

NÅR KAN INNSKRENKNINGER I LEGERES TAUSHETSPLIKT LEGITIMERES ETTER REGLER OM OPPLYSNINGSPLIKT?

**En tolkning av taushetspliktens rekkevidde i
helsepersonelloven § 21 opp mot reglene om
opplysningsplikt i § 31 og § 33**



Universitetet i Oslo Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 724
Leveringsfrist: 25.11.2011
Til sammen 17474 ord

25.11.2011

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>4</u>
1.1	Oppgavens tema og aktualitet	4
1.1.1	Problemstilling	6
1.1.2	Metode	6
1.1.3	Avgrensning og videre fremstilling	9
<u>2</u>	<u>TAUSHETSPLIKTENS REKKEVIDDE- HELSEPERSONELLOVEN § 21</u>	<u>11</u>
2.1	Rettsgrunnlag	11
2.1.1	Taushetspliktens formålsbetrakninger	13
2.1.1.1	Offentlige hensyn	14
2.1.1.2	Private hensyn	15
2.1.1.3	Hensyn som taler mot taushetsplikten	16
2.1.2	EMK art. 8	17
2.1.3	«Aktivitetsplikten»	19
2.1.4	«Omfanget» av plikten	21
2.1.5	Når “inntreffer” taushetsplikten?	23
2.2	Yrkesmessig og forvaltningsmessig taushetsplikt	24
2.2.1	Hvordan avgjøre om man har forvaltningsmessig eller yrkesmessig taushetsplikt?	25
2.2.1.1	Engasjementets art	26
2.3	Delkonklusjon:	28
<u>3</u>	<u>INNSKREKNINGER I LEGERS TAUSHETSPLIKT VED SAMTYKKE OG OPPLYSNINGSRETT HPL. KAP. 5</u>	<u>29</u>
3.1	Samtykkebestemmelsens: Hpl. § 22	29
3.1.1	Hvem kan gi samtykke?	30
3.1.2	Formelle krav til samtykke og krav til gyldighet	32
3.1.3	Hva er samtykke og virkninger av å gi slik tillatelse?	33
3.1.4	Hva hvis pasienten ikke er i stand til å samtykke?	34
3.1.5	Unntak fra samtykkeregelen	34
3.1.6	Delkonklusjon i forhold til § 22	35

3.2	Opplysningsretten: Hpl. § 23	36
3.2.1	“Tungtveiende private eller offentlige interesser”	37
3.2.1.1	“Rettsstridighetsbegrepet”	39
3.2.2	Delkonklusjon	40
4	<u>NÅR MÅ TAUSHETSPLIKTEN I § 21 STÅ TILBAKE FOR OPPLYSNINGSPLIKTEN I HPL. § 31 OG § 33</u>	42
4.1	Legers opplysningsplikt til nødetater § 31	43
4.1.1	Omfanget av «alvorlig skade» i § 31	44
4.1.2	Når legitimerer § 31 varslingsplikt?	45
4.1.3	Legers avvergesplikt ved straffbare forhold Strl. § 139 og forholdet til § 31	48
4.1.4	Delkonklusjon	49
4.2	Legers opplysningsplikt til barnevernstjenesten hpl. § 33	50
4.2.1	Om bestemmelsen i § 33	50
4.2.2	Hpl. § 33 (1) “Oppmerksomhetsplikt”	50
4.2.3	Hpl. § 33 (2) “Opplysningsplikt”	52
4.2.3.1	Når inntreer meldeplikten?	53
4.2.3.2	Kravet til alvorlighet	54
4.2.3.3	Barnekonvensjonen art. 19	56
4.2.4	§ 33 (3) Pålegg fra organer om opplysninger	58
4.2.5	§ 33 (4) En ansvarlig person på avdelingen	60
4.2.6	Bvl. §§ 6-7 (3)og 6-7a: Tilbakemelding til legen	60
4.2.7	Delkonklusjon	61
5	<u>KONKLUSJON</u>	63
5.1	Rettsreglene – virker de?	65
1)	<u>LITTERATURLISTE</u>	A

1 INNLEDNING

1.1 Oppgavens tema og aktualitet

Temaet for oppgaven er de motstridende reglene om legers taushetsplikt og opplysningsplikt. Den rettslige regulering av taushetsplikten finner vi hovedsakelig i helsepersonelloven¹ kapittel 5, § 21. Her hjemles også bestemmelsene om pasientens samtykke til å oppgi opplysninger i § 22 og legens opplysningsrett i § 23.

Opplysningsplikten til nødeter og barnevern hjemles i hpl. kapittel 6, henholdsvis § 31 og § 33. Ulike ivaretagende og motstridende hensyn innebærer viktigheten av en bevisst og stødig praksis for å fremme regelsettenes formål.

Taushetsplikten i hpl. § 21 er et grunnleggende og viktig element av personvernet, til beskyttelse av den personlige integritet og ens rett til beskyttet sfære rundt eget privatliv. Respekten for enkeltindividets personlige integritet, og interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, er et bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsen.² Når loven setter til side legers taushetsplikt, skyldes det at andre hensyn i disse tilfellene må veie vesentlig tyngre enn de hensyn som begrunner taushetsplikten.³

Ot.prp.nr.13 (1998-1999)⁴ redegjør for formålet med opplysningsplikten hpl. § 31. Bestemmelsen skal brukes der det er fare for noens sikkerhet, eller fare for økt skadeomfang dersom man ikke gir disse opplysningene videre. Den gjør innskrenkninger i taushetsplikten for å ivareta mer tungtveiende interesser enn det taushetsplikten er ment å ivareta. Det vil være å verne om liv, helse, eller det å hindre store materielle skader. Formålet med opplysningsplikten i hpl. § 33 er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet.⁵

Den svært tragiske «Christoffer-saken»⁶ hvor en 8-årig gammel gutt ble mishandlet til døde, avdekket svikt i mange ledd i helse- og sosialvesenet. Saken har fått svært mye

¹ Heretter brukes forkortelsen hpl.

² Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13. (1998-99) pkt. 11.1

³ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13.(1998-99)pkt. 11.4.2

⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) pkt. 26 § 31

⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) pkt. 12.3.4

⁶ Gyldendal Rettsdata LA-2008-179127

medieomtale, hvor bl.a. leger og sykehus har fått knusende kritikk for ikke å ha handlet.⁷

Helsetilsynet uttalte i Tilsynsmelding i 2009 sin bekymring over at helsepersonell i Norge er restriktive i forhold til å anvende reglene om opplysningsplikt. De oppfordret helsetjenesten til å gjøre et løft for å bedre praksisen i forhold til meldeplikten.⁸ Dette resulterte i et brev til landets kommuner, fra Helse- og Omsorgsdepartementet, med oppfordring om å skjerpe praksisen rundt hpl. § 33.⁹

Professor Jens Grøgaard ved Ullevål Universitetssykehus, en av landets mest erfarne barneleger, hevdet at det legges inn 10-12 barn hvert år på Rikshospitalet eller Ullevål, pga. store hodeskader etter risting. Han hevder dette bare er toppen av isfjellet, og at helsepersonell generelt vegrer seg for å melde fra om mishandling, og at usikkerheten og terskelen for å melde slike skader er altfor høy. Årsaken mener han ligger i at legene vil være veldig sikre før man melder, og at mange føler at de griper inn i et privat anliggende.¹⁰

Det er urovekkende dersom leger ikke følger opp den lovpålagte opplysningsplikten. Utfallet av et slikt mislighold og restriktiv feilpraktisering av rettsreglene kan få store personlige konsekvenser. På en annen side kan også lemfeldig praktisering av taushetsplikten få uønskede samfunnsmessige holdninger i form av mistillit til helsevesenet.

Dersom det er slik at regelverket oppfattes som vanskelig å anvende, kan årsaken være at begge regelsettene ivaretar viktige men motstridende hensyn som er vanskelig å veie opp mot hverandre? Lovteksten legger også opp til vid skjønnsutøvelse. For å kunne praktisere og håndheve begge regelsettene i hpl. kap 5 og 6 kreves en god og rettslig innsikt i disse rettsreglene og deres utfordringer i form av rekkevidde. Lovforståelsen er viktig, for å fremme ensartet praksis og ivareta pasientenes sikkerhet og fremme kvalitet i helsetjenesten, som er nettopp det hpl. bestreber, jfr. hpl. § 1.

⁷ Aftenposten (2009)

⁸ Helsetilsynet (2009)

⁹ Regjeringen (2010)

¹⁰ Aftenposten (2009)

1.1.1 Problemstilling

Hovedregelen er at leger har taushetsplikt om pasientopplysninger, jfr. Hpl. § 21. Hva er rekkevidden av denne fundamentale taushetsplikten? Når kan taushetsplikten tilsidesettes etter pasientens samtykke i § 22 og når får legen en legitim opplysningsrett i henhold til § 23?

Lovbestemte innskrenkninger i form av opplysningsplikt hjemles lovens kapittel 6. Når er vilkårene tilstede for å tilsidesette taushetsplikten i § 31 og § 33, og når må taushetsplikten stå tilbake for disse bestemmelsene? Når kan innskrenkninger i legers taushetsplikt legitimeres etter regler opp opplysningsplikt?

Hpl. kapittel 5 og 6 begge ivaretar viktige men motstridende hensyn, og regelsettene vil utfordre hverandres rekkevidde. Anvendelsen av rettsreglene krever en avveining i den konkrete situasjon hvorvidt taushetsplikten rettmessig skal tilsidesettes, eller om opplysningsplikten må stå tilbake for den fundamentale taushetsplikten.

Regelverket byr på utfordringer rundt tolkningen av bestemmelsene, da naturlig språkfortolkning ikke gir en tilstrekkelig forståelse av lovens vilkår. For å avgjøre rekkevidden av bestemmelsene må ulike rettskildefaktorer benyttes for å fastsette innholdet og rammene i bestemmelsens ordlyd, og hva som ligger i skjønnsvurderingen. Altså en tolkning av taushetspliktens rekkevidde i hpl. § 21 opp mot reglene om opplysningsplikten § 31 og § 33.

1.1.2 Metode

Fremstillingen vil tolke rettsreglene de lege lata, og ved hjelp av relevante rettskilder drøfte og tydeliggjøre rekkevidden av taushetsplikten i § 21 opp mot opplysningsplikten i hpl. § 31 og § 33. Redegjørelsen vil konkretisere rammene for det lovskjønns som må utøves i avveiningssituasjoner, og trekke frem eksempler på konkrete saksforhold som kan subsumeres innunder rettsreglene.

Problemstillingen innebærer ingen regelkonflikt, da hovedregelen er hjemlet § 21 og unntakene i § 31 og § 33. Det er de ivaretagende hensynene og rettsreglenes formål som

er motstridende, og utfordringen ligger i det å tolke de relevante rettskildefaktorene og utøve subsumsjonsskjønn, som dermed setter rammene for regelanvendelsen.

For å fastslå taushetsplikstens rettmessige rekkevidde i § 21 og opplysningsplikstens legitime tilsidesettelse av taushetsplikten i § 31 og § 33, vil en fordypning av lovens formålsbetraktninger, vilkår og rettslig innhold bli drøftet i lys av relevante rettskilder og juridisk metode.

Hva er så rekkevidden og omfanget av denne grunnleggende plikten? Og når må den i så fall stå tilbake for en lovpålagt opplysningsplikt? Første del av oppgaven vil ta for seg en grundig tolkning av hovedregelen i § 21, for så å se på når taushetsplikten kan tilsidesettes etter pasientens samtykke i § 22 eller legitim opplysningsrett i § 23. Jeg vil så tolke vilkårene og opplysningsplikstens rammer i §§ 31 og 33, og avgjøre når taushetsplikten må stå tilbake for disse bestemmelsene.

Lovbestemmelsene er i praksis den viktigste rettskilden vi har i helse retten.

Den rettslige regulering av bestemmelser for leger og helsepersonell er i hovedsak forankret i helsepersonelloven og dens forskrifter, supplert med bestemmelser i spesiallovgivningen.¹¹ Den viktigste rettskilden i denne fremstillingen blir dermed helsepersonelloven. Leger vil også være regulert av andre lover, og et og samme forhold kan medføre reaksjoner etter ulike systemer og lovverk ut fra de forskjellige interesser og formål som ivaretas.¹² Det har vært nødvendig å se hen til øvrig lovverk for å redegjøre for rekkevidden av de motstridende rettsreglene. Barnevernloven, forvaltningsloven, straffeloven og pasientrettighetsloven har vært viktige rettskilder som reflekterer og utdyper innholdet i kap. 5 og 6. Bestemmelsens ordlyd gir ikke tilstrekkelig rettslig forståelse av innholdet, og øvrige rettskilder har bidratt til en ytterligere avklaring.

¹¹ Kjønstad (2005) s. 56

¹² Befring (2010) s. 30

I Norsk rettstradisjon har det vært vanlig og legge stor rettskildemessig vekt på lovforarbeider, og norske domstoler pleier å legge stor vekt på uttalelser i lovforarbeider også i helserettslige spørsmål.¹³

Taushetsplikten omtales allerede i de vediske skrifter fra ca. 800 år før Kristus, og i Hippokrates legeed fra ca 400 år f.kr.¹⁴ Taushetsplikten er således en fundamental rett i legestanden som er godt innarbeidet i legers praksis, viten, rettsmedisin og legelovens forarbeider.¹⁵ I fremstillingen vil forarbeidene være en meget viktig rettskilde og bli aktivt brukt i redegjørelsen for bestemmelsenes innhold og rekkevidde, og videre i drøftelsen av de motstridende formålsbetraktninger rettsreglene ivaretar. Mitt inntrykk er at taushetsplikten i lovforarbeidene er tillagt betydelig vekt med grunnleggende forankring og redegjørelse, mens mer utfordrende er redegjørelsen for opplysningsplikten.^{16 17} Forarbeidene til den forholdsvis nye helsepersonelloven av 1999¹⁸ vier imidlertid mer plass til opplysningsplikten. Jeg slutter ut fra dette at kommisjonen har sett behovet for nærmere redegjørelse av nettopp denne viktige pliktens rettslige innhold. Lovmotivene blir en viktig rettskildefaktor i tolkningen av bestemmelsenes innhold og rekkevidde.

Forvaltningspraksis fra Statens Helsetilsyn, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Statens Helsepersonellnemnd vil ha stor relevans i forhold til forståelse av loven¹⁹, og slike rundskriv kan tillegges rettskildemessig vekt, i det fall at rundskrivet er i samsvar med gjeldende rett.²⁰ Forarbeidene til helsepersonelloven²¹ viser til rundskriv som en supplerende rettskilde og blir desto mer relevant i denne fremstillingens rettslige sammenheng.

Barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettighetskonvensjon er ratifisert i norsk lov, og taushetsplikten innen helsesektoren kan forankres i fundamentale

¹³ Kjønstad (2005) s. 57

¹⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 (1979-1980) pkt. 9.1.1

¹⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 (1979-1980) pkt. 9.1.1

¹⁶ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 1(1979-1980) pkt.8.8.5 og 9.9

¹⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 3 (1976-77)

¹⁸ Gyldendal Rettsdata Ot.prp. nr 13(1998-99)

¹⁹ Befring (2010) s.34

²⁰ Kjønstad (2005) s.62

²¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 12.3.1

menneskerettigheter, hvorav konvensjonen vil ha stor innflytelse som rettskilde. Konvensjonene vil tillegges stor rettskildemessig vekt i oppgavens drøftelse av rekkevidde og tolkning av vilkår.

Rettspraksis er en tungtveiende rettskilde, og blir et viktig juridisk «verktøy» i denne drøftelsen. Der Høyesterett har tolket en lov på en bestemt måte vil nesten alltid denne tolkningen bli lagt til grunn ved en tilsvarende sak.²² Jeg vil vise til relevant rettspraksis og trekke ut hvilke forhold retten vektlegger i tvilssituasjoner vedrørende problemstillingen, og hva som fra rettens ståsted anses utfordrende og vanskelig i tolkningen. Når det kommer til opplysningsplikten begrenser det seg med rettspraksis, og øvrige rettskilder må benyttes.

Organenes praksis skal tillegges stor rettskildemessig betydning, men dog mindre vekt enn rettspraksis.²³ Rettspraksis er også innen helseretten en tungtveiende kilde, og flere aktuelle dommer er tatt inn i den videre fremstilling. Reelle hensyn kan spille en viktig rolle i tvilsomme helserettslige saker, hvor øvrige rettskilder ikke gir svar. Flere viktige hensyn vil bli redegjort for, og er også viktige i forståelsen av bestemmelsene.

Jeg vil ved bruk av ulike rettskilder drøfte de utfordringer regelverket byr på i avveielser av hvorvidt leger er rettslig bundet av taushetsplikten i hpl. § 21, eller lovpålagte unntak i §§ 31 og 33 gjør innskrenkninger i taushetsplikten.

1.1.3 Avgrensning og videre fremstilling

Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell, jfr. Hpl. §§ 2 og 3. Jeg har kun sett på legers lovpålagte taushets- og opplysningsplikt. Leger går inn under definisjonen “helsepersonell” § 3, og jeg vil i fremstillingen bruke “leger” der loven bruker “helsepersonell”. Årsaken til at jeg valgt å fokusere kun på denne profesjonsgruppen er at jeg anser leger for å inneha en særs viktig rolle hensett til ivaretagelsen av begge regelsett, og i utøvelsen av av hpl. formål som er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, jfr. Hpl. § 1. Det er ofte leger som mottar taushetsbelagt informasjon i henhold til § 21 direkte fra pasienten, og som opplysningsplikten først og fremst retter seg mot i hpl. § 33: “den som yter helsehjelp.”

²² Kjønstad (2005) s.60

²³ Kjønstad (2005) s. 61

Oppgaven er begrenset til legers personlige ansvar, og ikke selve virksomheten. Det er hovedsakelig legenes yrkesmessige taushetsplikt jeg vil redegjøre for, og avgrensner mot den øvrige lovgivning i forvaltningsloven og spesiallovgivningen.

Når det gjelder fremstillingen, vil jeg først se på helsepersonellovens kapittel 5, som tar for seg hovedregelen om taushetsplikt i § 21, samt bestemmelsen om samtykke i § 22 og opplysningsrett i § 23. At jeg velger å redegjøre forholdsvis grundig for disse bestemmelsene først, er at det er avgjørende å være disse bestemmelsenes rekkevidde bevisst, for å kunne praktisere og forstå de motstridende opplysningsplikter. Jeg avgrensner mot de øvrige bestemmelsene i kapitlet, da det ikke er mulig å gå i dybden på alle bestemmelsene i en 30 studiepoengs oppgave.

Etter en redegjørelse av legens vurderingsansvar og opp mot taushetsplikten, samtykkebestemmelsen og opplysningsretten i kapittel 5, vil jeg se på opplysningspliktene som pålegges legen i kapittel 6 i § 31 og 33. Også her avgrensner jeg mot de øvrige opplysningsplikter i kapitlet. Dette er kjernen i avhandlingen, idet disse bestemmelsene utfordrer rekkevidden av taushetsplikten, og også pålegger legen et stort ansvar når det gjelder skjønnsmessig vurderinger.

Legers brudd på taushetsplikten er straffbart, jfr. Straffelovens § 121, § 144 og Helsepersonellovens § 67 (1) og strl. § 139, jfr. § 29. Avhandlingens problemstilling innebærer en redegjørelse av legenes lovpålagte taushets- og opplysningsplikter, og det avgrensnes mot de eventuelle strafferettslige konsekvenser ved brudd på disse pliktene.

Jeg finner det hensiktsmessig å foreta øvrige avgrensninger fortløpende i oppgaven.

2 TAUSHETSPLIKTENS REKKEVIDDE- HELSEPERSONELLOVEN § 21

2.1 Rettsgrunnlag

Hovedregelen om legers taushetsplikt er hjemlet i hpl. § 21.²⁴ Taushetsplikten er inntatt som en generell bestemmelse for alt helsepersonell som yter helsehjelp, jfr. hpl. § 2 og § 3.

Legers taushetsplikt bygger på en langvarig og sikker tradisjon, og utgjør en av de etiske og rettslige grunnprinsipper for legestanden²⁵. Det fremkommer imidlertid av helsepersonellovens forarbeider i Ot.prp.nr.13. (1998-99)²⁶ at det ble gjort undersøkelser vedrørende praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene innen helsesektoren.²⁷ Resultatet var tydelig, i form av at mange oppfattet reglene som lite oversiktlige og vanskelige å praktisere. Årsaken begrunnes i forarbeidene med mulig ulik praktisering, enten for restriktiv eller for lemfeldig.

Ved gjennomføringen av Helsepersonelloven i 2001, ble det gjort ytterligere presiseringer i regelverket, for å fremme mer ensartet og korrekt praksis. Pasientenes posisjon ble betydelig styrket, og deres behov ble satt i fokus.²⁸ Helsepersonelloven skulle i henhold til forarbeidene ha sterkere fokus på pasienten og ved en lov forenkling legge grunnlag for et smidigere samspill mellom yrkesgruppene i helsevesenet.²⁹

For å fastslå taushetspliktens rettmessige rekkevidde i henhold til § 21, vil en fordypning av lovens formålsbetraktninger, vilkår og rettslig innhold bli drøftet i lys av relevante rettskilder og juridisk metode. Fremstillingen vil også forsøke å stadfeste rammene for hvilke lovbundet skjønn lovteksten legger opp til.

²⁴ Pasientens motsvarende rett er hjemlet i prl. § 3-6

²⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 (1979-1980) pkt. 9.1.1

²⁶ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13. (1998-99) pkt. 11.7.4

²⁷ Forarbeidene gir ingen videre informasjon om disse undersøkelsene.

²⁸ Befring (2010) s.38

²⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13. (1998-99) Del 1, pkt. 1

Legalitetsprinsippet innebærer i tradisjonell forstand at regler som gjør inngrep i den enkeltes rettssfære, f.eks. ved å pålegge borgerne bestemte plikter og dermed innskrenker den alminnelige handlefrihet, krever hjemmel i lov.³⁰

I NOU 1993:33³¹ gis en mer nyansert definisjon, idet det kan foreligge andre kompetansegrunnlag enn lov for å treffe bindende bestemmelser. Legalitetsprinsippet defineres som «det prinsipp som krever kompetanse dersom det skal kunne treffes rettslig bindende beslutninger. Kompetansegrunnlaget kan utgjøres av lov, eller bestemmelse gitt i medhold av lov; av organisasjons- og instruksjonsmyndighet, privat autonomi, grunnlovens kompetanseregler eller sedvanerettslig kompetanse.» Grunnlaget for å utøve myndighet er således sterkere fremhevet.

At myndighetene pålegger leger en plikt til å bevare taushet, krever således et kompetansegrunnlag, noe som blir ivaretatt ved hpl. § 21:

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»^{32 33}

Naturlig språklig forståelse av bestemmelsens ordlyd i § 21 tilsier at leger ikke bare passivt skal bevare taushet, men aktivt «hindre» at andre får tilgang eller kjennskap til personlige opplysninger. Bestemmelsen er således en plikt- og kompetanseregulering som gir *legene et påbud om å hindre og et forbud mot å opplyse pasientinformasjon.*³⁴ Legers taushetsplikt går derfor lenger enn passivt å bevare taushet, og krever også en aktiv plikt til å hindre at opplysninger lekker ut til uvedkommende³⁵. Videre må ordlyden forstås dithen at denne plikten kun gjelder de opplysninger som blir overbragt dem i legerollen, og som omhandler pasientens legems- sykdoms- eller andre personlige forhold.

³⁰ Knophs oversikt over Norges rett (2004) s. 54

³¹ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 punkt. 6.5.1

³² Helsepersonell vil heretter omtales som leger, jfr. hpl. §§2, 3, 48(1)n og 49.

³³ Fra pasientens side fremgår en motsvarende rett til pasientkonfidensialitet i prl. § 3-6

³⁴ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 punkt. 6.2

³⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Del 8 kap.5 til § 21

Alminnelig språklig forståelse gir ingen øvrig forklaring for når denne plikten inntreffer overfor legene, eller hvor mye som kreves i forhold til å hindre lekkasje. Spørsmålet er også hva som ligger i omfanget «legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold». For å kartlegge rammene for legenes taushetsplikt og derav rekkevidden av taushetsplikten, må jeg altså se hen til og tolke de øvrige rettskilder og utøve subsumsjonsskjønn.³⁶

I NOU 1993:33³⁷ redegjøres taushetspliktsbegrepet ytterligere. I henhold til lovens forarbeider innebærer bestemmelsen om taushetsplikt en plikt til å bevare taushet om bestemte forhold, og den retter seg mot den som har mottatt opplysningene om personlige forhold vedrørende pasienten. Plikten til å bevare taushet innebærer både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at andre får kjennskap til opplysningene.

En korrekt anvendelse av reglene om taushetsplikt forutsetter imidlertid innsikt i begrunnelsen for denne plikten, nemlig lovens formål. Jeg velger derfor å redegjøre for hensynene og formålet med bestemmelsen, før jeg ser hen til øvrige rettskilder. Formålsbetraktningene blir dermed også en viktig rettskilde i drøftelsen av taushetspliktens rekkevidde og subsumsjonsskjønn.

2.1.1 Taushetspliktens formålsbetraktninger

Taushetsplikten i § 21 ivaretar viktige hensyn og formål.

En utdypende redegjørelse for lovens formål finner vi i Ot.prp.nr13 (1998-99).³⁸ Der vektlegges respekten for pasientens integritet som en grunnleggende etisk norm ved all helsehjelp. Legers lovpålagte taushetsplikt skal ha de formål å fremme og sikre denne tillitten mellom helsetjenesten og befolkningen, og bidra til åpenhet i forholdet mellom legen og pasienten.

³⁶ Boe (2003) s. 71

³⁷ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 Pkt. 16.3

³⁸ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr13 (1998-99) pkt. 11.1

På den måten skal pasienter vernes mot spredning av opplysninger om personlige og helsemessige forhold, som igjen innebærer pålegget om en forholdsvis omfattende taushetsplikt. Taushetsplikten skal bidra til at pasienten gir tilstrekkelig med informasjon, i tillit til at opplysningene blir i fortrolighet hos legen. Et sterkt vern av taushetsplikten er derfor viktig i forhold til dette tillitsforholdet.

2.1.1.1 Offentlige hensyn

Ot.prp.nr.13 (1998-99)³⁹ trekker også frem viktigheten av vern om offentlige interesser. På et overordnet plan, ivaretas de offentlige hensyn ved at taushetsplikten sikrer tilliten til helse- og sosialsektoren. Samfunnet og felleskapet er tjent med at pasienter oppsøker helsevesenet ved behov. Dette blant annet for å motvirke sykdom, uførhet og arbeidsløshet.

Manglende tiltro til legestanden, vil kunne resultere i reduksjon i helsehjelpens kvalitet, som resultat av at pasienten holder tilbake viktige opplysninger, i frykt for informasjonsflyt. Dette kan igjen føre til uriktig behandling pga. utilstrekkelig pasientinformasjon⁴⁰ Hensynet til konfidensialitet er derfor svært viktig for at saken skal bli fullstendig opplyst, og riktig behandling igangsatt.⁴¹ Det er også en kjensgjerning at pasienten kan føle seg «liten» hos legen, pga. legens enerådende viten og faginsikt på området. Taushetsplikten fungerer som et maktkort for pasienten, og fører til en balanse i lege-pasient-forholdet.⁴²

I forarbeidene⁴³ til den tidligere Legeloven⁴⁴ ble det trukket frem tre hovedhensyn som begrunnelse for taushetspliktsreglene, nemlig hensynet til personlighetsvern, hensynet til tillitsforholdet mellom lege og pasient, og hensynet til behandlingstilbud og

³⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) pkt. 11.1

⁴⁰ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99)pkt. 11.1

⁴¹ Bente Ohnstad (2003) s. 33

⁴² Asbjørn Kjønsstad (2005) s.269

⁴³ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 1(1979-80) pkt. 9.1.6

⁴⁴ Gyldendal Rettsdata Legeloven av 1980 nr. 42

behandlingskvalitet. Disse hensynene vil ha videreført betydning i Helsepersonelloven, og taushetspliktens innhold er således lik for leger og øvrige helsepersonellgrupper.⁴⁵

Det at alt helsepersonell er omfattet av lovkravene, er noe som bidrar til et tilgjengelig og ensartet regelverk. Loven benytter rettslige standarder som innebærer at kravene til den enkelte profesjonsutøver varierer etter evner og kvalifikasjoner.

Forsvarlighetskravet står helt sentralt i loven, og det forutsettes at helsepersonell selvstendig innretter seg etter sin stilling, evne og kvalifikasjon, for å kunne opptre forsvarlig.⁴⁶

2.1.1.2 Private hensyn

Ot.prp.nr.13. (1998-99) presiserer at taushetsplikten er et grunnleggende og viktig element av personvernet, til beskyttelse av den personlige integritet og ens rett til beskyttet sfære rundt eget privatliv. Respekten for enkeltindividets personlige integritet, og interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, er et bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsen.⁴⁷

I dialog med legen utveksles ofte ømtålige temaer og svært personlig informasjon om ens kropp, helse og livssituasjon. Det er en forutsetning for pasientens fortrolighet med legen at viten om slik informasjon forblir hos legen, og at man selv har kontroll over hvem som får tilgang til den informasjonen.⁴⁸ Dette er også et grunntrekk ved vår rettsorden, at borgernes fysiske og psykiske integritet skal beskyttes.⁴⁹ I tråd med taushetspliktens ivaretagelse av personvernet, er også pasientens innsynsrett sikret ved lovfestet partsinnsyn, jfr. det grunnleggende kontradiktoriske prinsipp, i pasientrettighetsloven § 5-1.

