

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202500561

Dato: 16-10-2025

Høring - forslag til endringer i psykisk helsevernloven m.m. om utveksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet og PST om personer med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko

Vi viser til høringsnotat med forslag til endringer i psykisk helsevernloven m.m. om utveksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet og PST om personer med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko. Legeforeningens høringsuttalelse er utarbeidet på bakgrunn av innspill i vår interne høringsprosess og den er behandlet av vårt sentralstyre.

Overordnede bemerkninger

Legeforeningen vil fremheve at forslaget reiser prinsipielle spørsmål knyttet til forholdet mellom sikkerhet og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, herunder taushetsplikt, personvern, rett til privatliv og helse og tillit til helsetjenesten. Legeforeningen mener forslaget til dels går på akkord med disse prinsippene. Selv om alvorlig psykisk sykdom i noen tilfeller kan innebære økt voldsrisiko, er ikke dette hovedregelen – de fleste psykisk syke utfører ikke vold. Videre er det en del andre lidelser som også kan innebære betydelig risiko, som ikke fanges opp av forslaget. Det er avgjørende for både god pasientbehandling og sikkerhet for pårørende og samfunn at pasienter som kan utgjøre en risiko har tillit til behandlingsapparatet og ikke unngår å søke helsehjelp. Dette hensynet har stått som et solid prinsipp i reguleringen av taushetsplikten. Disse forslagene bidrar samlet sett til en betydelig svekkelse av dette.

Vi mener det er behov for et bredere kunnskapsgrunnlag for hvorfor dagens praksis har sviktet, og hvilken effekt de foreslåtte tiltakene er forventet å ha. Det vises til enkelthendelser og generelle behov for forbedring, men det er lite som tilsier at lovendringer i denne størrelsesordenen er nødvendige uten en bredere faglig vurdering. Vi vil ikke underslå at forslagene forsøker å finne løsninger på opplevde behov både i helsetjenesten og hos politi/ sikkerhetstjenesten. Likevel mener vi de konkrete forslagene på flere punkter ikke er egnet til å løse utfordringene på en god måte. Mer enn endringer i lov, er det behov for opplæring i regelverket og handlingsrommet som allerede finnes innenfor dette, praktisk og god veiledning, bedre tilrettelegging for samarbeid, samhandling og informasjonsutveksling. I tillegg er det sentralt at aktørene har kapasitet og ressurser til å utføre oppgavene på en tillitsvekkende og formålstjenlig måte.

Det må også tas høyde for at implementering av lovendringer er ressurskrevende, og at forslagene kan innebære en betydelig merbelastning for helsepersonell, på et felt som allerede har svært presset kapasitet. For at regelverket skal fungere i praksis, må det følges opp med tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og systemstøtte. Det må være tydelig hvilke systemer som skal benyttes for samhandling, og det må utarbeides gode retningslinjer og samhandlingsrutiner, for å sikre forsvarlige vurderinger i en travel hverdag.

1. Utveksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet

1.1 Adgang til å innhente informasjon fra politiet ved voldsrisikovurderinger

Legeforeningen støtter intensjonen med lovforslaget. Muligheten til å innhente opplysninger fra politiet kan bidra til å styrke kvaliteten i risikovurderinger og gi faglig ansvarlig et bedre beslutningsgrunnlag ved vurdering av farevilkåret, som i den nye psykisk helsevernloven har fått økt betydning. Forslaget harmonerer med regjeringens mål om styrket samfunnsvern.

Videre støtter vi forslaget om adgang til informasjonsinnhenting fra politiet av hensyn til helsepersonellens egen sikkerhet. Leger og annet helsepersonell står i en utsatt posisjon, og har behov for beskyttelse mot vold. En hjemmel der faglig ansvarlig, kommuneoverlege og innleggende lege kan kontakte politiet og be om relevante og nødvendige opplysninger til bruk i voldsrisikovurderinger kan være med på å forhindre hendelser ovenfor helsepersonell, pårørende og andre. Vi vil også i denne sammenheng peke på at behovet for slik informasjonsutveksling er etterspurt i andre deler av helsetjenesten, som på legevakt, fastlegekontor og NAV.

