
Taushetspliktens skjøre balanse ved journaldeling

INVITERT KOMMENTAR

BJARNE AUSTAD

bjarne.austad@ntnu.no

Bjarne Austad er spesialist i allmennmedisin, fastlege på Øya Legesenter (som bruker Helseplattformen) og førsteamanuensis ved NTNU. Han var tidligere fagekspert for fastlegeløsningen i Helseplattformen og er nå konsulent for Trondheim kommune for å bidra inn i faglig beslutningsstruktur i Helseplattformen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Delt pasientjournal mellom første- og andrelinjetjenesten har kommet for å bli. Men kan vi miste tilliten fra pasientene om vi deler for mye?

Jeg kjører legevakt i Trondheim og får spørsmål om å ringe en pasient. Jeg ser at det gjelder en bekjent. Åpner jeg journalen i Helseplattformen, vet jeg at jeg får oversikt over hans tidligere kontakt med ikke bare legevakt, men også kontakt med sykehus, kommune og muligens også fastlegen. Riktignok må jeg ta et aktivt valg og gi en begrunnelse for å åpne og lese innholdet i de fleste enkeltnotater. Men informasjon om hvor og når han har søkt helsehjelp, diagnoser og legemidler vil være synlige for meg. Når jeg åpner journalen, kan jeg ikke unngå å se dette. Dette tar jeg rett og slett ikke sjansen på, og ber om å få slippe oppdraget.

Hensikten med «én innbygger – én journal» er at pasienten får all informasjon om seg samlet på ett sted (1). Deling av journalopplysninger mellom fastlege og sykehus er viktig for helsepersonell, særlig i akuttsituasjoner. I tillegg forventer mange pasienter at vi har oversikt over deres sykehistorie.

«Deling av journalopplysninger mellom fastlege og sykehus er viktig for helsepersonell, særlig i akuttsituasjoner. I tillegg forventer mange pasienter at vi har oversikt over deres sykehistorie»

I sykehus kan tilstrekkelig informasjon om en pasient være avgjørende for å gi god helsehjelp uten forsinkelse. Som legevaktlege opplever jeg informasjonsdelingen nyttig, særlig i kontakt med sykehjemspasienter. Også som fastlege på et legesenter som bruker Helseplattformen, er det fordel. Jeg har bedre oversikt i en totaljournal enn kun med fastlegejournal. Jeg kan se avtaler pasienten har med sykehuset og kommunen. Jeg kan se notater underveis i lange pasientforløp i psykiatri og smerteklinikk. Tiden da jeg måtte vente måneder på epikrisen for å få informasjon, er forbi. Jeg kan også se svar på bildediagnostikk, histologi og blodprøver som andre leger har bestilt.

En av kjerneverdiene i allmennmedisinen er kontinuitet i lege–pasient-forholdet (2). Jeg vil hevde det ligger mye kontinuitet i en god pasientjournal, særlig når pasientene treffer ukjente leger. Rollen til fastlegen er å ha oversikt, koordinere og drive personsentrert medisin (2). Det kan rettferdiggjøre tilgangen på informasjon fra hele helsevesenet. Men dette gjelder ikke nødvendigvis motsatt vei. I helsepersonelloven § 25 står det at «med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Så hvor mye opplysninger trengs det for å gi forsvarlig helsehjelp i enten primær- eller i spesialisthelsetjenesten? Åpenbart noe, og gode eksempler er legemiddelliste, nåværende sykdommer, allergier samt behandlingsbegrensninger der dette er relevant. Kanskje litt mer også. En del deles allerede via kjernejournal og pasientens legemiddelliste.

En fastlegejournal kan inneholde særlig sensitiv informasjon om alvorlige livshendelser, konflikter på arbeidsplassen, samlivsproblemer, kjønnssykdommer, seksuelle overgrep, barnevern og informasjon om tredjepersoner. Jeg tror på ingen måte helsepersonell flest verken på sykehus eller i kommunen har interesse av å lese mer enn det som trengs. Utfordringen er all den informasjonen du får fra journalen som du egentlig ikke ønsker eller klarer å unngå å se. Hvis man i god tro på et sykehus åpner et fastlegenotat fordi man tror det kan være viktig for å gi helsehjelp, kan man plutselig få langt mer informasjon enn nødvendig. Men dette vet man ikke før man har åpnet. I noen journalsystemer vil «tidligere sykdommer» fremgå automatisk i nye henvisninger, og om fastlegen ikke manuelt fjerner informasjonen, vil spesialisten nødvendigvis se den når henvisningen leses.

Helsedirektoratet uttaler om taushetsplikten: «Formålet med helsepersonells taushetsplikt er å sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten slik at personer ikke unnlater å oppsøke hjelp av frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysninger» (3). Hva vil skje hvis befolkningen mister tilliten til at sårbare temaer som blir delt på legekontoret, forblir på legekontoret? Hva skjer hvis de unngår å dele viktig informasjon fordi de opplever at det ikke er trygt? I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27 vil regjeringen nå «gjennomgå bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven» (4), med mål om at regelverket blir

bedre egnet til å tilgjengeliggjøre helseopplysninger (informasjonsdeling) og blir mer digitaliseringsvennlig. Jeg håper ikke det vil undergrave tilliten fra pasientene.

«Når fastlegejournalen nå er teknisk tilgjengelig for tusenvis av helsepersonell i Midt-Norge, gjør det meg usikker. Noen ganger tør jeg ikke å skrive ned alt som er relevant»

Når fastlegejournalen nå er teknisk tilgjengelig for tusenvis av helsepersonell i Midt-Norge, gjør det meg usikker. Noen ganger tør jeg ikke å skrive ned alt som er relevant, rett og slett fordi jeg vil beskytte pasienten. Jeg vet ikke om notatet blir lest av andre. Og noen ganger unnlater jeg å legge en diagnose på problemlisten for å unngå at den automatisk blir synlig når journalen åpnes av annet helsepersonell. Når jeg gjør dette, mister jeg selv litt av oversikten over pasientens historie, for journalen er også arbeidsverktøyet mitt i møte med pasienten. Som oftest jobber jeg nok likevel som før jeg fikk Helseplattformen – og håper at jeg ikke gjør pasientene urett.

Hensiktsmessig lovregulering og gode tekniske løsninger som bedre hjelper oss å bevare den skjøre balansen mellom taushetsplikt og nødvendig informasjonsdeling, må være forutsetningene for pasientjournalen også i fremtiden.

REFERENCES

1. Regjeringen. Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/> Lest 3.4.2025.
2. Nordic Federation of General Practice (NFGP). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. Scand J Prim Health Care 2020; 38: 367–8. [PubMed][CrossRef]
3. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven § 21. Hovedregel om taushetsplikt. Helsedirektoratets kommentarer 2018.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt> Lest 3.4.2025.
4. Regjeringen. Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vår felles helsetjeneste.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/> Lest 3.4.2025.

Publisert: 15. mai 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0275
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. februar 2026.