En forutsetning for en god og uttømmende dialog mellom lege og pasient, er at pasienten har tillit til legen. I motsatt fall vil pasienten kunne holde avgjørende informasjon tilbake, som i verste fall kan resultere i at behandlingen blir feil eller

⁴⁵ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.3.1.4

⁴⁶ Befring (2010) s. 30

⁴⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13. (1998-99) pkt. 11.1

⁴⁸ Kjørstad (2005) s. 269

⁴⁹ Ohnstad (2003) s. 32

mangelfull, pga. utilstrekkelig eller feil informasjon fra pasienten. Pasienten må derfor kunne føle seg trygg på og ha tillit til at opplysningene forblir hos legen. Det er nettopp et formål at alle med behov for helsehjelp, skal oppsøke helsevesenet uavhengig av atferd eller livssituasjon.⁵⁰

Tenkelig situasjon i denne sammenheng ville være at foreldre med barn med nødvendig behov for helsehjelp, lar være å oppsøke lege, i frykt for at den forårsakede mishandlingen skal avdekkes og meldes til tilsynsmyndigheter. Dette ville være en uheldig konsekvens, ikke bare for barnet, men samfunnet for øvrig, som er tjent med at alle pasienter oppsøker helsevesenet.

Hensynet til tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell taler for at også selve pasient-lege forholdet bør behandles konfidensielt, i den grad slutninger kan trekkes om sykdom og helse.⁵¹

I saker hvor pasienten åpner seg for legen i fortrolighet, er det viktig at slik informasjonen er taushetsbelagt, slik at ikke denne informasjonen blir brukt til å underbygge tvangssaker. I motsatt fall, vil pasienten kunne føle tillitssvikt.⁵²

Taushetsplikten har svært viktige og ivaretakende formål, og en naturlig tolkning av formålsbetraktningene tilsier at taushetspliktens rekkevidde i § 21 bør favne svært vidt. Terskelen før å tilsidesette denne taushetsplikten bør med andre ord ligge svært høyt.

2.1.1.3 Hensyn som taler mot taushetsplikten

Der er imidlertid også slik at noen hensyn taler mot taushetsplikten. I forarbeidene Ot.prp.nr. 13 (1998-99) poengteres at taushetsplikten kan hindre flyt av informasjon mellom etater, andre profesjonsutøvere og personer, og hindre hensiktsmessige

⁵⁰ Kjønstad (2005) s. 269

⁵¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99)pkt. 11.4.1

⁵² Kjønstad (2005) s. 269

samarbeidsordninger.⁵³ Taushetsplikten setter på denne måten begrensninger for legens yringsfrihet, og begrenser mulighetene for kommunikasjon.

Det kan være at legen har et ønske om å hjelpe pasienten, ved å innhente øvrig ekspertise, men at det ikke foreligger noen opplysningsrett eller –plikt til dette, og pasienten ønsker heller ikke å samtykke.

Taushetsplikten hindrer innsyn i offentlige dokumenter, slik at det vanskeliggjør kontrollen med forvaltningen.⁵⁴ Loven åpner imidlertid for at visse tilsynsmyndigheter skal få innsyn i taushetsbelagt materiale, der de anmoder om dette med hjemmel i lov.

Videre trekker forarbeidene⁵⁵ frem at taushetsplikten også kan oppleves hindrende for samarbeid, og setter begrensninger for smidige og effektive løsninger og arbeidsbesparelse. Mange har også interesse i å innhente taushetsbelagt informasjon til andre formål enn helsehjelpsformål, f.eks. faggrupper, etater og politi.

Taushetsplikten kan også bli brukt som en unnskyldning for å beskytte seg selv eller andre fra ansvar ved feil begått i tjenesten, eller ved andre kritikkverdige forhold.⁵⁶

Misbruk av taushetsplikten, kan i henhold til Ot.prp.nr.13 (1998-99)⁵⁷ være til skade for den taushetsplikten i utgangspunktet var ment å beskytte. Eksempelvis kan her trekkes frem “dekkoperasjoner” ved å “gjemme seg” bak taushetsplikten i forhold til barnemishandling og opplysningsplikten i § 33, der legen eksempelvis føler seg usikker, og ikke ønsker å starte en slik sak med tanke på konsekvenser og utfall.

2.1.2 EMK art. 8⁵⁸

Den europeiske menneskerettskonvensjon⁵⁹ er inkorporert i norsk rett, jfr. mrl.§ 2 nr.1, og har forrang ved eventuell motstrid med nasjonal lov, jfr. mrl.§ 3.

⁵³ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 13 (1998-99) pkt. 11.1

⁵⁴ Ohnstad (2003) s. 35

⁵⁵ Gyldendal Rettsdata.pr.nr.13 (1998-99) pkt. 11.7.2

⁵⁶ Ohnstad (2003) s.35

⁵⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) pkt. 11.1

⁵⁸ Gyldendal Rettsdata Mrl. Vedlegg 1EMK art.8

⁵⁹ Heretter; EMK

1. «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.»
2. «Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.»

Hva slags rettslig betydning har denne konvensjonen ovenfor tolkningen og presiseringen av taushetspliktens rekkevidde i § 21?

De internasjonale menneskerettighetene og konvensjonene er en rettskildefaktor av «betydelig vekt». Det internasjonale menneskerettighetsvernet setter sitt tydelige preg på domstolenes måte å resonnerer på.⁶⁰ Vi vet også at når Høyesterett først har tolket en lov på en bestemt måte, vil denne tolkningen nesten alltid bli lagt til grunn ved en senere tilsvarende sak.⁶¹

EMK art. 8 beskytter pasientens rett til taushetsplikt i hpl. § 21, jfr. «korrespondanse», og samlet sett gir den et vern om privat sfære. Denne beskyttelsen er imidlertid ikke absolutt, og offentlige myndigheter kan gripe inn i retten etter EMK artikkel 8 nr. 1 dersom det er fastsatt i lov og er nødvendig i et demokratisk samfunn for å ivareta et eller flere legitime formål, jfr. EMK art. 8 nr. 2. Unntak fra taushetsplikten må derfor være i overensstemmelse med EMK art. nr.2, altså være legitimert i lov.

Høyesterett avsa i HR-2008-00202-A en kjennelse vedrørende om påtalemyndigheten hadde adgang til å overlevere beslaglagte dokumenter til ligningsmyndighetene som ledd i etterforskning av sak om skatteunndragelse. Rettsavgjørelsen er relevant hensett til hvordan Høyesterett her drøfter advokaters taushetsplikt overfor klienter, og trekker inn EMD's praksis. Saken gjaldt om deler av korrespondansen var unntatt fra beslag i henhold til strprl. § 204(1). Dommen har stor relevans overfor tolkningen av § 21, idet taushetsplikten i prosesslovene blir knyttet til stilling og ivaretas ved et inntatt forbud

⁶⁰ Boe (2003) s.275

⁶¹ Kjønstad (2005) s. 60

for retten mot å motta forklaringen fra en uttømmende liste ulike yrkesgrupper, derav leger og advokater, som begge er profesjonsgrupper som yter et sterkt taushetsvern, jfr. strpl. §§ 204 (1), og 119.

« Saken må avgjøres på grunnlag av regler om taushetsplikt. Inngrep kan bare skje i for de formål som nevnt i EMK art. 8 nr. 2, og på de vilkår som angitt i bestemmelsen. De vilkår bestemmelsen oppstiller er at det må finnes rettslig hjemmel for inngrep, at denne må være tilstrekkelig presis og tilgjengelig, og at inngrepet ut fra en avveining av de interesser som står mot hverandre, finnes så godt begrunnet at det må aksepteres som nødvendig i et demokratisk rettssamfunn.»⁶²

Videre presiserer høyesterettsdommen at det må være forholdsmessighet mellom tyngden av inngrepet og dets formål. Konvensjonen gir taushetsplikten i § 21 et sterkt vern, som Høyesterett viderefører i sin praksis.

2.1.3 «Aktivitetsplikten»

Helsepersonellovens § 21 pålegger leger aktivt å “hindre” at “andre” får tilgang til taushetsbelagte opplysninger. I det ligger det ut fra en naturlig språklig forståelse at legen ikke bare skal tie om de opplysningene har fått, men også gjøre en innsats i forhold til aktivt å hindre at disse opplysningene kommer på avveie.⁶³

Loven sier således ikke noe mer om hva som ligger i denne aktivitetsplikten, og hvor mye det forventes at legen skal gjøre, for å hindre at opplysningene kommer andre i hende. Loven gir ei heller noen ytterligere forklaring på hva som menes med “andre”.

Forarbeidene gir oss en nærmere presisering av hva som skal til for å oppfylle krav om “å hindre” lekkasje av taushetsbelagte opplysninger.

I henhold til Ot.prp. nr. 13 (1998-99)⁶⁴, innebærer det “å hindre” en plikt til diskresjon, som igjen stiller krav til oppbevaring og formidling av informasjon, herunder pasientjournalen.

⁶² Gyldendal Rettsdata HR-2008-00202-A. Avsnitt 139-141

⁶³ Rognum (2010) s. 67

⁶⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp. nr. 13 (1998-99) pkt.11.4.1

Med “andre” menes uvedkommende. Samarbeidende helsepersonell og ledelse vil det for eksempel ofte være nødvendig å informere.⁶⁵ Dette er imidlertid bare dersom det foreligger rettslig grunnlag for å utveksle slik informasjon, i henhold til lovens § 25. I utgangspunktet er også alt helsepersonell omfattet av taushetsplikten.

I NOU 1993:33⁶⁶ redegjøres kort for taushetsbegrepet, og det henvises kun til journalforskriften, hvor aktivitetsplikten er nærmere manifestert.

Forskriftens § 4 c)⁶⁷ krever organisert system slik at det er mulig å etterleve krav i lov om meldeplikt og opplysningsplikt i Helsepersonelloven kapittel 6 og 7.

Leger plikter i henhold til helsepersonellovens § 39 å føre journal, hvor nødvendige relevante opplysninger om pasienten og behandlingen skal nedtegnes, og senere kunne danne grunnlag for en evt. opplysningsplikt, jfr. § 40.

“Aktivitetsplikten”, som pålegger legen aktivt å “hindre” lekkasje, i taushetsbestemmelsens § 21, kan for eksempel dreie seg om at legen må være bevisst og påse forsvarlig oppbevaring av pasientopplysninger i pasientjournalen. Dette er en ytterligere stadfestet i forskriftens § 14 (1) som setter krav til oppbevaring: « Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får adgang til dem.

Aktivitetsplikten har flere sider, og Helsedirektoratet har i sitt rundskriv av 2010⁶⁸ kommet med en nærmere og detaljert forklaring: “For det første innebærer plikten det å verne om taushetsplikten i den muntlige dialogen og informasjonen som utveksles mellom pasient og lege i konsultasjon og legevisitter. For det andre innebærer plikten det å verne mot innsyn i den lagrede informasjonen i journaler, notater, korrespondanse og liknende.” Bente Ohnstad fremholder også at det er viktig å ikke glemme

⁶⁵ Warberg (2011) s.157

⁶⁶ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 Pkt. 16.3

⁶⁷ Gyldendal Rettsdata FOR 2000-12-21 nr. 1385: Forskrift om pasientjournal § 4 c)

⁶⁸ Helsedirektoratet (2010) s. 13

opplysninger fra medarbeidere og egne observasjoner eller iakttagelser i forbindelse med konsultasjoner.⁶⁹

Helsedirektoratet presiserer i sitt rundskriv at også virksomheten kan ha et ansvar for å tilrettelegge for at taushetsplikten aktivitetsskrav blir ivaretatt, ved f.eks. via virksomhetens organisering, styringssystemer, interkontroll, etc. Allikevel er det til syvende og sist den enkelte som har et selvstendig og personlig ansvar for å overholde taushetsplikten.⁷⁰

I Henhold til Legeforeningens etiske regler, jfr. § 4⁷¹, kan plikten til taushet og diskresjon være mer omfattende enn den lovgitte taushetsplikt. Av dette må vi slutte at aktivitetsplikten i taushetsplikten henseende favner svært vidt, og legene skal til enhver tid aktivt motarbeide at pasientens opplysninger kommer på avveie ved alle nødvendige tiltak dette innebærer.

2.1.4 «Omfanget» av plikten

«Legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold»

Ut fra bestemmelsens ordlyd virker det altså som om plikten begrenser seg til personlig informasjon, og opplysninger knyttet til sykdom eller skade når man er hos legen. Noen ytterligere forklaring av omfanget gir ikke loven.

Ot.prp.nr.13 (1998-99)⁷² presiserer at det ikke bare er medisinske forhold ved pasienten det skal holdes tett om, men alle personlige forhold, være seg helseopplysninger eller annen personidentifiserbar informasjon knyttet til en person. Det skal ikke slik som ved forvaltningsmessig taushetsplikt, skilles mellom mer eller mindre ømtålige opplysninger. Bakgrunnen for dette er klar, hensett til lovens formål og hensynet til personvernet. Det vil overfor en pasient være umulig for legen å slutte hva som er mer eller mindre ømtålig opplysninger. Dette kan være svært individuelt og det er kun pasienten selv som kan bedømme dette.

⁶⁹ Bente Ohnstad (2003)s. 24

⁷⁰ Helsedirektoratet (2010) s.10

⁷¹ Legeforeningen (2002)

⁷² Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) pkt. 11.4.1

NOU 1993:33⁷³ viser så til legelovens forarbeider i Ot.prp.nr.1 1979-80⁷⁴, hvor det presiseres at legen bør ha plikt til å tie om mange ting som ikke går inn under legems – og sykdomsforhold, så som opplysninger som har nær tilknytning til slike forhold, eksempelvis pasientens livshistorie og iakttagelser gjort hjemme hos pasienten. Taushetsplikten bør også gjelde pasienters navn, bopel, alder og liknende. Det konstateres også her at legens *rett* til å tie favner enda videre.