Legeforeningen er opptatt av at unntak fra taushetsplikten må skje innenfor trygge og forutsigbare rettslige rammer for å ivareta tilliten mellom lege og pasient, og være enkle og forståelige for helsepersonell. Dette behovet gjelder generelt for alle leger som behandler pasienten, og vil være særlig viktig for helsepersonell utenfor spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn anerkjenner Legeforeningen departementenes avgrensning av lovendringen gjennom presiseringen av at de foreslåtte unntakene fra taushetsplikten kun relaterer seg til situasjoner med risikovurdering og risikohåndtering ved tvungent psykisk helsevern, og plasserer dem i psykisk helsevernloven.

En utfordring knyttet til en så spesifikk lovhomeel er at situasjoner som er ment omfattet kan falle utenfor. Et alternativ kunne ha vært å presisere innholdet i hpl. § 23 nr. 4 til også å omfatte informasjonsutveksling for å forebygge framtidige voldshendelser. En hovedutfordring etter vår erfaring er den terskel som er lagt gjennom forarbeider og praksis om at unntaket kun slår inn i de nødrettsliknende tilfellene. Antakelig gir dette et for smalt rom for den skjønsmessige vurderingen helsepersonell skal foreta i avveiningen av om informasjon skal formidles eller ikke. Dette kan løses gjennom en mindre justering av unntaket. Det vil i så fall være behov for en grundig utredning av nødvendighet og forholdsmessighet, ettersom dette vil kunne danne grunnlag fra taushetsplikt i langt flere situasjoner enn det dette lovforslaget dreier seg om.

Videre ser Legeforeningen et behov for tydeliggjøring av i hvilke situasjoner unntaket er ment å gjelde for. Lovforslaget legger opp til at både faglig ansvarlig, innleggende lege og kommuneoverlege skal kunne ta kontakt med politiet. For faglig ansvarlig er dette begrenset "til bruk i voldsrisikoutredninger". Videre har kommuneoverlege slik adgang ved vedtak om tvungen legeundersøkelse, og innleggende lege når vedkommende skal gjennomføre legeundersøkelse etter § 3-1. Departementene skriver i lovforslaget:

"Departementene foreslår derfor at det nye unntaket gjøres gjeldende for alle som skal foreta vurdering av voldsrisiko i tilknytning til etablering av tvungent psykisk helsevern, det vil si kommunelegen, undersøkende lege og faglig ansvarlig, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 og § 3-3 a."

Det er uklart hva departementene mener med begrepet "i tilknytning til". For situasjonene innleggende lege og kommuneoverlege skal ha hjemmel til å kontakte politiet, vil det ikke være uavklart om det faktisk skal etableres TPH. I disse tilfellene vil det være snakk om en bred tolkning av begrepet "i tilknytning til". Det bør tydeliggjøres når adgangen til å kontakte politiet kan benyttes. Dersom departementene har ment å begrense unntaket til voldsrisikovurderinger ved etablering av TPH og ikke voldsrisikovurderinger som sådan, bør dette fremgå. Dersom unntaket er tenkt å ha et bredere anvendelsesområde bør dette presiseres.

Vi vil også påpeke at det ikke er uproblematisk at pasienter med alvorlig sykdom, som ikke tidligere har befattning med politiet, gjennom informasjonsinnhenting blir registrert hos politiet. Vi stiller spørsmål ved om inngrepet dette representerer er forholdsmessig når det ikke enda er avklart om det skal etableres TPH. At vedkommende pasient blir registrert i politiets systemer vil kunne ha inngripende virkninger for vedkommende, for eksempel ved senere vurdering av voldsrisiko hvor det innhentes informasjon fra politiet, eller der politiet innhenter informasjon om vedkommende pasient.

