sup>112</sup> Rt. 2007 s 1851

<sup>113</sup> Ot.prp. nr.11 (1998-1999) Etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven), merknader til § 3-3

<sup>114</sup> HPN 2002-176

En viktig grunn for tilbakekall er knyttet til alvorlig rollesammenblanding og/eller seksuell relasjon til pasient. Dette vil ofte være både grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. I slike saker blir det lagt vekt på hvilken rolle helsepersonellet hadde i forhold til pasienten.

*Uforsvarlig virksomhet* er et vidt begrep som brukes om virksomhet som strider med de til enhver tid gjeldende faglige krav og regler. Uforsvarlig virksomhet kan foreligge dersom helsepersonellens virksomhet gjennomgående er preget av mangelfull journalføring eller hvor forsvarlighetskravene til organisering av tjenesten generelt ikke blir forstått og fulgt. Mange av de vurderingene som gjelder ved grov mangel på faglig innsikt gjelder også uforsvarlig virksomhet, som alvorlig brist på basiskunnskap. I tillegg vil alvorlig rollesammenblanding og seksuell relasjon til pasient anses som uforsvarlig virksomhet.

Eksempler på grove pliktbrudd som har medført tilbakekall, er brudd på bestemmelsen om forbud mot gaver mv. i tjenesten (§ 9), eller brudd på opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen (§ 30) og journalføringsplikten (§§ 39-40). Andre eksempler er brudd på bestemmelsen om ressursbruk (§ 6), for eksempel ved å skaffe seg urettmessig refusjon fra NAV, eller tyveri fra pasient/bruker, som anses som brudd på plikten til å yte omsorgsfull hjelp (§ 4).

Avgjørende for om *atferden kan anses uforenlig med yrkesutøvelsen*, er om tilliten til helsepersonellet og/eller tilliten til helsetjenesten som sådan må anses svekket i betydelig grad. De fleste sakene som gjelder atferd uforenlig med yrkesutøvelsen gjelder tyveri av legemidler fra arbeidsplassen. Det skilles mellom atferd i og utenfor yrkesutøvelsen. Innenfor yrkesutøvelsen vil tilbakekallsgrunn for eksempel kunne være tyveri/underslag fra pasient, vold mot pasient, grovt trykdebedrageri, salg av resepter til narkomane. Utenfor yrkesutøvelsen skal det mer til. Eksempler på dette er incest eller seksuelle overgrep overfor barn<sup>115</sup>.

**Andre ledd** gir hjemmel for tilbakekall når helsepersonell til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, for eksempel ved fortsatt å unndra seg tilsyn og kontroll, fortsatt unnlate å registrere seg mv. I motsetning til første ledd, er det etter andre ledd ikke et grunnvilkår at helsepersonellet anses som uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig.

Vilkåret for tilbakekall etter andre ledd er at tilsynsmyndigheten har gitt en advarsel etter § 56. Grunnlaget for tilbakekall opphører derfor når vedkommende helsepersonell har innrettet seg etter de lovbestemte krav advarselen gjelder. Eksempler på tilbakekall etter andre ledd er at helsepersonell, til tross for ilagt advarsel for brudd på § 30, fortsatt unnlater å oversende opplysninger (journaler) som er nødvendig for å kunne føre tilsyn med virksomheten, unnlattelse av å endre metoder tilsynsmyndigheten finner uforsvarlige og unnlattelse av å føre journal i samsvar med regelverket. Som oftest kreves det at helsepersonellet har fått flere enn én advarsel før gjentakelse av faglige feil vil medføre tap av autorisasjon etter andre ledd.

**Tredje ledd** gir hjemmel for å tilbakekalle autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning dersom innehaveren ikke oppfyller forskriftsfestede tilleggsvilkår. Dette kan være krav til etterutdanning, fastsatt i forskrift med hjemmel i § 48 (autorisasjon), § 49 (lisens) eller § 51 (spesialistgodkjenning). Slike krav til etterutdanning er bare gitt for legespesialiteten allmenntidmedisin. Etter spesialistreglene er det krav om at disse hvert femte år resertifiseres på bakgrunn av dokumentert gjennomført etterutdanning.

**Fjerde ledd** bestemmer at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning som er gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake hvis godkjenningen

---

<sup>115</sup> Se også [Rt. 2007 s. 1851](#)

gitt i det andre landet taper sin gyldighet. Hvis ikke annet følger av internasjonal overenskomst<sup>116</sup>, skal et slikt tilbakekall så langt det er mulig vurderes konkret. Plikt til gjensidig informasjon til andre lands myndigheter om tilbakekall mv. følger av helsepersonelloven § 66 og internasjonale avtaler.

**Femte ledd** slår fast at tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

---

<sup>116</sup> Se kommentarer til § 52, internasjonale avtaler

## § 58. Suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er tilstede og helsepersonellet anses å være til fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning inntil det er tatt endelig beslutning i saken. Suspensjonen kan gjøres gjeldende i seks måneder, og kan forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Suspensjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 58:

Bestemmelsen er hjemmel for at Statens helsetilsyn kan suspendere helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning i de tilfeller der det foreligger en tilsynssak, men før vedtak om tilbakekall foreligger, og regulerer vilkårene for suspensjon.

**Første ledd** gir Statens helsetilsyn adgang til suspensjon hvis det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er til stede. I tillegg må helsepersonellet anses å være til fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Det stilles ikke like strenge krav til bevis for suspensjon som for tilbakekall etter § 57, men det må foreligge faktiske forhold av en slik karakter at det er holdepunkter for å si at helsepersonell er uegnet til å utøve forsvarlig virksomhet.

Suspensjonsadgangen er begrunnet i hensynet til sikkerheten til pasienter og brukere. Bestemmelsen gjelder alt helsepersonell med autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Eksempelvis benytter Statens helsetilsyn suspensjon der helsepersonell har et rusmisbruksproblem og det er fare for at helsepersonell kan være ruset på jobb eller kan skaffe seg rusmidler på jobb. Faren for pasient og brukers sikkerhet er særlig stor der helsepersonellet ikke har en fast arbeidsplass, men tar oppdrag gjennom vikarbyråer. Andre eksempler på bruk av suspensjon er overfor helsepersonell med alvorlig sinnslidelse som ikke innretter seg etter sykdommen, helsepersonell som har begått seksuelle overgrep overfor pasienter, helsepersonell som utøver uforsvarlig virksomhet eller har så dårlige hygienerutiner at det er smittefare for pasienter og helsepersonell<sup>117</sup>.

Det kan stilles spørsmål om hvor langt bestemmelsen kan hjemle suspensjon når det ikke kan sies å foreligge direkte fare for sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, men helsepersonell har foretatt så alvorlige handlinger at det må anses støtende om vedkommende får utøve sin virksomhet fram til et tilbakekallsvedtak. Eksempler på saker er incest og seksuelle overgrep mot barn. Statens helsetilsyn tolker farekriteriet utvidende i alvorlig støtende saker. Statens helsepersonellnemnd kan oppheve suspensjon dersom de vurderer at det ikke er fare for sikkerheten i helsetjenesten<sup>118</sup>.

Av hensyn til helsepersonells rettssikkerhet, er det en tidsfrist for hvor lenge suspensjon kan gjøres gjeldende uten at formelt vedtak om tilbakekall finner sted. Fristen er seks måneder, med adgang til forlengelse i ytterligere seks måneder. Det er ikke adgang til å forlenge suspensjonen med seks måneder mer enn en gang. Dersom helsepersonellet er blitt suspendert i forbindelse med en tilsynssak og det i ettertid har vist seg at det ikke var

<sup>117</sup> [HPN 2009-23](#)

<sup>118</sup> [HPN 2005-51](#) som gjaldt narkotikaomsetning

grunnlag for tilbakekall, kan vedkommende søke erstatning for økonomisk tap i forbindelse med suspensjonen. Det vil da være avgjørende om det var tilstrekkelig grunnlag for å suspendere ut fra den foreliggende informasjonen, se § 73.

**Andre ledd** slår fast at suspensjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Ved vedtak om suspensjon vil den tilsynssaken gjelder få kortere uttalefrist og det er mindre strenge krav til å få saken opplyst enn det som er tilfelle ved endelig vedtak. Dette fordi lovens ordlyd ved suspensjon er *grunn til å tro* at vilkårene foreligger og at vedtak om suspensjon må fattes raskt av hensyn til pasient og brukers sikkerhet.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.



## § 59. Begrensning av autorisasjon

**Statens helsetilsyn kan begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.**

**Slik begrensning kan fastsettes i tilfeller der helsepersonell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.**

**Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis helsepersonellet godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.**

**Vedtak om begrensning av autorisasjon og avslag på søknad om opphevelse av fastsatte begrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.**

Kommentarer til § 59:

Bestemmelsen gir Statens helsetilsyn adgang til å gi autorisert helsepersonell en begrenset autorisasjon selv om vilkårene for tilbakekall av autorisasjonen foreligger. Ved brudd på vilkårene for begrenset autorisasjon, kan autorisasjonen tilbakekalles etter § 57<sup>119</sup>.