Forarbeidene drøfter det forhold hvorvidt opplysninger rundt pasientforholdet er taushetsbelagt. Dette er svært relevant i praksis, det at man har hatt inne en pasient på legekantoret, eller at pårørende ringer for å forhøre seg om pasientens tilstand på sykehuset. Departementene har flere ganger vurdert dette momentet, og i Ot.prp.nr.1 1979-80⁷⁵ konkluderte de med at slike opplysninger omfattes av den profesjonsbestemte taushetsplikten, i den grad slutninger om sykdom og behandling kunne trekkes.

Komiteen i NOU 1993:33 slutter seg dels til denne konklusjonen, og legger til at det i siste omgang må bero på en interesseavveining, med vekt på pasientens uttrykte eller formodentlige vilje, samt type sykdom og institusjon, som må være avgjørende for hvorvidt legen er underlagt taushetsplikten om dette forholdet.

I helsedepartementets rundskriv 2010, nevnes kort denne problemstillingen og hvordan legene oppfordres til å forholde seg til den: “ det at en person oppholder seg på helseinstitusjon er ikke nødvendigvis et personlig forhold, men det kan være det, dersom en opplyser hvor, og dette indirekte røper sensitive opplysninger om ømtålige forhold om sykdom eller helsetilstand. Eksempelvis innleggelse på psykiatrisk klinikk eller abortklinikk. Opplysninger om oppholdssted bør heller ikke utleveres dersom det kan skade tilliten mellom helsetjenesten om pasienten.”⁷⁶

⁷³ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 Pkt. 16.5.1-2

⁷⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 1979-80S. 138-139

⁷⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 1979-80 s. 140

⁷⁶ Helsedirektoratet (2010) s.14

Man må altså slutte ut fra overnevnte rettskilder, at taushetsplikten favner meget vidt, og i legens skjønnsvurdering av om opplysningene er underlagt § 21, bør han trå meget varsomt, og sette pasientens personvern i første rekke.

2.1.5 Når "inntreffer" taushetsplikten?

Leger har taushetsplikt om forhold som de får vite om " i egenskap av å være helsepersonell." Noen nærmere definisjon gir ikke bestemmelsen.

Av ordlyden kan naturlig slutning trekkes dithen at legens taushetsplikt inntreffer i når opplysninger gis overfor legen når han er på jobb og utøver legeyrket.

Det å være lege, innebærer å være i en særstilling når det kommer til profesjon og kunnskap, i likhet med for eksempel jurister. Det kan føre med seg at legerollen følger en, selv om ikke legefrakken er på. Venner og familie vil benytte seg av legens kunnskap, også utenfor kontortid. Gjelder taushetsplikten også i slike tilfeller? Opptrer man da "i egenskap" av å være helsepersonell?"

Ot.prp.nr.13 (1998-99)⁷⁷ presiserer komiteen at taushetsplikten gjelder i henhold til opplysninger som legen får i sin legevirksomhet. Det avgjørende er hvorvidt legen fremstår som behandler i den aktuelle situasjon, og det er dermed uten betydning om opplysningene mottas på legekantoret i uniform, eller på fritiden, men det må foreta en konkret vurdering av det enkelte tilfellet.

NOU 1993:33⁷⁸ omtaler taushetsplikt som en plikt til å bevare taushet om bestemte forhold, og den retter seg mot den lege som har mottatt opplysninger i en behandlingssituasjon om personlige forhold vedrørende pasienten.

Lovgivningen gir kun hjemmel for å pålegge taushetsplikt i profesjonell sammenheng, jfr. legalitetsprinsippet. Dersom man får opplysninger i egenskap av å være privatperson, vil man altså ikke være underlagt taushetsplikten, men denne yrkesmessige plikten trer inn i det legerollen er den avgjørende rollen for tilgangen til

⁷⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) Pkt. 11.4.1

⁷⁸ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt, 16.3

opplysningene.⁷⁹ Skjønnstemaet vil være om det har oppstått et klientforhold, og legens og pasientens subjektive oppfatning av partsforholdet, vil være vesentlig ved den vurderingen⁸⁰

Høyesterett har trukket taushetsplikts rekkevidde svært langt i en rekke saker. I RT. 1989 s.1363, slår Høyesterett fast at taushetsplikten favner vidt, ved å idømme brudd på taushetsplikten til en sosialarbeider som videreformidlet opplysninger hun fikk av en festdeltaker, sammenholdt med skjødesløs oppbevaring av taushetsbelagte dokumenter.

Selv om opplysningene ble meddelt sosialarbeideren uoppfordret på en privat fest, utenom ordinær arbeidstid, og uten at retten fant at det kunne ha oppstått et reelt klientforhold fant allikevel Høyesterett at opplysningene måtte anses som overgitt “ i hennes egenskap” av sosialarbeider. Dette begrunnet med at sosialarbeideren ba festdeltakeren om heller å oppsøke henne på sosialkontoret påfølgende dag.

Høyesteretts dom er et sterkt signal på hvor vidt taushetsplikts rekkevidde favner. Saken gjelder brudd på forvaltningslovens § 13, og dens tilsvarende vilkår. Relevans kan slutes til tolkning av helsepersonellovens § 21.

2.2 Yrkesmessig og forvaltningsmessig taushetsplikt

Legers taushetspliktsregler kan deles i tre hovedkategorier. Den alminnelige taushetsplikten etter forvaltningsloven, den profesjonsbaserte taushetsplikten etter helsepersonellovgivningen, og særlige taushetspliktsregler etter den spesielle tjenestelovgivningen.⁸¹

Ut fra oppgavens avgrensning, hensett til helsepersonellovens kap. 5 og 6, vil jeg bare kort redegjøre for forskjellen og relevansen mellom dem, for å få en oversikt og et helhetlig bilde. Et bevisst forhold til de øvrige lovbestemte taushetsplikter legen kan

⁷⁹ Ohnstad (2003) s.26-27.

⁸⁰ Ohnstad (2003) s.-30-31

⁸¹ Kjønsstad (2005) s. 271

være underlagt, er viktig da det vil ha relevans for taushetsplikts rekkevidde, og også klageadgang og hvilke opplysningsplikter som gjelder.

For å avgjøre taushetsplikts rekkevidde må legen være bevisst hvorvidt han i tillegg til den profesjonsbaserte taushetsplikten i § 21 kan være underlagt forvaltningsmessig taushetsplikt i fvl. § 13 flg. Følgene av dette kan igjen by på ytterligere utfordringer hensett til flere opplysningsplikter og skjønnsvurderinger som tillegges legen.

Alle som utøver forvaltningsmessig virksomhet innehar, etter Forvaltningsloven §§ 13 flg. taushetsplikt om opplysninger som de mottar i forbindelse med utøvelsen av virksomheten. Også leger innehar dermed forvaltningsmessig taushetsplikt, der de utøver forvaltningsmessig virksomhet, f.eks. administrasjonsstilling ved sykehuset. “Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med arbeidet eller tjenesten får vite om noens personlige forhold.”⁸²

En overlege vil for eksempel kunne være underlagt forvaltningsmessig og profesjonsbetinget taushetsplikt, idet hans arbeidsoppgaver kan innebære både pasientbehandling men også administrative oppgaver. I slike tilfeller kan lovverket by på utfordringer, i form av at det er legen selv som er pålagt å være seg bevisst hvilke lovverk han er underlagt, og den skjønnsutøvelsen det innebærer i forhold til lovverket.

2.2.1 Hvordan avgjøre om man har forvaltningsmessig eller yrkesmessig taushetsplikt?

Det kan by på utfordringer for en lege å avgjøre om han er underlagt yrkesmessig eller forvaltningsmessig taushetsplikt, i henhold til henholdsvis hpl. § 21 eller fvl. § 13. Hva som skiller de to bestemmelsene, må avgjøres ut fra en konkret regelanvendelse ved lovskjønn og fortolkning av bestemmelsenes ordlyd.

⁸² Gyldendal Rettsdata Forvaltningsloven § 13 (1)

Hpl. § 21 gjelder for “det de får vite i egenskap av helsepersonell.” Fortolkning av § 21 har vi redegjort for i pnkt. 2.1.3. Forvaltningsloven § 13 hjemler taushetsplikt for “enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan”. Det følger ut fra en naturlig språkforståelse at plikten inntreffer idet man får opplysninger om når man utøver forvaltningsvirksomhet.

NOU 1993:33⁸³ gir en veiledning i forhold til hva legen skal vektlegge ved sin skjønnsmessige vurdering av lovens vilkår. Ved avgjørelsen av om en lege er underlagt yrkesmessig eller forvaltningsmessig taushetsplikt, er det *engasjementets art* som er det avgjørende element. Det er dermed irrelevant om engasjementet er av privat eller offentlig art. Ved vurderingen av et tvilstilfelle, vil det avgjørende moment være om legen innehar en stilling som naturlig har sammenheng med yrkesutøvelsen.

I de tilfeller hvor legen i tillegg til behandlerfunksjon også har administrative oppgaver, er det den yrkesmessige taushetsplikten som skal ha gjennomslagskraft i.⁸⁴

2.2.1.1 Engasjementets art

Bevissthet i forhold til legens engasjement, er det avgjørende moment for å avgjøre taushetspliktens rekkevidde. Legen må ta stilling til hvilke opplysninger som er taushetsbelagt i henhold til hpl. § 21 og hvilke som eventuelt faller innunder fvl. § 13. Avveielser må gjøres ut fra en ren regelanvendelse og lovskjønn opp mot lovens vilkår, av hvorvidt opplysningene er oppgitt i forbindelse med hans forvaltningsmessige engasjement, eller om han har fått vite de i egenskap av å være helsepersonell.

Forarbeidene Ot.prp.nr. 13 (1998-99)⁸⁵ fremhever at i praksis vil den profesjonsbestemte taushetsplikt ofte bli lagt til grunn fordi den går lengre enn den forvaltningsmessige taushetsplikt. Igjen blir rekkeviddens høye terskel presisert.

Legers adgang til å gi domstolene taushetsbelagt informasjon, legitimeres av helsepersonellovens regler §§ 48-50, supplert med reglene i tvisteloven⁸⁶ §§ 22-5 og

⁸³ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.4.

⁸⁴ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.4.1

⁸⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 13 (1998-99) pkt. 11.2

straffeprosessloven⁸⁷ §§ 119 og 204. Forvaltningsorganet kan oppheve den forvaltningsmessige taushetsplikten, men ikke profesjonsbaserte, uten pasientens samtykke i hpl. § 22.

Forarbeidene i NOU 1993:33⁸⁸ fremhever et praktisk eksempel i forhold til hvor dette skille er avgjørende i praksis, nemlig i de tilfeller legen søker om dispensasjon fra taushetsplikten for å vitne i rettsak. Departementene har i slike tilfeller myndighet til å oppheve legers administrative og forvaltningsmessige taushetsplikt, men ikke deres yrkesmessige taushetsplikt. I slike situasjoner legges ansvaret på legen i det å vurdere hvilke opplysninger som er underlagt de ulike type plikter, og derav hvilke opplysninger som er underlagt den forvaltningsmessige plikten, og kan oppheves og for eksempel vitne om. Den yrkesmessige taushet, kan bare pasienten selv eventuelt oppheve, jfr.§22.

Høyesterett trakk i RT. 1986 s. 1411 et skille mellom den yrkesmessige og den tjenstemessige taushetsplikten i kontrollsituasjoner i en rettsavgjørelse. En fylkeslege ble pålagt å fremlegge brev fra en annen lege uten hinder av yrkesmessig taushetsplikt. Saken omhandlet en brevkorrespondanse mellom fylkeslegen og en annen lege vedrørende en tredje leges misbruk av legemidler. Høyesterett la i avgjørelsen ikke avgjørende vekt på fylkeslegens medisinske kompetanse og yrkesmessig taushetsplikt, men mente at fylkeslegen i denne situasjon var en kontrollør og forvalter, med den virkning at legen ble løst fra sin forvaltningsmessige taushetsplikt fvl. § 13, i henhold til daværende tvistemålslov § 204 nr. 2.

Saken er interessant i forhold til hvordan Høyesterett trekker grensen mellom den yrkesmessige og forvaltningsmessige taushetsplikt, og hvordan de her vektlegger at brevene ble sendt fylkeslegen i egenskap av å være kontrollør og forvalter for helsedirektorat og fylkesmann, og ikke under legevirksomhet.

Engasjementets art ble det avgjørende for bedømmelsen, og det avgjørende for rekkevidden av taushetsplikten.

⁸⁶ Gyldendal Rettsdata Tvisteloven av 2005 nr. 90 §22-5

⁸⁷ Gyldendal Rettsdata Straffeprosessloven av 1981 nr. 25 §§ 119 og 204

⁸⁸ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.4

2.3 Delkonklusjon:

Med utgangspunkt i relevante rettskilder har jeg tolket innholdet i hpl. § 21, og forsøkt å sette rammene for rettsregelens vilkår og lovtekstens sanne innhold. Dette setter grunnlaget for den videre drøftelse av taushetspliktens rekkevidde. Først vil jeg se på når taushetsplikten kan settes til side av pasienten selv i § 22, for så å se på lovbestemte unntak ved opplysningsrett i § 23. nr.4 og legitime opplysningsplikter i §§ 31 og 33. Hva er taushetspliktens rekkevidde, og når kan opplysningspliktene rettmessig legitimere inngrep i legenes taushetsplikt?

3 INNSKREKNINGER I LEGERS TAUSHETSPLIKT VED SAMTYKKE OG OPPLYSNINGSRETT HPL. KAP. 5

3.1 Samtykkebestemmelsens: Hpl. § 22

Det mest praktiske og viktige unntak fra taushetsplikten i hpl. § 21 er samtykke fra pasienten selv. Samtykkebestemmelsen hjemles i hpl. § 22 (1):

«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....»

En naturlig språkforståelse tilsier at taushetsplikten kan tilsidesettes og legen kan oppgi taushetsbelagte opplysninger til andre, dersom han innhenter pasientens samtykke.

Pasienten selv kan således rettmessig sette taushetsplikten til side.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med begrunnelsen for taushetsplikten, som bl.a. er hensynet til personens vern om egen integritet.⁸⁹ Ved å innhente pasientens samtykke fremfor eller før man benytter opplysningsplikten, imøtekommer man tillitsforholdet på en bedre måte.