Vi stiller også spørsmål ved om man gjennom avgrensningen til THP treffer på formålet om å forebygge alvorlige voldshendelser. For flere pasienter vil voldsrisikoen ikke være knyttet til sykdommen, og det er mange eksempler på at det er i situasjoner der det ikke lenger er grunnlag for TPH at voldsrisikoen er størst. Vi mener det derfor er behov for en grundigere vurdering av hvilke pasienter som utgjør voldsrisiko før det vedtas lovgivning med svært inngripende virkninger for pasientene det gjelder.

Videre mener vi det er et viktig utgangspunkt at informasjonsutveksling først skal søkes gjennom samtykke fra pasienten, slik departementet legger opp til i høringsnotatet. Dette fremkommer ikke av ordlyden i forslaget, og vi mener at dette bør inntas slik at det fremgår tydelig av lovteksten.

Legeforeningen stiller spørsmål ved rekkevidden av plikt til å informere pasienten om hvilke opplysninger som skal gis til politiet. Ordlyden, "om mulig på forhånd", er uklar. Vi mener det er behov for en presisering eller veiledning på hvordan dette skal vurderes. Legeforeningen bemerker til dette at både forsøk på å innhente samtykke, og informasjon til pasienten om hvilke opplysninger som skal gis til politiet, kan agitere pasienter, og leger på legevakt vil være spesielt utsatt. Leger på legevakt, som typisk er dem som gjør den innledende legeundersøkelsen iht. phvl. § 3-1, vil ha varierende sikkerhetstiltak tilgjengelig. Det vil i slike tilfeller være særlig viktig å avklare hvor langt denne plikten rekker.

Av hensyn til å unngå spredning av informasjon mener vi som utgangspunkt at legen selv bør ta kontakt med politiet fremfor at dette delegeres til andre, men vi ser at det kan være praktisk nødvendig å åpne for delegasjon.

Departementene foreslår at informasjonen som kan innhentes fra politiet begrenses til "relevante og nødvendige opplysninger om pasienten til bruk i voldsrisikoutredninger". Departementene nevner også hvilken informasjon som her vil kunne være aktuell. Legeforeningen påpeker at det vil være utfordrende å detaljregulere hvilken informasjon som vil være "relevante og nødvendige", og mener det i utgangspunktet bør overlates til helsepersonell- og politiets faglige og konkrete vurdering. Det vil likevel være behov for mer veiledning for å gi helsepersonell og politi forutsigbare og forståelige rammer for vurderingene. Vi nevner at i noen tilfeller vil det for eksempel kunne være av større betydning for en voldsrisikovurdering å få informasjon om at vedkommende pasient har blitt anmeldt for vold flere ganger, enn at pasienten har blitt dømt for vold én gang. Informasjonsbehovet vil kunne løses ved at kontakten innledes med et generelt spørsmål om voldsrisiko, og deretter får mer informasjon dersom svaret er bekreftende.

Departementene skriver at opplysningene i utgangspunktet skal utleveres skriftlig, men det kan gjøres unntak dersom det av tidsmessige eller andre grunner anses hensiktsmessig. Vi støtter dette, men mener at det bør tydeliggjøres hvordan informasjonsutvekslingen skal skje helt konkret. Det foreligger i dag ingen effektive og trygge tekniske løsninger for slik deling av informasjon. Det vil ha avgjørende betydning at det er enkle, hensiktsmessige og smidige løsninger, som ivaretar hensynet til behovet for utveksling av informasjon, personvern og effektivitet.

Videre mener vi at dersom opplysninger om psykofarmakologisk behandling og/eller somatiske, nevrologiske eller hjerneorganiske sykdommer skal gis, bør dette kun gjøres av spesialist i psykiatri.

Avslutningsvis vil vi bemerke at lovteksten bruker begrepet "kommunelege". Korrekt tittel er "kommuneoverlege" og vi ber derfor om at departementene justerer lovforslaget iht. dette.