**Første ledd** gir tilsynsmyndighetene adgang til å begrense autorisasjonen til utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.

Et vedtak om begrenset autorisasjon kan bidra til å opprettholde pasientsikkerheten. For eksempel kan helsepersonell få begrensninger slik at de ikke lenger kan utføre nærmere bestemte inngrep hvor de tidligere har opptrådt uforsvarlig. Vedtaket kan også bidra til å sikre kvalitet i helsetjenesten. For eksempel kan det stilles krav om faglig oppdatering som vilkår for fortsatt autorisasjon. Endelig vil vedtak om begrenset autorisasjon kunne bidra til å opprettholde tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Autorisasjonen kan begrenses i tid, til visse funksjoner eller behandlingsmåter, til en bestemt arbeidsgiver og stilling, og på vilkår om kontroll og veiledning fra kolleger eller andre.

Statens helsetilsyn kan begrense helsepersonellens autorisasjon til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår. Hva slags begrensninger det kan fattes vedtak om, vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering av den enkelte sak. Det sentrale vil være hva som er nødvendig for å sikre ivaretagelse av lovens formål, samtidig som begrensningen må stå i forhold til den aktuelle saks alvorlighet.

Statens helsetilsyn kan blant annet fatte vedtak om at personellens yrkesutøvelse skal begrenses til nærmere bestemte arbeidsoppgaver eller til nærmere bestemt arbeidssted. Begrensningene kan også være i form av tap av rettigheter som helsepersonellet etter helsepersonelloven vil ha i kraft av sin autorisasjon. Eksempler på dette er tap av retten til å utstede nærmere bestemte typer attester eller erklæringer eller tap av retten til å utstede attester eller erklæringer overfor bestemte etater eller mottakere, for eksempel overfor trygden eller utlendingsmyndighetene, jf. helsepersonelloven § 15.

<sup>119</sup> [Rt. 2010 s. 1613](#)

Begrensninger kan også skje ved at Statens helsetilsyn fastsetter nærmere vilkår som helsepersonellet må overholde i sin videre yrkesutøvelse. Slike vilkår kan være krav om faglig oppdatering eller videreutdanning, veiledning fra overordnet, at helsepersonellet gjennomgår behandling eller forplikter seg til å delta i kontrollopplegg i regi av arbeidsgiver, for eksempel i form av blod- eller urinprøvetaking.

Begrensninger kan variere i tid. Hensikten med å fatte vedtak om begrensninger i helsepersonellens autorisasjon er som nevnt å sikre ivaretagelse av lovens formål. Hensikten er imidlertid også at helsepersonellet blant annet skal gis en anledning til å dokumentere skikkethet, at tidligere problemer er overvunnet eller at fagkompetanse er oppdatert. Hvor lang tid begrensninger skal gjelde for vil derfor måtte vurderes konkret. Også her vil det måtte ses hen til hva som anses som nødvendig for å sikre ivaretagelse av lovens formål, samtidig som begrensningen må stå i forhold til sakens alvorlighet.

Det er ikke krav om at det skal fastsettes en bestemt tidslengde for begrensningene eller at begrensningene skal knyttes opp mot et bestemt fremtidig tidspunkt. I mange saker kan det imidlertid være naturlig at dette gjøres, for eksempel at det i saker om rusmisbruk fastsettes en tidsperiode hvor helsepersonellet må dokumentere rusfrihet ved blod- eller urinprøver. I andre saker vil det imidlertid være slik at begrensningene bør gjelde inntil helsepersonellet igjen kan dokumentere at det ikke er behov for begrensninger, men uten at det på vedtakstidspunktet er mulig å fastsette noe bestemt tidspunkt for dette, for eksempel i saker hvor autorisasjonsbegrensningen består i krav om faglig oppdatering.

Det enkelte helsepersonell må selv sørge for å iverksette tiltak som anses nødvendige for å oppfylle de vilkår som tilsynsmyndighetene setter for den begrensede autorisasjonen, for eksempel tiltak i form av nødvendig videreutdanning eller behandling. I mange tilfeller vil dette forutsette at helsepersonellet inngår avtale med sin arbeidsgiver slik at det kan legges til rette for videre arbeid med de begrensninger som følger av tilsynsmyndighetenes vedtak. Helsepersonellet må selv bekoste slike tiltak.

Tilsynsmyndighetene fører kontroll med at fastsatte begrensninger eller vilkår overholdes eller følges opp. Hvilke forholdsregler som skal tas fra tilsynsmyndighetens side i så måte, må avgjøres konkret i det enkelte tilfellet.

Eksempler på begrensninger gitt etter bestemmelsen er:

- Helsepersonellet kan ikke jobbe innen den delen av helse- og omsorgstjenesten der de har manglende kunnskaper og innsikt, f. eks psykisk helsevern, legevakt, kirurgi
- Helsepersonell fratras spesialistgodkjenning
- Helsepersonellet kan pga fysisk svekkelse eller psykisk sykdom ikke jobbe mer enn et visst omfang/ antall timer
- Fastlegen må redusere sin pasientliste og kan ikke påta seg ekstraoppgaver som for eksempel praksiskonsulent
- Helsepersonellet kan ikke jobbe på en arbeidsplass der det oppbevares og brukes legemidler i gruppe A og/eller B pga. tidligere rusproblemer
- Lege/tannlege kan ikke lenger rekvirere A og B preparater
- Helsepersonellet kan ikke jobbe med barn eller personer med psykisk utviklingshemming, jf. § 20a
- Helsepersonellet må motta jevnlig veiledning fra en fagperson som er godkjent av Statens helsetilsyn
- Helsepersonellet må gå til psykologisk eller psykiatrisk behandling hos behandler som er godkjent av Statens helsetilsyn
- Helsepersonellet har pålegg om rusmiddeltesting etter kriterier angitt i rundskriv IK-1/2009
- Helsepersonellet må følge AKAN-avtale

- Helsepersonellet er pålagt å melde fra ved bytte av arbeidsgiver/ arbeidssted/ avdeling
- Arbeidsgiver må være kjent med årsaken til at begrensningene ble gitt
- Arbeidsgiver eller andre har rapporteringsplikt til Statens helsetilsyn

**Andre ledd** angir at grunnvilkår for å begrense en autorisasjon er at vilkårene for tilbakekall i § 57 første og andre ledd er oppfylt. Begrenset autorisasjon kan likevel gis dersom helsepersonellet anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset område under tilsyn og veiledning av annet helsepersonell. Begrenset autorisasjon som alternativ til tilbakekall, kan gis både i tilslutning til tilbakekallsvedtaket og etter søknad om ny eller begrenset autorisasjon.

**Tredje ledd** presiserer at Statens helsetilsyn etter søknad kan oppheve begrensninger etter § 59. Dersom helsepersonellet kan dokumentere at det ikke lenger er grunnlag for begrensningene, eller at vilkår som er stilt er oppfylt, kan tilsynsmyndigheten etter en skjønnsmessig vurdering oppheve begrensningen.

**Fjerde ledd** innebærer at begrensning av en autorisasjon vil bli truffet i form av et enkeltvedtak som angir på hvilke områder helsepersonellet ansees skikket til å utøve virksomhet, og hvordan tilsyn og veiledning skal foregå.

Vedtaket om begrensning og avslag på søknad om opphevelse av begrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal få uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og at vedtaket kan påklages, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

## **§ 59a. Begrensning av autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt**

Selv om vilkårene for tilbakekall etter § 57 ikke er oppfylt, kan Statens helsetilsyn begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår hvis advarsel etter § 56 ikke fremstår som tilstrekkelig for å sikre lovens formål. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på om det er grunn til å tro at helsepersonellet av grunner som nevnt i § 57 kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig dersom autorisasjonen ikke begrenses.

Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis helsepersonellet godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.

Vedtak om begrensning av autorisasjon og avslag på søknad om opphevelse av fastsatte begrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 59 a:

Bestemmelsen gir Statens helsetilsyn adgang til å begrense helsepersonellens autorisasjon selv om vilkårene for tilbakekall av autorisasjon etter helsepersonelloven § 57 ikke er oppfylt. I de fleste alvorligere tilsynssaker vil sannsynligvis advarsel være tilstrekkelig reaksjon for å oppnå lovens formål. Bestemmelsen bør i praksis bare være anvendelig i et fåtall alvorlige eller spesielle saker hvor vilkårene for tilbakekall ikke er oppfylt, samtidig som en eventuell advarsel ikke vil være tilstrekkelig for å sikre lovens formål. I strenghet eller alvorlighet ligger begrensning av autorisasjon etter denne bestemmelsen et sted mellom advarsel etter helsepersonelloven § 56 og begrensning av autorisasjon etter helsepersonelloven § 59.

**Første ledd første punktum** tydeliggjør at bestemmelsen skal tolkes strengt og at begrensningene kan være av ulik art.