NOU 1993:33 presiserer at taushetsplikten ikke er et absolutt og ufravikelig prinsipp. Andre mer tungtveiende hensyn kan komme i betraktning når taushetspliktens innhold og rekkevidde skal fastlegges.⁹⁰

Taushetsplikten kan by på utfordringer i forhold til legers mulighet til å yte forsvarlig helsehjelp, og til å verne om andre sentrale rettsgoder. Loven hjemler derfor begrensninger i taushetsplikten, og taushetsplikten må i ulike tilfeller vike for mer tungtveiende hensyn.⁹¹

⁸⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13(1998-1999) Del 8. Til § 22

⁹⁰ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.6.1

⁹¹ Helsedirektoratet (2010) s.10

Taushetsplikten kan innskrenkes både ved lov og ved samtykke fra pasienten selv. Legen kan fritas for taushet i form av en uforpliktet opplysningsrett eller ved en forpliktet opplysnings- eller meldeplikt. Opplysningsretten kan følge av pasientens samtykke, mens opplysningsplikten forutsetter særskilt lovhjemmel. Når loven setter til side legers taushetsplikt, skyldes det at andre hensyn i disse tilfellene må veie vesentlig tyngre enn de hensyn som begrunner taushetsplikten.⁹²

Jeg vil følgelig se på hvilke vurderinger legen må ta i regelanvendelsen og lovskjønnet av hvorvidt taushetsplikten er berettiget tilsidesatt ved pasientens samtykke.

Det er i det følgende bestemmelsens første ledd som blir redegjort grundig, da ordlyden i lovens annet og tredje ledd ikke byr på spesielle tolkningsproblemer.

3.1.1 Hvem kan gi samtykke?

Hpl.§ 22 åpner for at taushetsplikten kan tilsidesettes og opplysninger kan gis overfor den “opplysningene direkte gjelder” og for “andre” i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

Hvem som anses å være direkte berørt, og hvem som også dermed får adgang til opplysningene sier loven ikke noe om.

NOU 1993:33⁹³ sier noe om samtykke som vilkår for opphevelse av taushetsplikten, og spesifiserer at det er *pasienten eller pasientens representant* som kan samtykke i at *bestemte opplysninger gis bestemte personer*, og adgangen til å gi opplysninger begrenses av dette. Legen kan dermed fritas taushetsplikten og får en *rett* til å bringe opplysninger videre.

Som det også bemerkes i forarbeidene Ot.prp.nr.13.(1998-99)⁹⁴, er taushetsplikten begrunnet i hensynet til pasienten og pasientbehandlingen, og det sier seg derfor selv at taushetsplikt ikke kan påberopes overfor pasienten selv. Bestemmelsen sikter altså til at

⁹² Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13.(1998-99)pkt. 11.4.2

⁹³ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33Pkt. 16.6.4

⁹⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13.(1998-99)pkt. 16.6.3

pasienten får råderett over personlige opplysninger, og kan samtykke til at denne informasjonen oppgis til andre utvalgte personer.

Hpl. § 22 (1) må sees i lys av den råderett pasienten har over egen informasjon, og bestemmelsene om samtykke i pasientrettighetslovens kapittel 4:

Pasientrettighetsloven⁹⁵ § 4-1 hjemler pasientens samtykkerett som en hovedregel for å kunne motta helsehjelp. Bestemmelsen bekrefter og lovfester pasientens rett til nødvendig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og stadfester samtykke som et alminnelig rettsgrunnlag, og en forutsetning for å motta helsehjelp.

I ot.prp.nr.13 (1998-1999)⁹⁶ presiseres at hvorvidt pasienten selv kan samtykke beror på en skjønnsmessig vurdering av legen av pasientens modenhet og psykiske og somatiske tilstand. Avgjørende blir hvorvidt legen anser pasienten for fysisk og psykisk å kunne forstå og vurdere konsekvensene av samtykke.

Legen må altså ut fra de overnevnte momenter vurdere om pasientens tilstand tilsier at han forstår konsekvensene av et slikt samtykke. Dersom legen er i tvil om dette, skal altså taushetsplikten i henhold til § 21 fortsatt gjelde.

En relevant problemstilling er dersom pårørende krever informasjon, men pasienten ikke samtykker til dette. Ot.prp.nr.13.(1998-99)⁹⁷ redegjør for problemstillingen, og slutter seg til at hensynet til pasienten må gå foran hensyn til pårørende. Dersom pasienten derimot later til å være for syk til å kunne ivareta sitt ve og vel, må legen ut fra en nærmere vurdering, avgjøre om pårørende allikevel skal gis opplysninger.

Hensett til avhandlingens tema og problemstilling, kan samtykkeregelen være svært viktig. Eksempelvis kan nevnes dersom en kvinne har vært utsatt for mishandling. Legen vil i utgangspunktet ha taushetsplikt etter § 21. I noen tilfeller kan han påberope seg en opplysningsrett etter § 23 nr. 4, eller om han også innehar meldeplikt etter § 31. I det tilfelle at legen ikke ser at vilkårene til opplysningsrett eller -plikten er oppfylt, kan han forsøke å få kvinnens samtykke, for å avhjelpe situasjonen, f.eks til å tilby annen

⁹⁵Gyldendal Rettsdata Lov om pasientrettigheter av 1999 nr. 63

⁹⁶ Gyldendal Rettsdata ot.prp.nr.13 (1998-1999)⁹⁶ Pkt. 11.4.2.1

⁹⁷ Gyldendal Rettsdata ot.prp.nr.13 (1998-1999)⁹⁷ Pkt. 11.4.2.3

ekspertise, eller også til å melde ifra til politiet. Legen bør derfor alltid ha § 22 i tankene, der han ønsker å avhjelpe situasjonen, men ikke har annen lovhjæmmel.

3.1.2 Formelle krav til samtykke og krav til gyldighet

NOU 1993:33⁹⁸ bemerker at det er ingen formelle krav i forhold til å innhente samtykke, og det kreves ikke skriftlig samtykke. Samtykke kan gis ved faktisk eller stilltiende handling. Skriftlighet vil imidlertid sikre bevis, dersom det i ettertid skulle oppstå tvist om samtykke og har således en funksjon i det henseende. Et uttrykkelig og gyldig samtykke forutsettes imidlertid gitt under omstendigheter som sikrer at det er skjedd frivillig, under grundig overveielse og med oversikt over konsekvensene.

Med en slik samtykkekontroll utjevnes også maktforholdet mellom lege og pasient, og pasienten kan også selv føre en viss kontroll over sin medisinske situasjon og faglig medisinsk behandling.

I henhold til pasientrettighetslovens § 4-2 (2) kan departementet gi forskrifter om krav til skriftlig samtykke, eller andre formkrav, ved visse former helsehjelp. I særlovgivningen finner vi flere steder krav om skriftlighet, uavhengig av prl. § 4-2, da dette i praksis fører til en styrking av samtykkets kvalitet, eksempelvis transplantasjonsloven.⁹⁹

For nærmere redegjørelse av samtykkebestemmelsen i § 22 (1), må det sees hen til pasientrettighetslovens bestemmelser, som må presumeres å gjelde tilsvarende for helsepersonellovens bestemmelser om samtykke.

For at et samtykke skal være gyldig, kreves det at pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jfr. Pasientrettighetsloven § 3-2(1). Det innebærer at pasienten skal ha informasjon om sin helsetilstand, slik at pasienten får tilstrekkelig informasjon til å kunne medvirke til

⁹⁸ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 Pkt. 16.6.

⁹⁹ Gyldendal Rettsdata Lov om transplanasjon av 1973 nr. 6 § 1

riktig valg av helsehjelp og dermed tilfredsstillende krav til nødvendig informasjon i prl. § 4-1.¹⁰⁰

I henhold til pasientrettighetsloven § 5-1(1) har pasienten også rett til innsyn i egen journal, og til kortfattet og enkel forklaring av faguttrykk, noe som vil være med på å gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon og innsikt i egen helsetilstand, og nok til å oppfylle kravene helsepersonelloven § 22(1) og pasientrettighetsloven § 4-1(1). Det er altså en forutsetning at pasienten skal være fullstendig opplyst om saken, og evt. utfallet av at informasjon blir frigitt, slik at pasienten føler han har full kontroll over sine personlige opplysninger.

Det er også en forutsetning for gyldig samtykke at pasienten innehar samtykkekompetanse, i henhold til pasientrettighetslovens § 4-3. Samtykkekompetanse har i utgangspunktet myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år. For personer under 16 år er det foreldre eller de med foreldreansvar som har rett til å gi samtykke etter prl. § 4-4.¹⁰¹

3.1.3 Hva er samtykke og virkninger av å gi slik tillatelse?

Samtykke i henhold til pasientlovens § 4-1(1) innebærer tillatelse fra pasienten, som etter Helsepersonelloven § 22 (1) gir leger tillatelse fra pasienten til å frigi pasientens egen taushetsbelagte informasjon til andre enn legen selv.

Ved å gi samtykke, tillater man i henhold til NOU 1993:33¹⁰² at opplysninger gis i begrenset omfang, og gir følgelig legene en viss *opplysningsrett*. Taushetsplikten oppheves ikke generelt, men kun overfor det bestemte forhold. Samtykke kan også begrenses i tid, og begrense seg til de leger pasienten selv ønsker. Samtykke kan også trekkes tilbake når pasienten selv ønsker.

¹⁰⁰ Rognum (2011) s. 66-67

¹⁰¹ Rognum (2011) s. 67

¹⁰² Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 Pkt. 16.6.4

3.1.4 Hva hvis pasienten ikke er i stand til å samtykke?

Et praktisk dilemma som fort kan oppstå, kan være dersom pasienten er for syk til å samtykke. Et samtykke er en tillatelse fra pasienten, som ikke nødvendigvis trenger å være skriftlig. Indirekte eller underforstått samtykke vil i enkelte situasjoner være tilstrekkelig. Det er imidlertid et krav at det er åpenbart og utvilsomt at det er i pasientens interesse at opplysningene blir frigitt, og en slik vilje til å samtykke presumeres å ligge til grunn. En slik vurdering må gjøres ut fra opplysningenes art og vedkommende formodede vilje. I visse situasjoner kan det være tilstrekkelig med indirekte eller underforstått samtykke. Hvis det åpenbart og utvilsomt er i pasientenes interesse at opplysninger blir frigitt, kan samtykke i noen tilfeller presumeres. Vurderingen må foretas ut fra opplysningenes art og pasientens formodede vilje.¹⁰³

3.1.5 Unntak fra samtykkeregelen

Under noen omstendigheter skal pasienten av ulike årsaker også skjermes for informasjon, og da nektes innsyn i journalen, jfr. Prl. § 5-1 (2) I slike tilfeller er forsikringsselskaper avskåret fra å få innsikt i slik informasjon, selv om pasienten samtykker til å frigi journalen, jfr. Helsepersonelloven § 22 (1) 2.setn. Dette ble av hensyn til vern av pasienten, for å forsikre at ikke pasienten får informasjon av forsikringsselskapet om helsemessige forhold pasienten inntil da har vært ukjent med.¹⁰⁴

Helsepersonelloven § 7 (1) unntar samtykke ved de tilfeller som krever øyeblikkelig hjelp, og pasienten ikke er i stand til å samtykke i henhold til bestemmelsen.

Helsepersonell skal uansett “straks gi den helsehjelp de evner, når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.” Bestemmelsen må presumeres å også gjelde taushetsbelagte opplysninger, og dets krav til samtykke. Således vil legen etter hpl. § 7 (1) kunne oppgi nødvendige taushetsbelagte opplysninger for å yte nødvendig hjelp, så fremt det er “påtrengende nødvendig”. I vurderingen skal det legges vekt på om det er fare for liv eller alvorlig forverring av helsetilstanden, og mulighetene for å gi adekvat hjelp.¹⁰⁵ I slike tilstander vil nok også Helsepersonellovens § 25 kunne gi opplysningsrett, eller også evt. § 31; opplysninger til andre nødetater.

¹⁰³ Gyldendal Rettsdata Karnov Hpl. § 22(1) note (71)

¹⁰⁴ Gyldendal Rettsdata Karnov Hpl. § 21 pkt. 5.7.2

¹⁰⁵ Gyldendal Rettsdata Karnov Hpl. § 7 note (23)

Dersom pasienten er under 16 år, jfr. § 22 (2), gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4(2) tilsvarende for samtykke etter første ledd – samtykke gitt av eller med foreldre. I henhold til § 22 (3) kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd, dersom personen er over 16 år men mangler samtykkekompetanse i henhold til pasientrettighetsloven §3-3 (2).

Det kan også være personer som ikke innehar samtykkekompetanse, i henhold til Pasientrettighetsloven § 4-3(1), eller at samtykkekompetansen, og evnen til å treffe avgjørelser om helsehjelp, har bortfalt i henhold til § 4-3 (2). Slike samtykkeerklæringer kan være ugyldig.

Dette var vi sterkt vitne til Rt. 2006 s. 799 hvor en overlege på Rikshospitalet ble funnet skyldig i brudd på taushetsplikten, idet han formidlet taushetsbelagt pasientinformasjon til et TV-team uten pasientens stilltiende eller eksplisitte samtykke, i henhold til legenes daværende lov om samtykke, legeloven § 32.¹⁰⁶ Overlegen ble dømt til brudd på taushetsplikten, som igjen ga grunnlag for oppreisning overfor pasienten.

3.1.6 Delkonklusjon i forhold til § 22

Taushetsplikten må sies å ha en begrenset rekkevidde overfor pasienten selv. Taushetsplikten er fundamental og terskelen for å gjøre inngrep i bestemmelsen er tilsynelatende høy, hensett til dens ivaretakende formålsbetraktninger og bestemmelsens rammer. Taushetspliktens omfattende rekkevidde kan imidlertid innskrenkes ved pasientens eget samtykke. Således er taushetspliktens rekkevidde overfor pasienten selv ikke et hinder for tilsidesettelse. Dette er en naturlig konsekvens av at taushetsplikten er et korrespondansevern om tillitsforholdet mellom lege og pasienten selv. Overfor pasienten selv er terskelen lav for tilsidesettelse, og det samme der pasientens vilje ved samtykke tillater å frigi informasjon. Bestemmelsen vil dermed kunne lempe på taushetspliktens rekkevidde, der vilkårene for dette er oppfylt og forholdet kan subsumeres innenfor lovens vilkår.

¹⁰⁶ Gyldendal Rettsdata Lov om leger av 1980 nr.42

Legene kan i forbindelse med forholdet mellom taushetsplikten og samtykkebestemmelsen møte utfordringer i form manglende samtykkekompetanse fra pasienten¹⁰⁷, nødrettssituasjoner uten samtykkemulighet¹⁰⁸, og krav til gyldig samtykke som krever at pasienten får «nødvendig informasjon».¹⁰⁹

Det blir da nødvendig med en konkret vurdering opp mot vilkårene i hvert enkelt tilfelle, om forholdene kan subsumeres innenfor lovens vilkår i § 22, eller må stå tilbake for taushetsplikten i § 21.