1.2 Varslingsplikt til politi ved permisjoner fra døgninstitusjoner og overføring til TUD og varslingsplikt til politi ved permisjoner, overføring mellom døgninstitusjoner og TUD av domfelte med dom på TPH

Legeforeningen er kritiske til at det foreslås en varslingsplikt og mener bestemmelsene bør utformes som en "kan-bestemmelse". En plikt til varsling vil innebære en svært arbeidskrevende endring med begrenset praktisk nytteverdi, hvor intensjonen risikerer å drukne i et stort antall varsler. Behovet for politiets involvering, for eksempel i forbindelse med permisjoner, kan i stedet ivaretas gjennom gode risikohåndteringsplaner i de tilfellene hvor det faktisk vurderes nødvendig av hensyn til samfunnsvernet.

Videre stiller Legeforeningen spørsmål ved om departementene har vurdert hvor mange varsler politiet i realiteten vil motta dersom bestemmelsen gjennomføres som foreslått. Fagmiljøene uttrykker bekymring for at plikten slik den er foreslått vil kunne resultere i svært mange varsler, en

betydelig økning fra dagens praksis. Departementene understreker at de ikke foreslår en plikt eller rett til rutinemessig varsling. Ettersom pasientene det gjelder allerede er vurdert å utgjøre "en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv", jf. § 3-3 nr. 3 bokstav b, vil det likevel kunne bli resultatet. Når slike pasienter får permisjoner eller overføres til TUD vil det i realiteten oppstå en risikofylt situasjon. I mange tilfeller vil da vilkåret om "nødvendig av hensyn til samfunnsvernet" være oppfylt.

Legeforeningen stiller også spørsmål ved om det er gjennomtenkt hvordan politiet praktisk skal håndtere en stor økning i antall varsler. For at dette skal være formålstjenlig må politiet ha ressurser og gode rutiner for å følge opp informasjonen de får.

Legeforeningen mener også det er behov for presisering og veiledning av vilkåret om "nødvendig av hensyn til samfunnsvernet". Foreløpig er dette vilkåret uklart og vil være utfordrende for helsepersonell å praktisere.

Videre stiller vi spørsmål ved hva departementene mener er omfattet av vilkåret om "permisjon fra døgnopphold". I praksis vil dette kunne omfatte alt fra lengre permisjoner til en tur på butikken. Her vil det være behov for tydeliggjøring.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvordan informasjonen skal utveksles, herunder om det for eksempel skal skje skriftlig. Departementene skriver heller ingenting om hvilke systemer som skal sikre god samhandling på området.

Her vil vi også fremheve behovet for effektive og smidige tekniske systemer som legger til rette for god samhandling med politiet, som også hensyntar personvernet til pasientene. Helsepersonell har for eksempel erfart å bli sittende i lange telefonkøer, hvilket åpenbart er uheldig bruk av verdifulle ressurser.

Departementene lister opp informasjon som faglig ansvarlig skal gi politiet. Som tidligere påpekt mener vi at det vil være behov for veiledning og tydelige rammer for vurderingen som skal ligge til grunn for hvilken informasjon som kan deles.

Lovforslagene innebærer nye arbeidsoppgaver for en gruppe helsepersonell som allerede har ressursutfordringer. Legeforeningen stiller spørsmål ved om departementene har tatt i betraktning de ressurs- og rekrutteringsutfordringer som er på feltet, og hvordan denne nye oppgaven er tenkt gjennomført uten at det går utover andre oppgaver.

1.3 Rett til å dele informasjon under domstolsprøving av vedtak om TPH

Legeforeningen støtter forslaget til om å innføre en klar hjemmel for unntak fra taushetsplikten i slike tilfeller, fremfor en presumsjon om samtykke ved saksfremlegg, særlig når vedkommende pasient mangler samtykkekompetanse.

Vi vil påpeke at det er en diskrepans mellom den foreslåtte lovteksten og høringsnotatet hva gjelder personkretsen omfattet av unntaket. I lovteksten gis retten til å gi informasjon til "helsepersonell",

mens departementene i høringsnotatet viser til "faglig ansvarlig". Lovteksten slik den er foreslått er for vid, men i lys av høringsnotatet antar vi at bestemmelsen er ment snevrere. Det ville være svært uheldig og bryte med hensynene bak taushetsplikten om bestemmelsen åpnet opp for at helsepersonell med behandlingsrelasjon til pasienten langt tilbake i tid skulle være omfattet av bestemmelsen. Vi foreslår derfor en innstramming av ordlyden for å sikre et tilstrekkelig begrenset unntak. Vi vil også understreke at legens bistand i slike saker vil være i rollen som sakkyndig, som skiller seg fra rollen som vitne på vegne av pasient eller påtalemyndigheten.