I **andre punktum** fremgår det at ved vurderingen av om det skal fattes vedtak om begrensninger, skal tilsynsmyndighetene særlig legge vekt på om det er grunn til å tro at helsepersonellet av årsaker som nevnt i helsepersonelloven § 57 kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig dersom autorisasjonen ikke begrenses. Med "grunn til å tro" menes at det ikke kreves sikker kunnskap om at helsepersonellet kan bli uegnet dersom begrensninger ikke fastsettes, men at det kreves mer enn mistanke eller teoretisk mulighet.

Statens helsetilsyn kan begrense helsepersonellens autorisasjon til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår. Hva slags begrensninger det kan fattes vedtak om, vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering av den enkelte sak<sup>120</sup>. Det sentrale vil være hva som er nødvendig for å sikre ivaretagelse av lovens formål, samtidig som begrensningen må stå i forhold til den aktuelle saks alvorlighet.

Statens helsetilsyn kan blant annet fatte vedtak om at personellens yrkesutøvelse skal begrenses til nærmere bestemte arbeidsoppgaver eller til nærmere bestemt arbeidssted. Begrensningene kan også være i form av tap av rettigheter som helsepersonellet etter helsepersonelloven vil ha i kraft av sin autorisasjon. Eksempler på dette er tap av retten til å utstede nærmere bestemte typer attester eller erklæringer eller tap av retten til å utstede

<sup>120</sup> Se kommentarene til § 59, liste over ikke uttømmende eksempler på begrensninger

attester eller erklæringer overfor bestemte etater eller mottakere, for eksempel overfor trygden eller utlendingsmyndighetene, jf. helsepersonelloven § 15.

Begrensninger kan også skje ved at Statens helsetilsyn fastsetter nærmere vilkår som helsepersonellet må overholde i sin videre yrkesutøvelse. Slike vilkår kan være krav om faglig oppdatering eller videreutdanning, veiledning fra overordnet, at helsepersonellet gjennomgår behandling eller forplikter seg til å delta i kontrollopplegg i regi av arbeidsgiver, for eksempel i form av blod- eller urinprøvetaking.

Begrensninger kan variere i tid. Hensikten med å fatte vedtak om begrensninger i helsepersonellens autorisasjon er som nevnt å sikre ivaretagelse av lovens formål. Hensikten er imidlertid også at helsepersonellet blant annet skal gis en anledning til å dokumentere skikkethet, at tidligere problemer er overvunnet eller at fagkompetanse er oppdatert. Hvor lang tid begrensninger skal gjelde for vil derfor måtte vurderes konkret. Også her vil det måtte ses hen til hva som anses som nødvendig for å sikre ivaretagelse av lovens formål, samtidig som begrensningen må stå i forhold til sakens alvorlighet.

Det er ikke krav om at det skal fastsettes en bestemt tidslengde for begrensningene eller at begrensningene skal knyttes opp mot et bestemt fremtidig tidspunkt. I mange saker kan det imidlertid være naturlig at dette gjøres, for eksempel at det i saker om rusmisbruk fastsettes en tidsperiode hvor helsepersonellet må dokumentere rusfrihet ved blod- eller urinprøver. I andre saker vil det imidlertid være slik at begrensningene bør gjelde inntil helsepersonellet igjen kan dokumentere at det ikke er behov for begrensninger, men uten at det på vedtakstidspunktet er mulig å fastsette noe bestemt tidspunkt for dette, for eksempel i saker hvor autorisasjonsbegrensningen består i krav om faglig oppdatering.

Det enkelte helsepersonell må selv sørge for å iverksette tiltak som anses nødvendige for å oppfylle de vilkår som tilsynsmyndighetene setter for den begrensede autorisasjonen, for eksempel tiltak i form av nødvendig videreutdanning eller behandling. I mange tilfeller vil dette forutsette at helsepersonellet inngår avtale med sin arbeidsgiver slik at det kan legges til rette for videre arbeid med de begrensninger som følger av tilsynsmyndighetenes vedtak. Helsepersonellet må selv bekoste slike tiltak.

Tilsynsmyndighetene fører kontroll med at fastsatte begrensninger eller vilkår overholdes eller følges opp. Hvilke forholdsregler som skal tas fra tilsynsmyndighetens side i så måte, må avgjøres konkret i det enkelte tilfellet.

**Andre ledd** presiserer at Statens helsetilsyn etter søknad kan oppheve begrensninger i autorisasjonen. Tilsynsmyndigheten kan oppheve begrensningen dersom helsepersonellet kan dokumentere at det ikke lenger er grunnlag for begrensningene, eller at vilkår som er stilt er oppfylt.

**Tredje ledd** fastslår at vedtak om begrensning av helsepersonells autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, er å anse for enkeltvedtak. Også avslag på søknad om opphevelse av begrensninger, er å anse som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

## § 60. Pålegg om sakkyndig undersøkelse

I saker der tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal vurderes, kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndige.

Statens helsetilsyn kan suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning så lenge pålegg etter første ledd ikke etterkommes.

Kommentarer til § 60:

Bestemmelsen gir Statens helsetilsyn hjemmel til å pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndig i saker der det vurderes å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det er av stor betydning for dokumentasjonen i tilbakekallsaker at det foreligger adgang til å pålegge sakkyndig undersøkelse. I enkelte tilfeller vil det også kunne fremstå som betryggende for helsepersonell at deres helsetilstand vil bli faglig vurdert av eksterne sakkyndige forut for vurdering om tilbakekall. Pålegg om sakkyndig undersøkelse er en kan-bestemmelse som bare unntaksvis benyttes.

**Første ledd** begrenser bestemmelsen til å gjelde saker der det er grunnlag for tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det kan ikke gis slikt pålegg hvis det kun er snakk om å treffe vedtak om begrenset autorisasjon etter helsepersonelloven § 59 a.

§ 60 brukes i all hovedsak der saken ikke er tilstrekkelig opplyst og helsepersonellet ikke samtykker til at Statens helsetilsyn innhenter journalopplysninger fra deres behandlere. Videre benyttes bestemmelsen i saker der det er tvil om helsepersonells funksjonsevne og egnethet.

I mandatet fra Statens helsetilsyn vil den sakkyndige bli bedt om å vurdere ulike forhold som har innvirkning på helsepersonellens utøvelse av sin virksomhet. Eksempler på dette kan være å vurdere helsepersonellens psykiske og somatiske helsetilstand, om det foreligger alvorlige psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser, om helsepersonellens bruk av rusmidler kan ha konsekvenser for yrkesutøvelsen og om helsepersonellet viser evne til nødvendig refleksjon rundt sin egen virksomhet

**Andre ledd** gir Statens helsetilsyn suspensjonsadgang når helsepersonell nekter å fremstille seg til sakkyndig undersøkelse. Det finnes få andre muligheter til å kunne kartlegge og dokumentere forhold rundt helsepersonells helsetilstand til bruk i tilbakekallsvurderinger, og det er derfor viktig at en slik undersøkelse kan bli gjennomført. Suspendasjonen er ikke tidsbegrenset, men gjelder helt til helsepersonellet fremstiller seg for den sakkyndige undersøkelsen.

Pålegg om sakkyndig undersøkelse er en prosessuell avgjørelse, ikke et enkeltvedtak, og de ordinære klagemulighetene gjelder derved ikke. Imidlertid er det en klageadgang etter forvaltningsloven § 14 dersom vedkommende mener ikke å ha plikt eller lovlig adgang til å gi opplysninger. Klagen må framsettes straks eller innen tre dager.

## **§ 61. Frivillig avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning**

**Helsepersonell kan selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved skriftlig erklæring til Fylkesmannen. Autorisasjons-, lisens- eller spesialistgodkjenningsdokumentet skal så vidt mulig innleveres samtidig.**

Kommentarer til § 61:

Helsepersonell kan selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved å sende inn en skriftlig erklæring til Fylkesmannen. Dersom helsepersonellet ikke har opplyst om grunnen til avkallet, ber Fylkesmannen helsepersonellet om en begrunnelse. Helsepersonellet kan også sende erklæringen direkte til Statens helsetilsyn.

Erklæringen oversendes til Statens helsetilsyn, som informerer aktuelle berørte instanser om at helsepersonellet ikke lenger er autorisert (nordiske lands helsemyndigheter, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), relevant fagforening, Fylkesmannen, eventuelt Nav og arbeidsgiver).

Konsekvensen av frivillig avkall er at helsepersonellet ikke vil kunne få autorisasjonen tilbake uten å søke Statens helsetilsyn om ny autorisasjon. Helsepersonellet kan når som helst etter avkallet søke om ny autorisasjon, men må da selv dokumentere at de er skikket, jf. § 62.