3.2 Opplysningsretten: Hpl. § 23

Legers opplysningsrett er hjemlet i hpl. § 23 og taushetsplikten kan settes til side der opplysningsretten kan legitimeres etter lovens vilkår. Bestemmelsen lister opp 6 ulike unntak fra taushetsplikten som gir legen en *opplysningsrett*. Hensett til oppgavens tema og problemstilling, er det bestemmelsens punkt 4 jeg her anser som relevant og jeg avgrenser mot de øvrige punktene.

«Taushetsplikten etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.»¹

Ut fra ordlydens naturlige språkforståelse *kan* taushetsplikten tilsidesettes i alvorlige situasjoner, der legen mener det er riktig. Legen kan dermed få en *opplysningsrett*. Utfordringen her, er hva bestemmelsen legger i “tungtveiende private eller offentlige interesser, og videre hva som gjør det “rettmessig”? Hvilke forhold er ment å falle inn under bestemmelsens ordlyd, og når kan denne plikten legitimt gjøre inngrep i taushetsplikten?

Det rettslige utgangspunkt er at hensynene som taler for å sette til side taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet. Formålet med bestemmelsen er å avverge nødrettssituasjoner, hvor det å frigi informasjon kan

¹⁰⁷ Gyldendal Rettsdata Prl § 4-3(1)

¹⁰⁸ Gyldendal Rettsdata Hpl. § 7 (1)

¹⁰⁹ Gyldendal Rettsdata Prl. § 4-1 jfr. Prl. § 3-2

motvirke skader av et visst omfang. ¹¹⁰ I Ot.prp.nr.13 (1998-99)¹¹¹ presiseres det at det må alltid så langt det er mulig tas hensyn til pasienten, også når taushetsplikten fravikes, og at de lovbestemmelser som gjør innskrenkninger har ulik rekkevidde; det er sjelden nødvendig å gi alle opplysninger.

Ot.prp.nr.13 (1998-99)¹¹² presiserer at avgjørelsen av hvorvidt man innehar opplysningsrett og dermed velger å handle, beror på en «faglig, skjønnsmessig vurdering» av legen i den konkrete situasjon. Det grunnleggende ved denne bestemmelsen er at den opphever taushetsplikten, men medfører ingen plikt til å utgi informasjon. Legen får en imidlertid en reell rett til eventuelt å oppgi informasjon dersom han anser det nødvendig i henhold til bestemmelsen.

NOU 1993:33¹¹³ presiserer at legen selv kan avgjøre i dette tilfellet om han velger å utlevere opplysningene eller ikke. Taushetsplikten er således opphevet dersom kriteriene i bestemmelsen er oppfylt, men legen kan allikevel velge å bevare taushet.

3.2.1 “Tungtveiende private eller offentlige interesser”

Bestemmelsen er i henhold til Ot.prp.nr.13 (1998-1999)¹¹⁴ en videreføring av “rettsstridsreservasjonen i legelovens § 31, og er erstattet med “tungtveiende og offentlige interesser” i § 23 nr. 4. Det bemerkes at dette ikke medfører noen realitetsendring i forhold til gjeldende rett, men gir en klarere angivelse av den interesseavveining som skal foretas. Hensynene som taler for å bryte taushetsplikten, skal her som ellers, veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, med andre ord; nødrettsbetraktninger.

¹¹⁰ Befring (2010) s.222

¹¹¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) Pkt. 26 Merknad til bestemmelsene kap 5 § 23

¹¹² Gyldendal Rettsdata.prp.nr.13 (1998-99) pkt. 11.4.2

¹¹³ Gyldendal Rettsdata NOU 1993:33 pkt. 16.6.2

¹¹⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) Pkt. 26 Merknad til bestemmelsene kap 5 § 23

Ot.prp.nr.13 (1998-1999)¹¹⁵ utdyper hva opplysningsplikten i § 31 er ment å dekke, og gir innsikt i tolkningsspørsmålet for hva lovgiver mener legitimerer inngrep i taushetsplikten.

Utredningskomiteen presiserer at bestemmelsen skal brukes der det er fare for noens sikkerhet eller fare for økt skadeomfang dersom man ikke gir disse opplysningene videre. Den kan sette taushetsplikten til side der det er behov for informasjonsutveksling, for å ivareta mer tungtveiende interesser enn det taushetsplikten er ment å ivareta. «Det vil være å *verne om liv, helse, eller det å hindre store materielle skader.*»¹¹⁶

Lovteksten legger altså opp til en skjønnsmessig vurdering innenfor lovens rammer, i forhold til hvilke forhold som utløser opplysningsrett, og legitimerer innskrenkninger i taushetsplikten. Er det andre rettskildefaktorer som kan avhjelpe tolkningsspørsmålet og skjønnsutøvelsen?

Ot.prp.nr.13 (1998-1999)¹¹⁷ reiser et prinsipielt spørsmål om i hvilket omfang det skal gjøres inngrep i taushetsplikten til vern om andre formål enn helsehjelpsformål. Til det slås fast at «*det kreves mindre for å lempe på taushetsplikten, jo nærmere informasjonsbehovet kan knyttes til helsehjelpen.*» Altså vil reelle hensyn og formålsbetraktninger også kunne tillegges i avgjørelsen av om forholdet kan subsumeres med en opplysningsrett og legitimere inngrep i taushetsplikten. Generelt slås det også fast, at der det strengt tatt ikke er nødvendig å røpe personidentifiserbar informasjon, skal det heller ikke gjøres, eller evt. begrenses så langt som mulig.¹¹⁸ Dette er et gjennomgående prinsipp av hensyn til taushetsplikten.

¹¹⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 11.7.3.12

¹¹⁶ Gyldendal Rettsdata.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 11.7.3.12

¹¹⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 11.7.4

¹¹⁸ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 11.7.4

3.2.1.1 “Rettsstridighetsbegrepet”

Opplysningsplikten inntreer når overnevnte forhold «gjør det rettmessig».

Tolkningsspørsmålet blir når lovgiver mener de overnevnte forhold legitimerer inngrep i taushetsplikten.

Forarbeidene¹¹⁹ sier lite om innholdet av dette begrepet, hvilket byr på en tolkningsutfordring. Det fremgår at bestemmelsen her er en videreføring av den tidligere rettsstridsreservasjonen i legelovens § 31, og utredning i forbindelse med denne loven vil således være av interesse for forståelsen av innholdets betydning. Bestemmelsen kan også sees i lys av straffelovens bestemmelse om nødrett, strl.§ 47.

Forarbeidene til den tidligere legeloven Ot.prp.nr.1 (1979-80)¹²⁰, har redegjort for “rettsstridsreservasjonen” i daværende legelovs § 31. Hpl.§ 23. nr.4 er en videreføring av denne bestemmelsen og er relevant for forståelsen av “rettsstridighetsbegrepet.” Utvalget påpeker at “rettsstridsreservasjonen” innebærer at brudd på taushetsplikten ikke nødvendigvis er straffbart, selv om de subjektive og objektive vilkår er oppfylt. Grensen mellom det rettmessige og rettsstridige må bero på en interesseavveining.

Warberg (2010)¹²¹ gjør en interessant vurdering av “rettmessighetsbegrepet”, hvor han fremstiller to viktige forhold :

1. Det kan gjøres unntak fra taushetsplikten når de alminnelige straffrihetsgrunner foreligger, nemlig nødverge, nødrett og samtykke, som betyr at handlingen blir lovlig og berettiget.
2. Lovlig unntak kan også gjøres i en del vurderingspregede tilfeller, hvor man ser rettsstridsreservasjonen som en “nødventil” som åpnes når ingen andre unntaksregler hjemler adgang.

Taushetspliktens rekkevidde i forhold til hpl. § 23 ble drøftet i RT. 2008 s. 1491¹²². En pasient truet sin psykiater under konsultasjonen med at han skulle anskaffe våpen og ta livet av en politibetjent. Psykiateren var i utgangspunktet bundet av taushetsplikten i

¹¹⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 11.4.25

¹²⁰ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.1 (1979-80) Pkt. 9.6

¹²¹ Warberg (2011) s. 169

¹²² Gyldendal Rettsdata RT. 2008 s. 1491

henhold til § 21. Han hadde imidlertid både rett og plikt til å varsle politiet om denne trusselen, i henhold til § 23 pkt. 4, og § 31.

Høyesterett uttaler at de slutter seg til Lagmansrettens uttalelse om at tungtveiende hensynene og formålene i Ot.prp.nr. 13 (1998-99) taler for at det bør være en meget vid adgang for pasienter fritt til å kunne snakke med helsepersonell, især da psykiatere og psykologer, uten å risikere straffeansvar.

Høyesterett anfører i tillegg at det skal en del til, før utsagn som fremsatt under konsultasjon kan anses som en straffbar trussel, i det forskjellen er stor på å ha farlige tanker, og å sette tankene ut i live. Hensynet til fortrolighet mellom pasient og lege, må veiens opp mot de interesser straffebudet skal beskytte, og hensynet til å beskytte samfunnet mot personer som fremsetter alvorlige trusler, må anses å veie tungt. Lagmansrettens avgjørelse ble opprettholdt, og pasienten ble idømt straff i henhold til straffelovens § 227, pga. den fremsatte trusselen.¹²³

3.2.2 Delkonklusjon

Regelverket overlater her et stort tolkningsansvar til legene, i forhold til hva som utløser en opplysningsplikt, og når denne opplysningsretten inntreffer. Rettskildene har gitt en viss ramme for vilkårene og tolkningsspørsmålet.

Reelle hensyn må vektlegges i avveielser av hvorvidt det er rettmessig å opplyse eller ei i forhold til utfallet. Avveielser må knyttes opp mot utfallet og konsekvensen av det og ikke oppgi informasjon. Det må imidlertid utvises varsomhet her som ellers, i forhold til personvernet.

Helsedepartementets sier i sitt rundskriv¹²⁴ at det i praksis er lagt til grunn en streng norm, i forhold til når opplysningsretten kan benyttes, og den rettslige hovedregel er taushetsplikt.

¹²³ Dommen har også relevans for opplysningsplikten i § 31, jfr. Pkt. 4.1

¹²⁴ Helsedirektoratet(2006) s. 14

Taushetsretten i § 23 nr.4 kan gjøre visse innskrenkninger i taushetsplikten, men det skal således mye til før denne retten kan benyttes, og opplysninger kan gis. Den må avveies opp mot taushetsplikten i § 21, men utgjør ingen stor trussel i rekkeviddens forstand, også i det den kun hjemler en opplysningsrett.

4 NÅR MÅ TAUSHETSPLIKTEN I § 21 STÅ TILBAKE FOR OPPLYSNINGSPLIKTEN I HPL. § 31 OG § 33

Taushetsplikten kan som utredet ovenfor innskrenkes ved samtykke etter § 22 eller ved legitim opplysningsrett i § 23.

Taushetsplikten kan imidlertid ytterligere utfordres og oppheves av lovbestemmelser om opplysningsplikt. Disse bestemmelsene innebærer at leger i visse situasjoner plikter å gi opplysninger videre, uten å måtte stå tilbake for taushetsplikten, for eksempel til barnevern eller politi. Når loven setter til side legers taushetsplikt, skyldes det at andre hensyn i disse tilfellene må veie vesentlig tyngre enn de hensyn som begrunner taushetsplikten.¹²⁵

Hensynet til pasientens personvern og integritet, og behovet for tillit mellom lege og pasient, tilsier taushetsplikt. Undertiden vil det oppstå konflikter i forhold til den enkelte pasients interesse av konfidensialitet, og andre interesser, det være seg private eller offentlige. Av denne grunn er det gjort en rekke unntak i taushetsplikten, i form av opplysningsplikt. Meldeplikt er en betegnelse som blir brukt om angivelse av opplysninger på eget tiltak. Opplysningsplikt er et samlebegrep som omfatter både opplysninger av eget tiltak, og opplysninger som gis etter anmodning fra organer/personer. De innebærer begge en pliktmessig tilsidesettelse av taushetsplikten.¹²⁶

¹²⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13.(1998-99) pkt. 11.4.2

¹²⁶ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) pkt. 12.1

4.1 Legers opplysningsplikt til nødetater § 31

Legers opplysningsplikt til nødetater er hjemlet i hpl. § 31:

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

En naturlig språkforståelse av bestemmelsen tilsier at legen plikter å gi nødetater informasjon der han selv ut fra en skjønnsmessig vurdering anser det for nødvendig for å avverge alvorlig skade. Således skal taushetsplikten i § 21 settes til side der vilkårene er oppfylt i § 31.

Utfordringen i regelanvendelsen blir hva bestemmelsen legger i «alvorlig skade» og når plikten legitimeres som «nødvendig.» Når er skaden alvorlig nok og når er det nødvendig å oppgi slik informasjon? Hvor går grensen for hva som rettmessig kan gjøre inngrep i hpl. § 21?

Ot.prp.nr.13 (1998-1999) ¹²⁷ tydeliggjør bestemmelsens formål, i det bestemmelsen skal brukes der det er fare for noens sikkerhet eller fare for økt skadeomfang, dersom man ikke gir disse opplysningene videre. Den kan sette taushetsplikten til side der det er behov for informasjonsutveksling, for å ivareta mer tungtveiende interesser enn det taushetsplikten er ment å ivareta. Bestemmelsen er ment som en presisering av nødrettsbestemmelsen, men åpner også for samarbeid mellom nødetater. Handlingen, som ellers ville være å anse som lovbrudd, ut fra en konkret interesseavveining i henhold til § 31 legitimerer handlingen som berettiget.

Opplysninger skal også gis uavhengig av hva pasienten selv ønsker, da formålet med bestemmelsen er rettet mot skadeevne, og ikke hensynet til den enkelte pasient. ¹²⁸

Straffelovens nødrettsbestemmelse er hjemlet i lovens § 47 (1), hvor en ellers straffbar handling ved nødrett kan bli straffefri og lovlig.

¹²⁷ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99) Pkt. 26 § 31

¹²⁸ Befring (2010) s. 250

4.1.1 Omfanget av «alvorlig skade» i § 31

Hvor alvorlig må en skade være for å legitimere et nødvendig inngrep i taushetsplikten?

Ot.prp.nr.13 (1998-1999)¹²⁹ slår fast at bestemmelsen innebærer en presisering av nødrett. Innskrenkninger i taushetsplikten skal skje ved fare for personers sikkerhet, eller hvis det foreligger fare for økt skadeomfang, hvis slik informasjon ikke oppgis. Eksempelvis der legen rykker ut for å hjelpe en person som har blitt utsatt for vold, uten visshet om at gjerningspersonen fortsatt er tilstede.