Vi mener imidlertid det bør tydeliggjøres i de generelle motivene hva som ligger i vilkåret om at informasjonen skal være "relevant og nødvendig".

Videre vil vi peke på at det fremstår som uklart hvilke hensyn bestemmelsen skal søke å ivareta. Er det pasientens rettssikkerhet og forutsigbarhet, eller er det av hensyn til sakens opplysning. Vi etterlyser en tydeligere begrunnelse for forslaget.

2. Pålegg om utlevering av opplysninger til PST

2.1 Plikt til å utlevere opplysninger til PST når det er grunn til å undersøke om en person forbereder nærmere bestemte straffbare handlinger

Lovforslaget aktualiserer det overordnede spørsmålet om hvor langt lovgiver skal gå i å gripe inn i pasientenes integritet for at PST potensielt skal kunne fange opp en eventuell fremtidig alvorlig hendelse. Kunnskapsgrunnlaget forslaget bygger på, gir ikke statistisk svar på hvor stor populasjon PST vil ha behov for informasjon om for at de skal kunne identifisere en slik hendelse. Vurderingen av inngrepenes nytteverdi medfører etisk utfordrende spørsmål som potensielt kan sette fundamentale verdier i en rettsstat under press. Det å skulle "screene" en populasjon ved hjelp av helseopplysninger i forebyggende hensikt vil potensielt kunne øke skepsisen og paranoiaen til en pasientgruppe som ofte allerede sliter med tillit til helsevesenet. Verste fallsscenario er at hvis dette blir besluttet, kan terskelen for pasienter til å ta imot helsehjelp bli større og tilliten redusert, slik at flere tilfeller havner under radaren og dermed bli gående ubehandlet i lengre perioder med de farer for samfunnet dette kan innebære.

Legeforeningen stiller spørsmål ved om departementenes vurdering av nødvendighets- og forholdsmessighetskravet etter EMK artikkel 8 nr. 2 er tilstrekkelig utredet. Analysen inntatt i høringsnotatet gir etter vårt syn ikke en grundig nok drøftelse av de menneskerettslige konsekvensene. Vi er sterkt kritiske til at inngrepet unntakene fra lovbestemt taushetsplikt innebærer, er proporsjonalt i EMKs forstand. Til sammenlikning vises det til diskusjonene før vedtakelsen av endringene i sivilbeskyttelsesloven i juni 2025, hvor lovbestemt taushetsplikt til slutt *ikke* ble omfattet av unntak fra taushetsplikt i § 28 h. Formålet med PSTs forebyggende arbeid har fellestrekk med formålet sivilbeskyttelsesloven søker å ivareta, men til forskjell fra sivilbeskyttelsesloven vil forslaget til § 17 m gjelde i tilfeller av forebygging, og er derfor lengre fra de situasjonene hvor sivilbeskyttelsesloven får anvendelse. I slike situasjoner er det utfordrende at det

gjøres inngrep overfor enkeltpersoner, sett opp mot kravet om proporsjonalitet og nødvendighet. Vi etterlyser en nærmere begrunnelse for hvorfor mindre inngripende tiltak ikke er vurdert, og hvordan kontrollmekanismer skal sikre mot vilkårlig praksis.

Innspill til alternativ 1 og 2 for ny § 17 m om pålegg om utlevering av opplysninger

Departementene ønsker innspill på forslagene til regulering av pålegg om utlevering av opplysninger i ny § 17 m. Legeforeningen støtter intensjonen om å styrke samfunnsvernet, men mener at begge alternativene er problematiske og uklare. Forebyggende "screening" av risiko for alvorlig straffbare handlinger er problematisk av hensyn til tilliten til helsevesenet. Helsetjenesten er ikke et justispolitisk verktøy, og mennesker som sliter med psykisk uhelse kunne oppsøke helsetjenesten og få hjelp, uavhengig av om de står i fare for å begå kriminelle handlinger.