## § 62. Ny autorisasjon eller lisens

**Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som har mistet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved tilbakekall eller frivillig avkall, ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis vedkommende godtgjør at han/hun er skikket. Ny autorisasjon kan begrenses etter § 59.**

**Avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.**

Kommentarer til § 62:

Bestemmelsen omhandler behandling av søknad om ny autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fra helsepersonell som har tapt eller gitt frivillig avkall på disse. Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som dokumenterer å være skikket, tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

**Første ledd** gir Statens helsetilsyn myndighet til å gi ny autorisasjon mv. enten autorisasjonen er tilbakekalt eller helsepersonellet frivillig har gitt avkall på denne. Vilkåret er at Statens helsetilsyn finner det dokumentert at helsepersonellet kan anses som skikket. Bestemmelsen synliggjør at i slike situasjoner er det helsepersonellet og ikke tilsynsmyndigheten som har bevisbyrden for å vise at de igjen er skikket til å utøve yrket. Statens helsetilsyns rundskriv IK-1/2009 Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den gir nærmere informasjon om vilkårene for å få tilbake autorisasjon mv.

**Første ledd siste punktum** sier at ny autorisasjon kan begrenses. Begrensningene kan være knyttet til yrkesutøvelse ved et bestemt arbeidssted, jevnlig rusmiddeltesting, tett oppfølging og kontroll fra arbeidsgiver, plikt til å motta behandling, ikke arbeide med barn, ikke ha selvstendig behandlingsansvar mv. Begrensninger i autorisasjon er nærmere beskrevet i kommentarene til §§ 59 og 59a.

**Andre ledd** bestemmer at avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Selv om spesialistgodkjenning ikke er eksplisitt omtalt, antas det at også avslag på søknad om slik godkjenning er å anse som enkeltvedtak. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.



## § 62a. Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv

Statens helsetilsyn kan ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning pålegge helsepersonell å levere inn sitt pasientjournalarkiv til Fylkesmannen eller Norsk helsearkiv.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vilkår for å gi pålegg om innlevering, innsyn i og bruk av arkivene og arkivenes depotstatus i [Norsk helsearkiv](#).

Kommentarer til § 62a:

Bestemmelsen gir hjemmel for å pålegge helsepersonell innlevering av pasientjournalarkiv i forbindelse med tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter fortsatt kan få innsyn i journalen sin etter at helsepersonellens virksomhet er innstilt og å sikre forsvarlig håndtering de taushetsbelagte opplysningene i arkivet.

**Første ledd** slår fast at Statens helsetilsyn, ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan pålegge helsepersonell å levere inn pasientjournalarkivene sine til Fylkesmannen eller Norsk helsearkiv.

Pålegg gis etter en konkret vurdering av behovet for innlevering. Sak om inndragning eller suspensjon kan ha pågått over lang tid og det vil ofte være gitt advarsel til helsepersonellet på et tidligere tidspunkt. I noen av disse sakene vil Statens helsetilsyn ha kunnskap om forhold som gjør det tenkelig at kan bli et problem for helsepersonellens pasienter å få tilgang til egne journaler og risiko for at pasientjournalarkivet blir håndtert på en slik måte at taushetsbelagte opplysninger kan komme uvedkommende i hende.

Pålegg om innlevering kan skje både i forbindelse med tilbakekall og suspensjon. Arkivene tilbakeleveres dersom helsepersonellet får tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Arkivene forutsettes primært innlevert til Fylkesmannen, men kan også pålegges innlevert til [Norsk helsearkiv](#) dersom Statens helsetilsyn finner dette formålstjenlig. Fylkesmannen kan etter en tids oppbevaring deponere innleverte arkiv hos Norsk helsearkiv. Norsk helsearkiv vil kunne oppbevare arkivene på en trygg måte og ha kompetanse og utstyr til å ta hånd om ulike forespørsler om tilgang, blant annet vil Norsk helsearkiv ha utstyr til å lese og ta hånd om elektroniske pasientjournaler utarbeidet med ulike typer programvare.

Pasientjournalarkiv som innleveres til Norsk helsearkiv etter pålegg med hjemmel i § 62a, skal oppbevares med det formål å sikre pasientens rett til innsyn og til bevaring av taushet om sensitive opplysninger. De skal derfor ikke inngå i Helsearkivregisteret eller blandes sammen med annen dokumentasjon i Norsk helsearkiv.

Ettersom et av hensynene bak pålegget om innlevering etter § 62 er å hindre at taushetsbelagte opplysninger kommer på avveie, kan helsepersonellet ikke beholde kopi av pasientjournalarkivet når det innleveres til Fylkesmannen eller Norsk helsearkiv. I de tilfellene helsepersonellet har behov for opplysninger fra pasientjournalene for å dokumentere et forhold, for eksempel i en erstatningssak, vil vedkommende på samme

måte som pasientene måtte henvende seg til fylkesmannen eller Norsk helsearkiv.

**Andre ledd** slår fast at departementet i forskrift kan gi vilkår for pålegg om innlevering, innsyn i og bruk av pasientjournalarkiv og hvilken depotstatus arkivene har i Norsk helsearkiv. Det er foreløpig ikke gitt slik forskrift.

### § 63. Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B

Hvis legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B anses uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for en bestemt tid eller for alltid. Det samme gjelder for annet helsepersonell som i forskrift fastsatt i medhold av § 11 er gitt begrenset rett til å rekvirere legemidler.

Rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake av Statens helsetilsyn dersom godkjenningen i det andre landet mister sin gyldighet.

Helsepersonell kan selv gi avkall på retten til å rekvirere legemidler som nevnt i første ledd ved skriftlig erklæring til Fylkesmannen. Et avkall er bindende i den perioden det er gitt for.

Hvis vilkårene for tilbakekallet fortsatt er oppfylt ved utløpet av fristen etter første ledd, kan Statens helsetilsyn treffe nytt vedtak etter første ledd.

Når leger eller tannleger ikke selv har rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, skal kommunelegen, avdelingsoverlegen eller fylkestannlegen rekvirere legemidler som er nødvendige i vedkommendes virksomhet. Disse kan også godta at et annet helsepersonell foretar rekvireringen.

Vedtak om tilbakekall av rett til rekvirering er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 63:

Bestemmelsen regulerer tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, enten etter vedtak i Statens helsetilsyn eller ved at helsepersonellet skriftlig gir avkall på rekvireringsretten. A- og B-preparater kan omfatte både narkotiske og andre vanedannende legemidler og er nærmere omtalt i Statens helsetilsyns [rundskriv IK-2755](#) Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet.

Rekvireringsretten innebærer at rekvirenten kan rekvirere og få utlevert legemidler fra apotek til pasient, lager, praksis eller til eget bruk, men gir ikke rettigheter ut over dette.

**Første ledd** fastslår at helsepersonell midlertidig eller for alltid kan tape retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. Vilkåret for å kunne tilbakekalle rekvireringsretten er at den misbrukes på en måte som må ansees uforsvarlig. Om misbruket skjer i uvitenhet, i egen eller andres interesse, ved uaktsomhet eller forsett er uten betydning. Det avgjørende er om rekvireringen har vært uforsvarlig, slik at pasienters sikkerhet har vært utsatt for risiko. Retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B kan også tilbakekalles på grunn av uforsvarlig rekvirering til seg selv. Siden dette indikerer rusmisbruk, vil Statens helsetilsyn i slike saker som regel tilbakekalle autorisasjonen etter § 57.

Tilbakekallet gjelder legemidler i gruppe A og B, øvrige legemidler kan fortsatt rekvireres. For nærmere omtale av tap av rekvireringsrett, vises til Statens helsetilsyns rundskriv IK-3/2009 Krav til søknad om å få tilbake rekvireringsretten.

**Andre ledd** gir Statens helsetilsyn adgang til også å tilbakekalle en rekvireringsrett for A- og B-preparater dersom rett til å rekvirere skjer på grunnlag av godkjenning i et annet land, og denne godkjenningen ikke lenger er gyldig.

**Tredje ledd** sier at helsepersonellet selv kan gi avkall på rekvireringsretten gjennom en skriftlig erklæring. Et avkall er bindende, slik at man ikke kan få retten tilbake før utløpet av den perioden det gjelder. Frivillig avkall på rekvireringsrett kan være tidsbegrenset, noe frivillig avkall på autorisasjon ikke er. Praktiske eksempler på bruk av frivillig avkall kan være at legen har listepasienter som utøver stort press om rekvirering, at de føler de ikke håndterer rekvireringsretten godt nok, ønske om å redusere eller rydde listen og problemer knyttet til egenrekvirering. En lege som vet at tilsynsmyndighetene stiller spørsmål ved hans eller hennes rekvireringspraksis, vil ofte frasi seg rekvireringsretten for å unngå en tilsynssak og vedtak om tilbakekall.

**Fjerde ledd** gir Statens helsetilsyn adgang til å fatte nytt vedtak om tilbakekall dersom vilkårene for tilbakekall fortsatt foreligger ved utløpet av et tidsbegrenset tilbakekall.

**Femte ledd** gir kommunelege, fylkestannlege eller avdelingsoverlege ansvar for å rekvirere legemidler som er nødvendige for virksomheten til legen eller tannlegen som har mistet retten til å rekvirere. Denne oppgaven kan delegeres til andre som står nærmere helsepersonellet. Forutsetningen er at det etableres betryggende rutiner for tilsyn og kontroll.