Så kommer det som angir rammene for tolkningsspørsmålet, nemlig alvorlighetsgraden: «Et fellestrekk i disse situasjoner er at det vil være behov for informasjonsformidling, for å ivareta mer tungtveiende interesser enn taushetsplikten. Det vil være å verne om liv og helse, eller det å hindre store materielle skader.»¹³⁰ Videre presiseres det at der bestemmelsen åpner for informasjonsutveksling for å avverge alvorlige skader på mennesker, vil normalt ikke denne retten gå lenger enn hpl.§ 23 nr.4¹³¹ er ment å favne.

Legitime inngrep i taushetsplikten begrenser seg altså til å gjelde de situasjoner hvor det å oppgi opplysninger kan begrense store materielle skader eller verne om liv og helse. Terskelen for alvorlighetsgraden må sies å være høy, i det den begrenser seg til de mest alvorlige tilfellene. Men terskelen for å melde ifra ved de alvorligste tilfellene må sies å være lav da det inntreer en legitim opplysningsplikt når vilkårene er tilstede. I disse tilfellene må taushetsplikten i § 21 stå tilbake for mer tungtveiende interesser.

Som alltid skal det utøves varsomhet ved formidlingen av informasjon, og det skal ikke gis opplysninger utover det som er nødvendig for å oppnå formålet. Det vil være å avverge eller forebygge eventuell skade ved å innhente nødvendig bistand og for å oppnå et hensiktsmessig samarbeid på skadestedet.¹³²

¹²⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del 8. § 31

¹³⁰ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del 8. § 31

¹³¹ Se tolkning i pkt. 3.2

¹³² Befring (2010) s. 250

4.1.2 Når legitimerer § 31 varslingsplikt?

Opplysningsplikten inntreder dersom det er «nødvendig» å oppgi informasjon for å avverge alvorlig skade. Vurderingstemaet blir å tolke rammene for hva som menes med «nødvendig». Hva er rammene i denne plikten og når kommer rettsregelen til anvendelse? Når legitimerer en alvorlig skade et nødvendig inngrep i taushetsplikten?

Ordlyden tilsier at det forutsettes kunnskap om situasjonen. Det må være tilstrekkelig at man som lege gjør adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen, eller ved at man vurderer ut fra hva som erfaringsmessig er påregnelig utvikling av risiko ved et slikt tilfelle. Utenom akutsituasjoner kan det stilles større krav, da man har tid til å vurdere og få klarhet i den faktiske og rettslige situasjonen, før taushetsplikten rettmessig kan tilsidesettes.¹³³

Forarbeidene¹³⁴ presiserer at det ved tolkningen av nødvendighetskravet må tas høyde for at det ofte er lite tid til rådighet, og at denne tiden kan være avgjørende for muligheten til å begrense eller avverge en alvorlig skade. Det vil derfor være tilstrekkelig ut fra situasjonen at det er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen.

Befring¹³⁵ gir en nærmere forklaring på hva som ligger i denne vurderingen, og trekker frem at legen blir nødt til å ta en avveining i forhold til hvor stor faren er, om den er usikker, reell eller påregnelig. Hun trekker frem at det avgjørende momentet er om det er nødvendig med bistand for å unngå forringelse av det allerede oppståtte problem, eller for å avverge nye handlinger. Videre mener hun at det ikke kreves at skade har inntruffet, men kun at det er fare for økt og alvorlig skadeomfang dersom bistand ikke innhentes.

¹³³ Befring (2010) s. 253

¹³⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del 8. § 31

¹³⁵ Befring (2010) s. 252

I rundskriv IS-17-2006 trekkes også frem at det ofte i slike situasjoner vil være liten tid til rådighet, derfor vil det anses tilstrekkelig at det er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen, for eksempel ved at vurderingen baseres på hva som erfaringsmessig er påregnelig utvikling av risiko. I motsatt fall må det stilles større krav til vurderingen og visshet, før politiet varsles. Også her er det legens oppgave å vurdere hvilke opplysninger som er relevante for at politiet skal kunne ivareta sin oppgave overfor.¹³⁶

Helsetilsynet trekker frem i sitt rundskriv at aktuelle situasjoner hvor plikten kan inntre er eksempelvis i situasjoner hvor legen sitter på opplysninger som tilsier at et barn vil bli utsatt for mishandling etter at det skrives ut fra sykehuset. Legen plikter da å varsle politiet, for å avverge videre mishandling på barnet. Det stilles ikke noe krav om at skade har inntruffet, men opplysningsplikten inntre idet det er fare for økt og alvorlig skadeomfang hvis bistand fra politiet ikke innhentes.¹³⁷

Et annet relevant eksempel på meldeplikten til politiet i § 31, er dersom man behandler en ruset pasient hvor man får kjennskap til at vedkommende har barn i bilen, og har intensjon om å kjøre i påvirket tilstand.¹³⁸

Uansett situasjon, kreves en konkret vurdering, hvor legen foretar en adekvat avveining. Jo mer tid legen har, jo større krav til avveining må altså påregnes. Men, da er kanskje heller ikke alvorlighetsgraden like stor?

I perioden 2006-2010 ble det meldt 26 391 saker til politiet, kategorisert som «voldsforbrytelser», og herunder har særlig mishandling i familieforhold økt de siste årene. Dette er antakelig pga. samfunnets fokus på dette problemet, og bestemmelsen i straffelovens § 219 som trådte i kraft først 1. jan. 2006, som hjemler strafferammen for vold i nære relasjoner.¹³⁹

¹³⁶ Helsedirektoratet (2006)

¹³⁷ Helsetilsynet (2005)

¹³⁸ Helsedirektoratet (2006)

¹³⁹ Politiet (2010)

Ofte mishandles kvinnen i den grad at det er behov for legehjelp. I en rapport fra krisesentrene i 2009 kom det frem at ca. 24 % av kvinnene som søkte opphold på senteret ble sendt videre til legevakten pga. behov for legehjelp.¹⁴⁰ Således vil legene ha en særstilling i forhold til å avdekke mishandling på kvinner.

Dersom legen behandler en mishandlet kvinne, og mener det er fare for at kvinnen igjen skal utsettes for vold, kan han da varsle politiet?

Justisdepartementets lovavdeling redegjorde nærmere for legers opplysningsplikt ved kvinnemishandling og forholdet til «særlige grunner» i legelovens § 31 i brev av 02.10.1984.¹⁴¹ Der stadfestes først at det forhold at en kvinne er mishandlet, i utgangspunktet er underlagt taushetsplikt, med mindre kvinnen samtykker. Men, taushetsplikten må vike der legen har sikre holdepunkter for at kvinnen vil bli utsatt for grove beskadigelser eller drapsforsøk som legitimeres i § 139.

Dernest fremholdes at hensynet til tillitsforholdet mellom lege og pasient skal settes høyt, og kvinnen skal ikke frykte at legen anmelder gjerningsmannen. Rettslig sett kan imidlertid saken stille seg annerledes der det er fare for fortsatt mishandling. Det trekkes imidlertid frem at det kan være vanskelig for legen å avgjøre om mishandlingen var et engangstilfelle, eller om det er en del av systematisk voldsbruk. Det presiseres derfor at legen må være ytterst varsom med å varsle, og taushetsplikten skal bare tilsidesettes i spesielt alvorlige tilfeller.

Redegjørelsen gjaldt kvinnemishandling opp mot vilkåret «særlige grunner» i den tidligere legelovens § 31, som nå har videreført betydning og er erstattet med «tungtveiende private eller offentlige interesser» i hpl. § 23 nr.4.

¹⁴⁰ Oslo krisesenter (2009)

¹⁴¹ <http://abo.rettsdata.no/browse.aspx?grid=073432#>

Ot.prp.nr.13 (1998-1999) presiserer at der bestemmelsen åpner for informasjonsutveksling for å avverge alvorlige skader på mennesker, vil normalt ikke denne retten gå lenger enn hpl.§ 23 nr.4 er ment å favne.¹⁴² Uttalelsene vil derfor ha videreført betydning som et tolkningsmoment som må tas i betraktning når forholdet skal vurderes opp mot vilkårene i § 31, og avveies opp mot taushetspliktens rekkevidde i § 21.

4.1.3 Legers avvergelsesplikt ved straffbare forhold Strl. § 139 og forholdet til § 31

Etter strl. § 139 har enhver opplysningsplikt til politiet på bakgrunn av at en alvorlig straffbar handling er begått, og å forsøke å avverge at visse særskilt nevnte alvorlige forbrytelser blir begått eller gjentas.¹⁴³

I påvente av ikrafttreddelsen av den nye straffelovens § 196¹⁴⁴, så departementene sitt behov for å utvide og skjerpe avvergelsesplikten i nåværende straffelov. Bakgrunnen for dette var å lempe på de strenge kravene til at personen må være klar over at en straffbar handling vil bli begått ved “pålitelig kunnskap”, før avvergelsesplikten inntreffer.¹⁴⁵

Avvergelsesplikten i Strl. § 139 ble derfor skjerpet ved lovendring i juni 2010¹⁴⁶.

Lovendringen ble skjerpet slik at avvergelsesplikten nå inntreffer allerede hvor det fremstår som “mest sannsynlig” at handlingen vil bli begått, og det kreves ikke lenger “sikker kunnskap”. Det skal således mindre til før slik avvergelsesplikt oppstår.¹⁴⁷

Endringene knesetter handlingsnormen, jfr. første ledd første punktum, og avvergelsesplikten inntreffer allerede når noen holder det som sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle handlingen vil bli begått.¹⁴⁸

¹⁴² Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del 8. § 31

¹⁴³ Befring (2010) s. 254

¹⁴⁴ Gyldendal Rettsdata Straffeloven 2005 nr. 28

¹⁴⁵ Gyldendal Rettsdata Prop. 116 L (2009-2010) pkt. 10

¹⁴⁶ Gyldendal Rettsdata Strl. Lovendring 25. juni 2010 nr. 48

¹⁴⁷ Gyldendal Rettsdata Prop. 116 L(2009-2010) pkt. 12.3

¹⁴⁸ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 8 (2007-2008). Pkt. 12.2.5

Den viktigste og mest praktiske avvergingshandlingen, vil være å anmelde forholdet til politiet. Det kan imidlertid etter omstendigheten foreligge en plikt til å søke å avverge handlingen eller dens følger på annen måte.¹⁴⁹ Dersom legen får inn en mishandlet pasient, kan han for eksempel forsøke å sette vedkommende i kontakt med øvrig hjelpeapparat, f.eks. krisesenter eller psykolog, e.l.

Nåværende straffelovs § 139 stiller strengere krav enn hpl. § 31, men den nye straffelovs § 196 må sies å utjevne noe av denne skjevheten, ved dens utvidelse av straffeforhold og lemping av krav til inntredelse av plikt. Strl. § 139 gjelder imidlertid opplysningsplikt ved straffebare forhold, mens helsepersonellovens § 31 gjelder avvergelse av “alvorlig skade”.

Det at departementene ved den nye straffeloven skjerpet plikten ved å utvide bestemmelsen og lempe på kravene, og også i påvente av § 196 endret vilkårene i § 139, sier noe om behovet for bestemmelsen generelt sett, og gir et signal om at det skal mindre til før plikten inntre. Dette gjør det også enklere og mer forutsigbart å følge opp bestemmelsen.

4.1.4 Delkonklusjon

Opplysningsplikten til nødeter utfordrer taushetspliktens rekkevidde og omfang. Ulike rettskildefaktorer har blitt brukt for å redegjøre for bestemmelsens innhold og vilkårenes rekkevidde og rettslige rammer. Ved regelanvendelsen har jeg således forsøkt å avklare tolkningsspørsmålet om når § 31 legitimt kan gjøre inngrep i taushetsplikten § 21.

Legitime inngrep i taushetsplikten begrenser seg altså til å gjelde de situasjoner hvor det å oppgi opplysninger kan begrense store materielle skader eller verne om liv eller helse. Terskelen for alvorlighetsgraden må sies å være høy, da bestemmelsen begrenser seg til de mest alvorlige tilfellene. Men terskelen for å melde ifra ved de alvorligste tilfellene må sies å være lav i det det inntre en legitim opplysningsplikt når vilkårene er tilstede. I disse tilfellene må taushetsplikten i § 21 stå tilbake for mer tungtveiende interesser.

¹⁴⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 8 (2007-2008)Pkt. 12.2.5

4.2 Legers opplysningsplikt til barnevernstjenesten hpl. § 33

4.2.1 Om bestemmelsen i § 33

Legers opplysningsplikt overfor barnevernet er hjemlet i hpl. § 33. Bestemmelsens første ledd legitimerer en oppmerksomhetsplikt overfor barnevernet:

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

Barnevernets hovedoppgave er i henhold til barnevernloven § 1-1 å sikre at barn og unge som lever under klanderverdige forhold, være seg forhold som kan skade deres helse og utvikling, får den nødvendige hjelp og omsorg de har krav på til rett tid.¹⁵⁰

Det er imidlertid en forutsetning for at barnevernet skal kunne ivareta barnets interesser, at de som kjenner til barnets uholdbare situasjon melder i fra slike bekymringer. Leger har en særstilling med sin fagkompetanse og muligheter for å avdekke mishandling når de får inn barn med mistenkelige skader.

Legers meldeplikt til barnevernet er hjemlet i hpl. § 33. Barnevernets tilsvarende rett på opplysninger er hjemlet i bvl. § 6-4 (3). Bestemmelsen i § 33 er en videreføring av den tidligere legelovens § 34b, som kom inn i legeloven ved ikrafttredelse av bvl. i 1992. Tidligere var offentlige myndigheters meldeplikt hjemlet i barnelovens § 4 b (2).

Selv om redegjørelsen i utgangspunktet avgrenses mot barnevernlovens bestemmelser, idet den oppstiller barnevernets rettigheter og ikke legenes lovbestemte plikter, vil det være nødvendig å se hen til bestemmelsene i denne sammenheng, for å redegjøre for ordlyden i § 33.

4.2.2 Hpl. § 33 (1) "Oppmerksomhetsplikt"

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

¹⁵⁰ Gyldendal Rettsdata Barnevernloven av 17. juli 1992 nr. 100 §1-1. Heretter; bvl.

Naturlig språklig forståelse av lovens ordlyd er at leger og andre som yter helsehjelp, pålegges et oppmerksomhetsansvar i forhold til barn som kan ha blitt utsatt for mishandling. Omfanget av oppmerksomhetsansvaret, og hva som skal forstås som “forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet”, sier ikke bestemmelsen noe om.

Utfordringen i regelanvendelsen og fastsettelsen av regelens innhold, blir hva bestemmelsen legger i det at legen skal være «oppmerksom» på «forhold som *kan* føre til tiltak.» Når foreligger forhold som *kan* føre til tiltak?