Av de to skisserte alternativene, mener vi kravet om forhåndskontroll gjennom rettskjennelse i alternativ 2 til ny § 17 m best vil kunne ivareta rettsikkerheten og tilliten til systemet. Dersom man går videre med lovforslaget, må det gis tydeligere avklaring av hvem bokstav f og g gjelder for, hvilke typer risikovurderinger som kan utleveres, og hvor oppdatert informasjonen må være. Vi vil i det følgende utdype våre innspill.

Legeforeningen mener begge alternativene er problematiske fordi det vil kreve en nærmere definisjon av hvilke kriterier PST skal bruke for å velge ut hvilke pasienter de vil ha informasjon om. Det kan være snakk om mange pasienter, og erfaring viser at det er vanskelig å forutsi hvem som faktisk vil gjennomføre alvorlige handlinger.

Det er uklart hvem bestemmelsene i bokstav f og g gjelder for. Formuleringen i bokstav f, "personen", knytter seg ikke til noen definisjon av hvem denne personen er. Dette kan forstås slik at PST kan kreve utlevert risikovurderinger og risikohåndteringsplaner for pasienter i alle deler av helsetjenesten, i og utenfor psykisk helsevern, uavhengig av tvungent psykisk helsevern som ved de øvrige bokstaver. Det er her behov for presisering.

Departementene ber særlig om høringsinstansenes syn på om opplysninger knyttet til voldsrisiko og risikohåndteringsplaner bør konkretiseres ytterligere i lovteksten, og eventuelt hvordan det bør konkretiseres. Legeforeningen mener at opplysningene som kan deles etter § 17 m bokstav f og g må avgrenses tydeligere. Videre mener vi det bør gis klare føringer for hvilke typer risikovurderinger som omfattes, hvor oppdatert informasjonen skal være og hva slags vold eller trusler som er relevante. Dette vil være helt nødvendig for å hindre en uheldig og uforutsigbar praksis.

Risikohåndteringsplaner kan inneholde omfattende og sensitive opplysninger som ikke alltid oppfyller kravene til nødvendighet og forholdsmessighet. Lovteksten slik den foreslås legger opp til en nødvendighets- og forholdsmessighetsvurdering i vurderingen av om pålegg skal gis. Likevel mener vi det er behov for å presisere at informasjonen som skal gis skal begrense seg til det som er "strengt nødvendig for å forebygge en konkret og nærliggende fare", for å unngå uforholdsmessige inngrep i pasientens rett til privatliv.

Legeforeningen mener det er feil at det er PST og ikke helsepersonell som skal vurdere grunnlaget for unntak fra taushetsplikten. Selv om PST har et bredt informasjonsgrunnlag, er det problematisk å

fravike systemet med at den som sitter på opplysningene skal foreta vurderingen. Unntak fra taushetsplikten reiser omfattende etiske og menneskerettslige spørsmål, og taushetsplikten er en grunnleggende rettssikkerhetsgaranti for pasienten. Legen har etter gjeldende rett en sentral rolle i å vurdere om vilkårene for unntak er oppfylt, og denne rollen bør ikke uthules. Å overføre beslutningsmyndigheten til PST kan svekke både pasientens rett til privatliv etter EMK artikkel 8 og den tilliten som er avgjørende for en fungerende helsetjeneste.

Til slutt vil vi påpeke at lovforslaget legger opp til en ensidig informasjonsflyt fra helsevesenet til PST. På andre områder vektlegges samhandling, men her er det snakk om ren enveiskommunikasjon. Vi stiller spørsmål ved om dette er en god modell, og mener at risikoen for svekket tillit i behandlerrelasjonen må tillegges større vekt.