Etter **sjette ledd** er vedtak om tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

## § 64. Suspensjon av rekvireringsrett

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for å kalle tilbake rekvireringsretten er oppfylt og helsepersonell ansees å være til fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere retten til å rekvirere legemidler som nevnt i § 63 inntil saken er avgjort, men ikke utover seks måneder. Hvis helsepersonellet forhaler saken, kan suspensjonen forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Vedtak om suspensjon av rekvireringsrett er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 64:

Bestemmelsen regulerer adgangen til suspensjon av rekvireringsretten i tilfeller der det er opprettet en tilsynssak eller det er gjennomført et tilsyn, men før vedtak om *tilbakekall* av rekvireringsrett foreligger.

**Første ledd** gir Statens helsetilsyn adgang til å fatte vedtak om suspensjon av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. Forutsetningen for å kunne fatte slikt vedtak er at vilkårene for tilbakekall av rekvireringsrett i § 63 anses å foreligge og at helsepersonellet ved å beholde rekvireringsretten anses å være til fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn må foreta en konkret vurdering av om forholdene for suspensjon foreligger, og om helsepersonellets rekvireringspraksis i perioden fram til vedtak om tilbakekall av rekvireringsrett kan ansees å være til fare for sikkerheten. Farekriteriet kan for eksempel være at Statens helsetilsyn antar at legen bruker legemidlene selv, hvis enkeltpasienter får store doser som medfører fare for pasientens liv eller helse, eller ved mistanke om utstrakt salg eller videresalg.

Suspensjonen av rekvireringsrett kan gjøres gjeldende inntil saken er avgjort, men ikke mer enn seks måneder. Dette er begrunnet i hensynet til helsepersonellet og behovet for at tilbakekallsvedtak skal fattes uten unødig opphold. Dersom helsepersonellet selv forhaler saken, for eksempel ved å unnlate å oversende journalopplysninger, kan Statens helsetilsyn forlenge suspensjonen én gang, men ikke utover tolv måneder totalt.

Etter **andre ledd** er vedtak om suspensjon av rekvireringsrett enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Ved vedtak om suspensjon vil den tilsynssaken gjelder få kortere uttalefrist og det er mindre strenge krav til å få saken opplyst enn det som er tilfelle ved endelig vedtak. Dette fordi lovens ordlyd ved suspensjon er *grunn til å tro* at vilkårene foreligger og at vedtak om suspensjon må fattes raskt av hensyn til pasient og brukers sikkerhet.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

## **§ 65. Forkortelse av frist for tap av rekvireringsretten**

Hvis det finnes forsvarlig, kan Statens helsetilsyn etter søknad gi helsepersonellet tilbake retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B før utløpet av den frist som er fastsatt.

Avslag på slik søknad er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Kommentarer til § 65:

Helsepersonell som har tapt retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B kan søke om å få tilbake rekvireringsretten.

**Første ledd** gir Statens helsetilsyn myndighet til å gi ny rett til å rekvirere legemidler gruppe A og B. Vilkåret er at dette anses som forsvarlig. Bestemmelsen synliggjør at i slike situasjoner er det helsepersonellet, ikke tilsynsmyndigheten, som har bevisbyrden for å vise at dette er forsvarlig. For nærmere omtale av saksbehandling og vurderinger vises til Statens helsetilsyns rundskriv IK-3/2009 Krav til søknad om å få tilbake rekvireringsretten.

**Andre ledd** bestemmer at avslag på søknad om ny rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Vedtaket er et offentlig dokument og innsyn reguleres av offentleglova, se kommentarene til § 56 tredje ledd.

## § 65a. Reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere

Statens helsetilsyn kan ilegge følgende reaksjoner til helsepersonell som utøver yrket midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd:

- a) advarsel
- b) tilbakekall av retten til å utøve yrket midlertidig
- c) suspensjon av retten til å utøve yrket midlertidig
- d) begrensning av retten til å utøve yrket midlertidig
- e) hel eller delvis tilbakekall av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.
- f) suspensjon av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

Reaksjonene ilegges på samme vilkår og etter samme regler som illeggelse av tilsvarende reaksjoner i §§ 56-59 a og §§ 63-64.

Kommentarer til § 65 a:

Bestemmelsen er hjemmel for at helsepersonellovens reaksjoner også kan ilegges midlertidige tjenesteytere, og er en konsekvens av gjennomføringen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet i norsk rett når det gjelder helsepersonell, jf. forskrift om helsepersonell fra EØS-land kapittel 4.

Midlertidig tjenesteyting vil si at helsepersonell som er lovlig etablert i et EU/EØS-land, fritt kan reise til et annet medlemsland og utøve yrket der midlertidig uten autorisasjon e.l. Hva som regnes som midlertidig tjenesteyting til forskjell for etablering, skal avgjøres konkret fra sak til sak ut i fra en vurdering av tjenesteytelsens varighet, hyppighet, regelmessighet og kontinuitet.

**Første ledd** gir Statens helsetilsyn anledning til å kalle tilbake, suspendere eller begrense retten til midlertidig tjenesteutøvelse dersom vilkårene for tilsvarende reaksjoner etter §§ 57-59 a er oppfylt. Statens helsetilsyn kan videre helt eller delvis kalle tilbake eller suspendere retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B forutsatt at vilkårene for tilsvarende reaksjoner overfor helsepersonell med autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter §§ 63 og 64 er oppfylt. Adgang til å gi advarsel til midlertidig tjenesteytere uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning følger også av bestemmelsen i § 56, men er tatt med her av helhetshensyn.

**Andre ledd** presiserer at reaksjonene etter § 65 a ilegges på samme vilkår som tilsvarende reaksjoner i §§ 56-59 a og §§ 63-64. Dette innebærer at vilkårene for å ilegge disse reaksjonene dersom helsepersonellet hadde hatt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, må være oppfylt. Videre gjelder også de øvrige reglene om illeggelse av de tilsvarende reaksjonene etter §§ 57-59 a og §§ 63 og 64 så langt de passer også for reaksjoner etter § 65 a. Det samme gjelder reglene i §§ 60-62 og §§ 65-67.

## § 66. Informasjon til arbeidsgiver og til andre land

Statens helsetilsyn skal varsle arbeidsgiver ved advarsel, tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon. Med arbeidsgiver menes også offentlig myndighet som har driftsavtale med helsepersonellet.

Hvis helsepersonellet driver selvstendig praksis med driftsavtale, skal Statens helsetilsyn gi rett offentlig myndighet et forhåndsvarsel når det foreligger berettiget mistanke om at vilkårene for nevnte vedtak foreligger, og vedtaket vil få betydning for muligheten til å oppfylle driftsavtalen.

Ved tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller ved begrensning av autorisasjon, skal Statens helsetilsyn underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere.

Kommentarer til § 66:

Bestemmelsen pålegger Statens helsetilsyn en plikt til å varsle arbeidsgiver, offentlig myndighet og andre land om helsepersonell som er ilagt reaksjoner etter helsepersonell-loven.

**Første ledd** innebærer en opplysningsplikt til arbeidsgiver ved advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, suspensjon eller begrensning av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, jf. §§ 56, 57, 58, 59, 61, 63 og 64. Bestemmelsen begrunnes i arbeidsgivers behov for informasjon for å kunne organisere og drive virksomheten forsvarlig.

Etter **andre ledd** skal offentlig myndighet få forhåndsvarsel hvis det er overveiende sannsynlig at helsepersonell som har driftsavtale med offentlig myndighet, vil få sin autorisasjon, forskrivningsrett mv. tilbakekalt eller begrenset. Bestemmelsen begrunnes i arbeidsgivers behov for informasjon for å kunne organisere og drive virksomheten forsvarlig. Dette kan for eksempel gjelde personell i vaktjeneste hvor arbeidsgiver må få anledning til å planlegge driften. Varsling er også viktig der fastleger i kommunen fratras rekvireringsrett, slik at det kan iverksettes tiltak for å sikre at pasientene får nødvendige legemidler. Forhåndsvarsel bør sendes senest et par uker før det endelige vedtaket går ut.

Offentlig myndighet i denne sammenheng er kommuner og fylkeskommuner og regionale helseforetak.

**Tredje ledd** pålegger Statens helsetilsyn å informere andre lands myndigheter om tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller ved begrensning av autorisasjon. Informasjon skal gis de land Norge har folkerettslige forpliktelser overfor, dvs. landene i EØS, Sveits og de nordiske landene. Plikten til å gi informasjon til andre EØS-land og å besvare henvendelser fra disse, er også regulert av forskrift om helsepersonell fra EØS-land § 28.

Videre har de nordiske landene en gjensidig underrettningsplikt om forhold av denne art etter Nordisk overenskomst om felles arbeidsmarked for helsepersonell, og det er en egen avtale om utveksling av informasjon om advarsel med Sverige og Danmark.



## § 67. Straff

**Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.**

**Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.**

Kommentarer til § 67:

Bestemmelsen er en generell straffehjemmel som kommer i tillegg til de administrative reaksjonene i §§ 56-60 og §§ 63-64. Skyldkravet er satt til forsett eller grov uaktsomhet. I utgangspunktet er straff og administrative reaksjoner to uavhengige systemer, med ulikt formål, skyldkrav og bevisregler.<sup>121</sup>

For nærmere omtale av bestemmelsen, vises det til Statens helsetilsyns rundskriv IK-2/2008 Retningslinjer for behandling av saker etter helsepersonelloven § 67.

**Første ledd** innebærer at bestemmelsen ikke bare retter seg til helsepersonell, jf. definisjonen i § 3 første ledd, men til enhver som overtrer bestemmelser i eller i medhold av loven eller som medvirker til dette. Det mest praktiske er imidlertid at helsepersonell rammes. Eksempler på forhold der Statens Helsetilsyn kan begjære påtale er: Brudd på § 74 om urettmessig bruk av tittel, praktisering uten autorisasjon, seksuelle overgrep mot pasienter, markant uforsvarlig behandling, markant uforsvarlig alternativ behandling, brudd på taushetsplikt og urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger (snokebestemmelsen). Videre kan Statens helsetilsyn anbefale foretaksstraff mot virksomheter. Påtale er da lagt til påtalemyndigheten etter straffeloven § 48 a. Etter straffeloven § 80 er fristen for å begjære påtale seks måneder. Fristen løper fra den dato tilsynsmyndighetene ble kjent med det forhold som kan gi grunnlag for etterforskning fra politiets side.

Skyldkravet er satt til forsett eller grov uaktsomhet. I rundskriv IK-2/2008 vises det til Riksadvokatens uttalelse om at det etter påtalepraksis er en høy terskel for å anvende straff etter uhell ved pasientbehandling. I sin praksis legger Statens helsetilsyn til grunn at det er de markante avvik fra forsvarlig virksomhet det bør reageres på, og at det er de sterkt klanderverdige og forsettlige forhold det vil være aktuelt å straffeforfølge. Grovt uaktsomt vil si at vedkommende har visst at handlingen brøt med alle vilkår for god behandling, men likevel valgte å gjennomføre denne. Forsettlig vil si at vedkommende ønsket å bryte loven. Handlingens grovhet må vurderes både i forhold til enkelt helsepersonells ansvar og i forhold til virksomhetens ansvar.

**Andre ledd** gir en påtaleregulering om at offentlig påtale skal skje hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

<sup>121</sup> [Rt. 2004 s. 1343](#)

**§ 67a. Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11**

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av kapittel 11 i loven her. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter § 67 annet ledd.

Kommentarer til § 67 a:

Bestemmelsen er ny og må ses i sammenheng med at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (meldinger om betydelig personskade og hendelser som kunne ha ført til slik skade) flyttes til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Et viktig formål med denne endringen er å øke antall meldinger. For å oppnå dette, er det viktig at helsepersonell ikke frykter sanksjoner på bakgrunn av den meldingen som sendes til Kunnskapssenteret. Det er virksomheten, ikke det enkelte helsepersonell, som er pålagt meldeplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og som melder fra til Kunnskapssenteret. I de fleste tilfeller vil virksomhetens melding være foranlediget av intern melding fra enkeltpersonell. Bestemmelsen sikrer at tilsynsmyndighetene ikke kan anvende en § 3-3-melding som grunnlag for å reise tilsynssak eller begjære påtale mot helsepersonell som har meldt eller vært involvert i hendelsen.

Vernet mot administrative reaksjoner mv. er bare knyttet til den meldingen som er sendt. Det kan ilegges sanksjoner mot helsepersonell på bakgrunn av en hendelse selv om den er meldt til Kunnskapssenteret, men selve meldingen kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon. Kunnskapen som danner grunnlag for en sanksjon, må derfor komme fra andre kilder enn selve meldingen. Det samme gjelder ved eventuell straffeforfølgning etter helsepersonelloven § 67. Det er altså ikke handlingen som er vernet ved den foreslåtte bestemmelsen. Den sier bare at tilsynsmyndigheten eller påtalemyndigheten ikke kan bruke selve meldingen til Kunnskapssenteret som grunnlag for å innlede en sak mot personellet. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til saken på annen måte, for eksempel fra pasient, bruker eller pårørende, kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes. Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller straffesak mot enkeltpersoner, ikke virksomheten.

Mer informasjon om meldeordningen finnes i IS-1997 – Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

## Kapittel 12. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

### § 68. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Det opprettes en [Statens helsepersonellnemnd \(HPN\)](#). I saker etter [apotekloven](#) skal nemnda kalle seg [Apotekklagenemnda \(AKN\)](#).

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56-59 a og 62-65 a. Apotekklagenemnda er klageorgan for vedtak som fastsatt i medhold av [apotekloven § 9-1](#) første ledd.

Kommentarer til § 68:

Statens Helsepersonellnemnd (HPN) er en uavhengig klagenemnd som behandler helsepersonells klager på vedtak fattet av Statens helsetilsyn, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og Helsedirektoratet. Som klageinstans sikrer nemnda at det er to forvaltningsmessige instanser ved enkeltvedtak rettet til helsepersonell. Dette bidrar til bedre rettssikkerhet for helsepersonell, og er egnet til å skape allmenn tillit til systemet.

**Første ledd** fastslår at det opprettes en Statens helsepersonellnemnd og at denne i saker etter apotekloven kaller seg Apotekklagenemnda.

**Andre ledd** omhandler nemndas kompetanseområde. Nemnda har kompetanse til å fatte vedtak i klagesaker fra helsepersonell etter de opplistede bestemmelsene.

Nemnda er klageinstans for vedtak fattet av Statens helsetilsyn om advarsel (§ 56), tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning (§§ 57 og 58), begrensning av autorisasjon (§§ 59 og 59 a), avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens (§ 62), tap og suspensjon av rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B (§§ 63 og 64), avslag på søknad om ny rekvireringsrett (§ 65), samt reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere (§ 65 a).

Av henvisningen til § 53 følger at nemnda er klageinstans for vedtak fattet av SAFH om tildeling av autorisasjon (§ 48) og lisens (§§ 49 og 50) og vedtak fattet av Helsedirektoratet om spesialistgodkjenning<sup>122</sup> (§ 51). Klage på SAFHs vedtak om turnustjeneste<sup>123</sup> for lege og fysioterapeut behandles imidlertid av Helsedirektoratet.

Som apotekklagenemnd behandler nemnda klager over vedtak etter apotekloven § 9-1 første ledd. Dette er vedtak om konsesjon til drift av apotek, om apotekets personale, om grunnkrav til apotekvirksomhet, om salg og markedsføring fra apotek, om tilvirkning av legemidler i apotek og om tilsyn med apotek, når vedtak er fattet av underordnet organ i kraft av loven eller etter delegasjon fra departementet

<sup>122</sup> Fra 1. oktober 2011 har Helsedirektoratet ansvaret for å gi spesialistgodkjenning etter at tidligere adgang til å delegere myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner etter § 53 første ledd er falt bort.

<sup>123</sup> Dagens ordning med turnustjeneste for leger er for tiden under vurdering. Se høringsdokument av 20. juni 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til [forskriftsendringer som innfører ny turnustjeneste for leger](#)

## § 69. Organisering av Statens helsepersonellnemnd<sup>124</sup>

Statens helsepersonellnemnd skal være et uavhengig organ med høy helsefaglig og juridisk ekspertise som oppnevnes av departementet for tre år av gangen.

Statens helsepersonellnemnd skal bestå av tre jurister, hvorav en er leder av nemnda, samt tre personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.

Statens helsepersonellnemnd kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om organiseringen av Statens helsepersonellnemnd.

Kommentarer til § 69:

Bestemmelsen regulerer nemndas organisatoriske forhold, oppnevning av medlemmer og organisering.

**Første ledd** fastslår nemndas uavhengighet. For å ivareta helsepersonells rettssikkerhet best mulig er det viktig at nemnda er uavhengig av både Statens helsetilsyn, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), Helsedirektoratet og departementet. Nemndas sammensetning skal sikre en best mulig helsefaglig og juridisk kompetanse

Nemndas medlemmer og personlige varamedlemmer oppnevnes av departementet. De har som utgangspunkt en funksjonstid på tre år, men kan gjenoppnevnes for én ny periode, slik at de enkelte medlemmer sammenhengende kan være medlem av nemnda i seks år.

**Andre ledd** bestemmer nemndas sammensetning. Nemnda skal bestå av sju faste medlemmer; tre skal være jurister, tre skal ha helsefaglig bakgrunn og en er lege-representant. Det fremgår av forskriften at leder av nemnda bør ha dommererfaring. De helsefaglige medlemmene som oppnevnes til apotekklagenemnda, skal ha farmasøytisk kompetanse på universitetsnivå (provisorfarmasøyt) og erfaring fra apotekvirksomhet. Disse erstatter to av medlemmene med helsefaglig bakgrunn når nemnda behandler saker etter apotekloven.