2.2 Pålegg om taushetsplikt fra PST om utlevering av opplysninger til PST

Legeforeningen støtter i hovedsak forslaget til hjemmel for pålegg om taushetsplikt om at helsepersonell har utlevert opplysninger til PST. Vi anerkjenner behovet for en slik hjemmel for at det forebyggende arbeidet og inngrepet som gjøres ved utlevering av opplysninger, skal kunne tjene formålet. Vi anerkjenner også behovet for å særregulere hjemmel for et slikt pålegg for å sikre forutsigbare og klare rammer for både helsepersonell og PST i ved deling av informasjon med PST. Vi stiller likevel spørsmål ved om departementene har vurdert om eksisterende regelverk i f.eks. offentlighetsloven og sikkerhetsloven, gir hjemmel for at helsepersonell kan avslå begjæringer fra pasienter om innsyn i saksarkiv der formelle henvendelser, som ikke er en del av helsetjenesten, arkiveres. Vi etterspør en departementenes vurdering av dette spørsmålet.

3. Unntak fra journalinnsyn i opplysninger underlagt pålegg om taushetsplikt

Legeforeningen har forståelse for forslaget om å unnta opplysninger som er underlagt pålegg om taushetsplikt fra pasientens rett til journalinnsyn etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. Vi mener dette vil bidra til at formålet med informasjonsutvekslingen ivaretas. I tillegg vil en slik lovendring kunne bidra til å beskytte helsepersonell i utsatte posisjoner. Vi vil likevel understreke at forslaget er svært inngripende overfor pasientene det gjelder og kan utfordre tillitsrelasjonen mellom lege og pasient. Unntaket fra innsyn bør derfor som utgangspunkt brukes med varsomhet og følges av solid opplæring og veiledning for å hindre at det anvendes i større utstrekning enn strengt nødvendig.

Legeforeningen etterspør også en klargjøring av hvordan helsepersonell skal beskyttes i etterkant av saker hvor det er utlevert informasjon om pasienter. Det er et viktig prinsipp at pasientens rett til innsyn ivaretas, men bare så langt det er mulig uten å kompromittere sikkerheten til involvert helsepersonell.

Vi vil også foreslå at departementene vurderer å innføre et unntak fra rett til innsyn i de tilfeller der det vil kunne sette tredjeperson i fare. Legeforeningen mottar stadig flere henvendelser med

bekymring knyttet til sikkerheten til leger som frykter trusler/represalier fra pasienter knyttet til innsyn i journal. Helsepersonell har ikke noe vern mot dette slik lovverket nå er utformet.

Vi foreslår på denne bakgrunn at departementene utreder og vurderer en noe utvidet unntakshjemmel som gir helsepersonell adgang til å *nekte pasienten og brukeren innsyn i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller helseskade for tredjeperson.*

Videre vil vi påpeke at dagens eksisterende bestemmelse i pbrl. § 5-1 annet ledd annet punktum, som legger opp til en vurdering av om innsyn kan utgjøre fare for "personer som står vedkommende nær", er uklar. Vi oppfordrer departementene til å klargjøre rekkevidden av denne personkretsen, og tydeliggjøre i hvor stor utrekning loven beskytter personer med mer perifer relasjon til pasienten.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementene legger til grunn at forslagene vil ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Etter vår vurdering fremstår dette som lite realistisk. Forslagene innebærer nye plikter for helsepersonell, herunder vurdering, dokumentasjon og håndtering av informasjonsutlevering til PST, samt tilpasning av interne rutiner og systemer. Dette kommer i en helsetjeneste som allerede er under betydelig ressurs- og kapasitetspress.

Ressurstilgang er en avgjørende faktor for å sikre både god og tilstrekkelig helsehjelp og for å forebygge alvorlige voldshendelser. Samtykkeutvalgets rapport viser at alvorlig sinnslidelse er en selvstendig risikofaktor for vold, selv om de fleste med psykisk lidelse ikke begår voldshandlinger. Dersom helsepersonell pålegges nye administrative oppgaver uten tilførsel av ressurser, kan dette gå på bekostning av tid til pasientbehandling og forebyggende arbeid. Vi mener derfor at de økonomiske og administrative konsekvensene er undervurdert og bør utredes grundigere.