Varamedlemmene skal ha samme bakgrunn som den de trer inn for.

**Tredje ledd** bestemmer at nemnda kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak. Med sakkyndig forstås en person som har spesiell innsikt i fagfeltet saken gjelder.

**Fjerde ledd** er hjemmel for i forskrift å gi nærmere regler om organisering av nemnda. Slike regler er gitt i kapittel 1 i forskrift om Statens helsepersonellnemnd.

<sup>124</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 69.

[2000.12.21 nr 1383](#): (HOD) Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.

## § 70. Statens helsepersonellnemnds virksomhet <sup>125</sup>

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om saksbehandlingen i Statens helsepersonellnemnd.

Kommentarer til § 70:

Bestemmelsen er hjemmel for at det kan gis forskrift om nærmere saksbehandlingsregler i Statens helsepersonellnemnd. Departementet har gitt utfyllende regler i kapittel 2 i forskrift om Statens helsepersonellnemnd.

Det følger av forskriften at forvaltningslovens regler gjelder for nemndas behandling av klagesaker. Forvaltningsloven kapittel VI om klage og omgjøring inneholder hovedreglene om klage til overordnet forvaltningsorgan. I samsvar med alminnelige forvaltningsrettslige regler om klageinstansens kompetanse, jf. forvaltningsloven § 34, står nemnda fritt til å prøve alle sider av førsteinstansens vedtak og kan omgjøre et vedtak til skade for klager. Den som har klagerett og benytter den innen fristen, har krav på ny realitetsavgjørelse i saken. Klagen sendes det forvaltningsorganet som har truffet vedtaket. Førsteinstansen har da mulighet til å gjennomgå saken på nytt og har anledning til selv å omgjøre vedtaket. Finner førsteinstansen at klagen skal fremmes, oversendes klagen med sakens dokumenter til nemnda.

Nemndas sekretariat forbereder sakene som skal behandles. Avgjørelser som avslutter en klagesak skal treffes av den samlede nemnd i møte eller fjernmøte, eventuelt ved at skriftlig utkast til avgjørelse sendes på sirkulasjon til nemndas medlemmer. I særlige tilfeller kan nemnda fatte vedtak selv om ett juridisk og ett helsefaglig medlem ikke er til stede. De øvrige fem medlemmene, derunder leder, må delta. I saker av prosessuell karakter kan nemndas leder alene treffe vedtak eller delegere til nemndas sekretariat å fatte vedtak.

Som ledd i at saken skal være best mulig opplyst før vedtak treffes kan nemnda etter helsepersonelloven § 69 oppnevne inntil to sakkyndige i hver sak. Disse kan bistå enten ved å gi skriftlig uttalelse eller delta ved behandling av saken før vedtak treffes. Klageren skal få uttale seg i forbindelse med valg av sakkyndig, men klagers uttalelser er ikke bindende for nemnda. Klager har også anledning til å møte i nemnda for å legge fram sin sak, enten selv og/eller ved representant. Verken klager eller sakkyndig er til stede når nemnda diskuterer saken og fatter sitt vedtak. Vedtaket skal være skriftlig og begrunnet. Klager kan bringe nemndas vedtak inn for retten etter helsepersonelloven § 71.

Selv om nemndas vedtak bare får direkte betydning for den aktuelle saken, vil et vedtak også kunne få betydning for underinstansens saksbehandling av tilsvarende saker. Dette kan f eks være i fortolkning av regelverket, hva som ligger i lovens rettslige standarder, så som "utdanning jevngod med" (§ 48) som vilkår for autorisasjon eller "atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen" som vilkår for tilbakekall av autorisasjon (§ 57), krav til begrunnelse av vedtak osv.<sup>126</sup>

<sup>125</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 70:

[2000.12.21 nr 1383](#): (HOD) Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.

<sup>126</sup> Et utvalg av nemndas vedtak ligger på <http://www.shpn.no>

## § 71. Domstolsprøving

Vedtak i Statens helsepersonellnemnd etter §§ 53, 56-59 a og 62-65 a kan bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken.

Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtak etter bestemmelsene i første ledd ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen.

Kommentarer til § 71:

**Første ledd** gir domstolen en generell adgang til å prøve nemndas avgjørelser i saker etter § 53 (tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning) §§ 56-59 (advarsel og tilbakekall, suspensjon og begrensning av autorisasjon mv.) og §§ 62-65 a (ny autorisasjon eller lisens, tap, suspensjon mv. av rekvireringsrett og reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere). Domstolen har anledning til å prøve alle sider av saken, også det forvaltningsmessige skjønnet.

Etter tvisteloven § 1-5 skal søksmål om gyldigheten av forvaltningsvedtak reises mot den myndigheten som har truffet avgjørelsen i siste instans. Rett saksøkt ved søksmål om vedtak truffet av Statens helsepersonellnemnd er Staten v/Statens helsepersonellnemnd. Nemndas sekretariat vil i samråd med Regjeringsadvokaten ivareta statens interesser.

**Andre ledd** fastslår at retten ved kjennelse kan beslutte at vedtaket etter bestemmelsene i første ledd ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

**Tredje ledd** bestemmer at nemndas vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen (Sivilombudsmannen). Sivilombudsmannen skal ikke behandle en sak før den er endelig avgjort i forvaltningen. Klage må settes fram innen ett år etter at nemnda har fattet endelig vedtak. Mulighet for domstolsprøving er ikke til hinder for at saken kan bringes inn for Sivilombudsmannen.

## Kapittel 13. Forskjellige bestemmelser

### **§ 73. Erstatning for tap ved suspensjon og tilbakekall**

**Dersom vedtak om suspensjon eller tilbakekall viser seg å være ugyldig eller blir omgjort av annen grunn, kan det kreves erstatning for lidt tap etter vanlige erstatningsrettslige regler.**

#### Kommentarer til § 73:

Bestemmelsen er tatt med i loven av pedagogiske årsaker for å synliggjøre de rettigheter helsepersonell har etter alminnelige erstatningsrettslige regler i forbindelse med et ugyldig tilbakekall. Det foreligger en rettskraftig dom av 11. oktober 2010 i Oslo tingrett, der staten ble dømt til å betale erstatning på objektive grunnlag. Staten har ikke anket denne avgjørelsen.

## § 74. Bruk av beskyttet tittel

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Personell som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan benytte den yrkesbetegnelsen de benytter i det landet de er etablert, på en slik måte at tittelen ikke forveksles med tilsvarende norsk tittel. Personell som har rett til å utøve yrke som lege, legespesialist, tannlege, tannlegespesialist, sykepleier, jordmor eller provisorfarmasøyt midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan bruke norsk yrkesbetegnelse.

Rett til å bruke norsk tittel har også annet personell som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, dersom norsk autorisasjonsmyndighet har kontrollert vedkommendes yrkeskvalifikasjoner.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke titler som er beskyttet etter denne paragraf.

Kommentarer til § 74:

Bestemmelsen fastslår at tittelbeskyttelse er en rettsvirkning av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, bruk av tittel for midlertidig tjenesteyter i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forbud mot uriktig bruk av tittel. Alternativ behandlingsloven § 8 har tilsvarende bestemmelser. Overtredelse kan medføre straff, jf. helsepersonelloven § 67 og alternativ behandlingsloven § 9 og Statens helsetilsyn begjærer rutinemessig påtale i slike saker.

**Første ledd** slår fast at autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning utløser en tittelbeskyttelse. Bare helsepersonell som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å bruke de yrkesbetegnelsene som kjennetegner de ulike gruppene helsepersonell som er omfattet av helsepersonellovens godkjenningsordning. Hvilke titler dette er, følger av opplistingen i helsepersonelloven § 48 første ledd bokstav a til å når det gjelder autorisasjon og lisens.

**Andre og tredje ledd** er en konsekvens av yrkeskvalifikasjonsdirektivet og gjør unntak fra hovedregelen om bruk av beskyttet tittel etter første ledd. Utenlandsk helsepersonell skal etter direktivets regler om midlertidig tjenesteyting artiklene 5 til 9 kunne tilby tjenester midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Hovedregelen er at disse skal benytte den tittel som brukes i deres etableringsland, dersom det der finnes en lovregulert tittel for den aktuelle yrkesutøvelsen. Tittelen skal brukes på en slik måte at tittelen fra etableringslandet ikke forveksles med beskyttet tittel i Norge. Som hovedregel kan de da ikke angi sin tittel på norsk, men må bruke et offisielt språk fra det land de er etablert. Som et unntak fra denne hovedregelen kan midlertidig tjenesteytere fra sektoryrkene (lege, tannlege, sykepleier, jordmor og provisorfarmasøyt) bruke vertslandets yrkestitler, jf. andre ledd siste punktum.



**Tredje ledd** angir at også midlertidig tjenesteytere fra andre helsepersonellgrupper enn sektoryrkene, kan bruke vertslandets yrkestittel dersom de har fått sine yrkeskvalifikasjoner forhåndskontrollert av norsk autorisasjons- eller godkjenningsmyndighet.

Etter **fjerde ledd** er det ikke tillatt å bruke titler eller markedsføre eller annonsere sin virksomhet på en slik måte at det kan gi et uriktig inntrykk av at vedkommende har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Eksempelvis vil titler kombinert med ordet lege (for eksempel naturlege) ikke kunne brukes av andre enn personell som har autorisasjon som lege. Tilsvarende vil annonsering som inneholder virksomhetsbeskrivelse som kan knyttes til bestemte faglige kvalifikasjoner være forbudt for andre enn den som har en bestemt autorisasjon.

**Femte ledd** gir departementet en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om hvilke titler eller andre yrkesbetegnelser som er dekket av denne paragrafen. Slike forskrifter er ikke gitt.

## **§ 75. Ikrafttredelse**

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

Kommentarer til § 75:

Med unntak av § 38 er alle bestemmelsene i helsepersonelloven i kraft pr. 1. juli 2012.

## **§ 76. Overgangsordninger<sup>127</sup>**

Forskrifter o.l. gitt med hjemmel i lover som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder i den utstrekning de ikke strider mot loven her eller forskrifter fastsatt med hjemmel i loven.

Den som ved lovens ikrafttredelse har autorisasjon, offentlig godkjenning som helsepersonell, lisens eller spesialistgodkjenning, beholder sin autorisasjon, godkjenning, lisens eller spesialistgodkjenning etter denne lov.

Departementet kan fastsette forskrifter til gjennomføring av loven, herunder overgangsbestemmelser.

## **§ 77. Opphevelse av og endringer i andre lover**

Fra den tid loven trer i kraft oppheves følgende lover:

- 1) Lov av 13. juli 1956 om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster.
- 2) Lov av 8. januar 1960 nr. 1 om godkjenning av sykepleiere.
- 3) Lov av 11. juni 1971 nr. 54 om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler.
- 4) Lov av 23. juni 1972 nr. 69 om offentlig godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus.
- 5) Lov av 9. mars 1973 nr. 13 om godkjenning m.v. av psykologer.
- 6) Lov av 14. juni 1974 nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell.
- 7) Lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger.
- 8) Lov av 13. juni 1980 nr. 43 om tannleger.
- 9) Lov av 26. april 1985 nr. 23 om jordmødre.

Fra samme tid gjøres følgende endringer i andre lover: – – –

<sup>127</sup> Forskrifter gitt med hjemmel i § 76:

[2000.12.21 nr 1381](#): (HOD) Forskrift om overgangsordning for autorisasjon av hjelpepleiere og bioingeniører.

[2000.12.21 nr 1383](#): (HOD) Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.

[2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

[2010.04.29 nr 0611](#): (AD) Forskrift om styring og opplysningsplikt i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (styringsforskriften)

[2010.04.29 nr 0613](#): (AD) Forskrift om utføring av aktiviteter i petroleumsvirksomheten (aktivitetsforskriften)

[2010.04.29 nr 0634](#): (AD) Forskrift om utforming og utrustning av innretninger med mer i petroleumsvirksomheten (innretningsforskriften)

## Del 3 Forskrifter til helsepersonelloven

Nedenfor følger en oversikt over forskrifter gitt i medhold av helsepersonelloven, ordnet etter hjemmelsparagraf. I den elektroniske versjonen lenker forskriftsnummeret til Lovdata.

### §2

- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD)Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

### §3

- [2008.10.08 nr 1130](#): (HOD)Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits
- [2011.12.16 nr 1254](#): (HOD)Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

### §4

- [2000.12.21 nr 1386](#): (HOD)Forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalgesi ved tannbehandling.
- [2000.12.21 nr 1387](#): (HOD)Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk kirurgiske inngrep.
- [2005.02.04 nr 0080](#): (HOD)Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)
- [2005.03.18 nr 0252](#): (HOD)Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- [2008.03.07 nr 0222](#): (HOD)Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

### §8

- [2012.05.04 nr 0400](#): (HOD)Forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell

### §9

- [2005.08.29 nr 0941](#): (HOD)Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse

### §11

- [1998.04.27 nr 0455](#): (HOD)Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
- [2008.04.03 nr 0320](#): (HOD)Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- [2009.11.03 nr 1327](#): (HOD)Forskrift om provisorfarmasøytters og reseptarfarmasøytters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir
- [2009.12.18 nr 1641](#): (HOD)Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

### §13

- [2005.07.01 nr 0749](#): (HOD)Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep

#### §14

- [2012.08.29 nr 0842](#): (HOD)Forskrift om fastlegeordning i kommunene

#### §15

- [2008.12.18 nr 1486](#): (HOD)Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.

#### §16

- [2002.12.20 nr 1731](#): (HOD)Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- [2005.02.04 nr 0080](#): (HOD)Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)
- [2005.03.18 nr 0252](#): (HOD)Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- [2008.03.07 nr 0222](#): (HOD)Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev
- [2008.04.03 nr 0320](#): (HOD)Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD)Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)
- [2010.04.29 nr 0611](#): (AD)Forskrift om styring og opplysningsplikt i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (styringsforskriften)
- [2010.04.29 nr 0613](#): (AD)Forskrift om utføring av aktiviteter i petroleumsvirksomheten (aktivitetsforskriften)
- [2010.04.29 nr 0634](#): (AD)Forskrift om utforming og utrustning av innretninger med mer i petroleumsvirksomheten (innretningsforskriften)

#### §29

- [2009.07.02 nr 0989](#): (HOD)Delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd

#### §29b

- [2010.03.18 nr 0425](#): (HOD)Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet

#### §35

- [2001.12.21 nr 1483](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften)

#### §36

- [2000.12.21 nr 1378](#): (HOD)Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.
- [2001.12.21 nr 1476](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften)

#### §37

- [2000.12.21 nr 1369](#): (HOD)Forskrift om melding fra patologilaboratorier til sentralenheten for masseundersøkelse for livmorhalskreft.
- [2001.12.21 nr 1476](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften)

- [2001.12.21 nr 1477](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften)
- [2001.12.21 nr 1483](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften)
- [2003.06.20 nr 0739](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)
- [2003.06.20 nr 0740](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varslings om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften)
- [2003.11.14 nr 1353](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM-registerforskriften).
- [2005.06.17 nr 0611](#): (HOD)Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
- [2005.09.02 nr 1010](#): (FD)Forskrift om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister.
- [2007.12.07 nr 1389](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)
- [2007.12.21 nr 1610](#): (HOD)Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften)
- [2011.12.16 nr 1250](#): (HOD)Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisterforskriften)
- [2013.05.31 nr 0563](#): (HOD)Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)

#### **§40**

- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD)Forskrift om pasientjournal
- [2009.11.03 nr 1327](#): (HOD)Forskrift om provisorfarmasøytens og reseptfarmasøytens rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir

#### **§42**

- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD)Forskrift om pasientjournal

#### **§43**

- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD)Forskrift om pasientjournal

#### **§45**

- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD)Forskrift om pasientjournal
- [2011.06.24 nr 0628](#): (HOD)Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)

#### **§46**

- [2011.06.24 nr 0628](#): (HOD)Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)

#### **§48**

- [2000.12.21 nr 1382](#): (HOD)Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som ortopediingeniør og kiropraktor
- [2001.12.20 nr 1549](#): (HOD)Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddtrekning
- [2004.02.24 nr 0460](#): (HOD)Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell.
- [2009.09.09 nr 1175](#): (HOD)Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut

#### **§49**

- [2000.12.21 nr 1379](#): (HOD)Forskrift om lisens til helsepersonell

#### **§51**

- [2000.12.21 nr 1384](#): (HOD)Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger
- [2001.12.20 nr 1549](#): (HOD)Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddtrekning
- [2013.06.14 nr 0650](#): (HOD)Avvikling av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

#### **§52**

- [2008.10.08 nr 1130](#): (HOD)Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits

#### **§54**

- [2000.12.21 nr 1379](#): (HOD)Forskrift om lisens til helsepersonell

#### **§69**

- [2000.12.21 nr 1383](#): (HOD)Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.

#### **§70**

- [2000.12.21 nr 1383](#): (HOD)Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.

#### **§76**

- [2000.12.21 nr 1381](#): (HOD)Forskrift om overgangsordning for autorisasjon av hjelpepleiere og bioingeniører.
  - [2000.12.21 nr 1383](#): (HOD)Forskrift om Statens helsepersonellnemnd - organisering og saksbehandling.
  - [2010.02.12 nr 0158](#): (AD)Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)
  - [2010.04.29 nr 0611](#): (AD)Forskrift om styring og opplysningsplikt i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (styringsforskriften)
  - [2010.04.29 nr 0613](#): (AD)Forskrift om utføring av aktiviteter i petroleumsvirksomheten (aktivitetsforskriften)
  - [2010.04.29 nr 0634](#): (AD)Forskrift om utforming og utrustning av innretninger med mer i petroleumsvirksomheten (innretningsforskriften)
-



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