5. Øvrige bemerkninger

5.1 Behov for et bedre kunnskapsgrunnlag

Legeforeningen mener det er behov for et bredere kunnskapsgrunnlag for endringene som foreslås innført. Det foreslås omfattende uthuling av helsepersonells taushetsplikt og gir myndighetene utvidet tilgang til helseinformasjon. Dette må veies opp mot skadepotensialet for pasientbehandling, tillit og personvern, og bør utvikles i tråd med prinsippene om nødvendighet, forholdsmessighet og rettssikkerhet.

Systematisk innhenting og vurdering av kunnskapsgrunnlag i forkant av lovendringene, samt evaluering og forskning på innføring av eventuelle endringer, både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser på kort og lang sikt, vil være av stor betydning for å hindre unødvendig og uforholdsmessig inngrep. Fagmiljøer innen rettspsykiatri, psykisk helse og helserett bør involveres i vurderingene av effekter og konsekvenser.

Vi vil også understreke behovet for at lovendringen følges av en grundig og systematisk evaluering. Evalueringen bør omfatte både effekten på sikkerhet og forebygging, og eventuelle uønskede

konsekvenser, som svekket tillit mellom pasient og helsetjeneste og redusert åpenhet i pasientkontakten. Omfang, praktiske erfaringer og konsekvenser bør vurderes etter at de foreslåtte reglene har virket en viss periode. En slik evaluering er nødvendig for å sikre at regelverket fungerer etter hensikten, og for å kunne justere tiltak dersom det oppstår utilsiktede bivirkninger.

5.2 Behov for tilstrekkelig ressurser, kompetanse, opplæring, rutiner og systemer

Legeforeningen vil understreke behovet for tilstrekkelige ressurser, kompetanse, opplæring, rutiner og systemer for at lovforslaget skal fungere etter sin hensikt. Det er avgjørende at helsepersonell får nødvendig støtte til å forstå og anvende regelverket i praksis, særlig når det gjelder vurdering av voldsrisiko og deling av sensitive opplysninger.

Vi vil særlig fremheve viktigheten av å ivareta personvernet og tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, særlig når det innføres eller utvides krav om deling av sensitive helseopplysninger. Tiltak som reduserer taushetsplikten og gir myndigheter utvidet tilgang til helseinformasjon må vurderes opp mot skadepotensialet for pasientbehandling, tillit og personvern. Slike tiltak må utvikles i tråd med rettssikkerhetsprinsippene om nødvendighet og forholdsmessighet.

Av samme grunner mener vi det bør etableres gode rutiner og gis grundig opplæring til personell, slik at meldinger og journalføring skjer korrekt. Det må fremgå tydelig hvilke opplysninger som anses nødvendige å melde, og hvordan disse skal håndteres. For å sikre etterlevelse av pålegg om opplysninger pasienten ikke skal ha kjennskap til, bør det innføres tekniske sperrer i journalsystemene som hindrer utilsiktet utlevering.

Legeforeningen vil påpeke behovet for at regelverket integreres i eksisterende journalsystemer og arbeidsrutiner på en måte som er praktisk gjennomførbart. Dette forutsetter både teknisk tilrettelegging og klare prosedyrer. Det må sikres at prosessene er tilgjengelige og smidige i situasjoner hvor det haster, samtidig som pasientrettigheter, dokumentasjon og ansvar er tydelig regulert.

Vi bemerker også at det er nødvendig at politiet har tilstrekkelige ressurser til å håndtere den store mengden sensitive pasientopplysninger som overføres til dem for å hindre mer byråkrati uten nytte for pasientene.

Vi understreker også behovet for kompetanse om psykisk helse hos dem som skal forvalte regelverket for å motvirke stigmatisering og diskriminering av pasientgruppen.

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Saksbehandler: Nora Marie Eikenæs Asplin, rådgiver/advokat

Dokumentet er godkjent elektronisk