Det vi vet er at § 33 (2) ledd legitimerer *opplysningsplikt* ved tiltaksberettigede forhold som nevnt i loven. Forarbeidene til barnevernloven¹⁵¹ gir ytterligere tolkningsstoff. Det presiseres at opplysningsplikten i annet ledd er ment å inntre dersom opplysninger kan medføre iverksetting av tiltak for barn etter §§ 4-10-4-12 og 4-24, dvs. «tiltak som *medisinsk undersøkelse og behandling av barn, behandling av barn med særlige behandlings og opplæringsbehov, ansvarsovertakelse, og tiltak for barn med atferdsvansker.*»

Ut fra legens faglige ståsted og med deres medisinske kompetanse, vil de være godt egnet til å vurdere hva som anses “*tiltaksberettiget fra barnevernets side,*” og avgjøre om dette vilkår for opplysningsplikt er oppfylt. Oppmerksomhetsplikten i § 33(1) må dermed være ment å favne mindre alvorlige forhold enn de overnevnte, som ikke legitimerer opplysningsplikt etter § 33(2), men som *kan* føre til tiltak. Befring presiserer at oppmerksomhetsplikten kan innebære at legen f.eks kjenner til forhold som kan tilsi at barnet får visse hjelpetiltak fra barnevernet.¹⁵²

Bestemmelsen i § 33 (1) opphever således ikke taushetsplikten og legen kan i utgangspunktet bare gi opplysninger som er opphevet ved samtykke etter § 22.¹⁵³

Bestemmelsen kan dermed også ha en mer preventiv og praktisk betydning hvor legen

¹⁵¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.44 (1991-1992) Del 2.Pkt. 6.4

¹⁵² Befring (2010) s.259-260

¹⁵³ Kjønstad (2005) s.291

med pasientens eller pårørendes samtykke¹⁵⁴ sammen kan be om barnevernets hjelp på et tidlig stadium.

Ot.prp.nr.13 (1998-199)¹⁵⁵ presiserer at *formålet* med bestemmelsen i § 33 er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet. Bestemmelsen må sees i sammenheng med barnevernlovens formål i bvl. § 1-1, som er «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.» Bestemmelsen ivaretar tungtveiende hensyn som taler for innskrenkninger i taushetsplikten rekkevidde, og som tilsidesetter taushetsplikten i § 21 der vilkårene er tilstede.

Befring gir supplerende formålsbetraktninger, og fremhever at formålet med bestemmelsen er å avdekke avvik, men også å tilrettelegge for at barn får nødvendig oppfølging og omsorg utover det rent medisinske. Videre fremhever hun at leger ofte besitter nødvendige faktiske opplysninger samt har de faglige kvalifikasjoner som skal til for å kunne vurdere om vilkårene er oppfylt, og dermed også hvilke opplysninger som rettmessig skal utleveres.¹⁵⁶

Leger plikter å være oppmerksomme på forhold som kan tilsi avvik i omsorgssituasjonen, og som tilsier at barnet kanskje trenger oppfølging av barnevernet. Leger plikter altså ved den minste bekymring eller mistanke, å være i «alarm-beredskap», og rette oppmerksomhet mot de aktuelle forhold.¹⁵⁷

Første ledd gjør således ingen innskrenkninger i taushetsplikten i § 31, men pålegger legen en legitim oppmerksomhetsplikt overfor barnet. Denne oppfølgingen kan således føre til opplysningsplikt i § 33(2), dersom vilkårene for dette foreligger.

4.2.3 Hpl. § 33 (2) "Opplysningsplikt"

“Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av *eget tiltak* gi opplysninger til barnevernstjenesten *når det er grunn til å tro* at et barn blir mishandlet i

¹⁵⁴ Se redegjørelsen for samtykkebestemmelsen i § 22

¹⁵⁵ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 12.3.4

¹⁵⁶ Befring (2010) s. 259

¹⁵⁷ Befring (2010) s. 260

hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jfr. Bvl. §§4-10, 4-11, 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige adferdsvansker, jfr. 4-24.”

Ut fra en naturlig språktilnærming av bestemmelsens ordlyd, gjøres innskrenkninger i taushetsplikten ved at legene ved mistanke på eget initiativ skal melde ifra til barnevernstjenesten ved forhold som hjemlet i bvl. §§ 4-10-4-12 og 4-24. I det tolker jeg at legene selv har ansvar for å etterkomme regelverket, der de mistenker mishandling eller alvorlig omsorgssvikt i barnets hjem. *Men når inntreer denne plikten, og hvor sikker må man være før man melder?*

4.2.3.1 Når inntreer meldeplikten?

Opplysningsplikten inntreer idet det er «*grunn til å tro*» at barnet er i en situasjon som kan oppfylle vilkårene for omsorgsovertakelse. I Ot.prp.nr.13(1998-1999) presiseres at vanligvis vil leger inneha nødvendige faktiske opplysninger og faglige kvalifikasjoner til å vurdere om vilkårene er oppfylt, og evt. hvilke opplysninger det er relevant å utlevere.¹⁵⁸

Således legger lovgiver opp til at legen her innehar en vid skjønnsmessig adgang til rettslig å vurdere om vilkårene er oppfylt. Rammene for når leger har «*grunn til å tro*» trekkes således til en viss grad av legestanden selv, da de er best egnet til å vite når et forhold er tiltaksberettiget etter vilkårene.

I forarbeidene NOU 1993:33 og Ot.prp.nr.13 (1998-1999)¹⁵⁹ vises det til øvrig utredning i helsedepartementets rundskriv IK-32/96, når det gjelder nærmere fortolkning av opplysningsplikten. En grundig redegjørelse finner vi også i Q-24/2005¹⁶⁰, og rundskrivene blir derfor en viktig rettskilde i denne sammenheng.

¹⁵⁸ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del 8.§33

¹⁵⁹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Pkt. 12.3.1

¹⁶⁰ Regjeringen (2005) kap.8

I rundskrivet IK-32/96 presiseres at opplysningsplikten er begrenset til de alvorlige tilfellene som nevnt, og at «grunn til å tro» innebærer at det stilles krav til en viss undersøkelse og vurdering av forholdet.¹⁶¹

I rundskriv Q-24/2005 understrekes det at *det kreves ingen sikker viten* om at barnet er i en så alvorlig situasjon som utredet ovenfor, men *legen må inneha noe mer enn en vag mistanke*, og *det må være holdepunkter* for at barnet blir utsatt for mishandling eller omsorgssvikt.¹⁶²

Legen må derfor vurdere det faktiske forholdet, om hvorvidt det er en reell fare eller risiko for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet. Det skal meldes dersom vilkårene er tilstede, men eventuelle videre undersøkelse er opp til barnevernet å følge opp.¹⁶³

Legene skal altså ikke ta stilling til om det er slik at barnet mishandles, eller redegjøre videre omfang. De skal melde i fra til barnevernet der de *tror* det kan foreligge tiltaksberettigede forhold etter lovens vilkår.

4.2.3.2 Kravet til alvorlighet

Opplysningsplikten inntreer når de tror barnet blir «mishandlet i hjemmet», utsatt for «alvorlig omsorgssvikt» eller har vist «vedvarende og alvorlige atferdsvansker» som vist til i barnevernloven §§ 4-10,4-12 og 4-24. Jeg finner redegjørelsen i forarbeidene til helsepersonelloven å være noe mangelfull, i forhold til ordlydens betydning i § 33(1). Jeg finner det ikke nødvendig å referere til alle vilkårene i bvl. men går til barnelovens forarbeider som gir en nærmere presisering av bestemmelsenes innhold, og dermed ytterligere tolkningsstoff.

¹⁶¹ Helsedirektoratet (1993)

¹⁶² Regjeringen (2005)

¹⁶³ Helsedirektoratet (2006) s.10

I Ot.prp.nr.44 (1991-1992) ¹⁶⁴ presiseres at opplysningsplikten er ment å inntre dersom opplysninger kan medføre iverksetting av tiltak for barn etter §§ 4-10-4-12 og 4-24, dvs. «tiltak som *medisinsk undersøkelse og behandling av barn, behandling av barn med særlige behandlings og opplæringsbehov, ansvarsovertakelse, og tiltak for barn med atferdsvansker.*»

Helsedirektoratets rundskriv fremholder at opplysningsplikten er begrenset til å gjelde de alvorlige tilfeller etter barnevernloven, og det at legen mener at barnet ikke lever under optimale forhold er ikke nok til å utløse opplysningsplikt. Opplysningsplikten utløses der barnet lever i en situasjon hvor det er fare for at det kan ta vesentlig skade, altså ved problemenes innvirkning på barnet. ¹⁶⁵

Befring (2010) fremhever i sin fremstilling at det er ikke nok at legen mener at barnet ikke lever under optimale forhold, men opplysningsplikten *inntreer i de mest alvorlige situasjoner* hvor det er fare for at barnet tar vesentlig skade. Kravet til alvorlighet må sees i sammenheng med rettssikkerhetsprinsippene for øvrig, og den grunnleggende tillitsrelasjonen mellom pasient og lege, som er en forutsetning for et velfungerende demokratisk helsesystem. ¹⁶⁶

Helsetilsynet sier videre at man kan si at opplysningsplikten utløses dersom barnet lever i en situasjon hvor det er fare for at barnet kan ta vesentlig skade. Det holder ikke å mene at barnet ikke lever under verdige forhold, fordi foreldrene eksempelvis har psykiske problemer, eller er alkoholikere. Det avgjørende er om problematikken går utover barnets livssituasjon, og innvirker på barnets ve og vel. Eksempel på forhold som med sikkerhet vil anses dekket av karakteristikken «mishandling og alvorlig omsorgssvikt» er seksuelle overgrep, eller annen fysisk vold av større omfang. ¹⁶⁷

¹⁶⁴ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.44 (1991-1992) Del 2.Pkt. 6.4

¹⁶⁵ Helsedirektoratet (2006) pkt. 3.1

¹⁶⁶ Befring (2010) s.260

¹⁶⁷ Helsedirektoratet (2006) S.10

Ved avgjørelsen av mindre dramatiske tilfeller, som f.eks. fysisk eller psykisk vold av mindre omfang, avhenger bedømmelsen av en totalvurdering. Eksempelvis vil voldens karakter, omfang, barnets alder og allmenne tilstand, og andre forhold, være avgjørende for hvorvidt tilfellet karakteriseres som «mishandling og alvorlig omsorgssvikt.»¹⁶⁸

I Q-24/2005 poengteres at det ikke kreves sikker viten om at situasjonen er så alvorlig som bestemmelsen gir uttrykk for. Så lenge det er grunn til å tro at det foreligger mishandling eller andre former for omsorgssvikt, har man ikke brutt taushetsplikten selv om barnevernet senere skulle avdekke at barnets situasjon var mindre alvorlig enn legen antok.¹⁶⁹ Igjen vil jeg her trekke frem legenes faginsikt og kompetanse på området. Legene vil fremfor noen være meget egnet til nettopp å avdekke slike forhold, for deretter å vurdere omfanget opp mot lovens krav.

Som Bente Ohnstad fremhever, må kravet til alvorlighet sees i sammenheng med formålet bak legers taushetsplikt, at pasienter skal kunne gi legen informasjon i fortrolighet, uten fare for at disse videreformidles.¹⁷⁰

4.2.3.3 Barnekonvensjonen art. 19

Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk lov¹⁷¹ og har forrang foran norsk lovgivning ved motstrid.¹⁷² Konvensjonen er dermed en internasjonal avtale om barns rettigheter som norske myndigheter dermed er forpliktet til å følge.¹⁷³

Bestemmelsen pålegger medlemsstatene i nr. 1¹⁷⁴:

«Å treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning...(...)»

¹⁶⁸ Helsedirektoratet (2006) S.10

¹⁶⁹ Helsedirektoratet (2005) pkt. 8.3

¹⁷⁰ Ohnstad (2005) s.156

¹⁷¹ Gyldendal Rettsdata Mrl. vedlegg 8 art.19

¹⁷² Gyldendal Rettsdata Mrl. § 2 nr.4 jfr. § 3.

¹⁷³ Barneombudet (2009)

¹⁷⁴ Gyldendal Rettsdata Mrl. vedlegg 8 art.19 (1)

Bestemmelsens nr. 2.¹⁷⁵ redegjør for hvilke tiltak som bør omfattes for å etterkomme bestemmelsen, derav «effektive prosedyrer, forebygging, påpeking, rapportering, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller av barnemishandling...(...)»

Myndighetene er forpliktet til å gjøre det de kan, og må kunne vise til at de har gjort det som er mulig for å kunne oppfylle bestemmelsen innenfor de ressurser de har til rådighet.¹⁷⁶ Således plikter departementene å følge opp bestemmelsen ved å utlede lovverk i tråd med bestemmelsen om å beskytte barnet.

Konvensjonens komite kom i 2007 med en generell kommentar bl.a. til konvensjonens art. 19.¹⁷⁷ Formålet med kommentaren var å veilede partene med hensyn til hvordan de skal forstå konvensjonens bestemmelser om beskyttelse av barn mot alle former for vold. Komiteen presiserer at de ønsker å sette fokus på den plikt samtlige parter har til å forby og avskaffe all fysisk avstraffelse og andre grusomme eller nedverdiggende former for avstraffelse av barn.¹⁷⁸ Komiteens kommentar vil ha stor rettskildemessig vekt, idet den gir uttrykk for lovgivers vilje, og gir rammene for forståelsen av art. 19.

Komiteen presiserer at det ikke ligger noen tvetydighet i artikkel 19: « Alle former for fysisk eller psykisk vold gir ikke rom for noen som helst grad av legalisert vold mot barn. Fysisk avstraffelse og andre grusomme og nedverdiggende former for straff er former for vold, og partene må treffe alle lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å avskaffe dem.»¹⁷⁹

Hvilken rettskildemessig betydning vil denne uttalelsen ha for tolkningen av § 31, og videre for rekkevidden av bestemmelsen mot taushetsplikten i § 21?

Komiteen slår her klart fast at det finnes ingen nedre terskel, og barn skal beskyttes mot alle former for vold. Uttalelsen vil ha stor rettskildemessig betydning for tolkningen av «voldsbegrepet» og rammene for innholdet i hpl. § 31, jfr. Bvl.§§ 4-10 til 4-12 og 4-24.

¹⁷⁵ Gyldendal Rettsdata Mrl. vedlegg 8 art.19 (2)

¹⁷⁶ Barneombudet (2009)

¹⁷⁷ Regjeringen (2007)

¹⁷⁸ Regjeringen (2007) s.3

¹⁷⁹ Regjeringen (2007) s.6 pkt. 18

Høyesterett har også fulgt dette eksempel, og tolket voldsbegrepet i Rt. 2005 s.1567. Saken gjaldt spørsmålet om en stefar som i oppdragelsesøyemed hadde slått to barn på baken med flat hånd, kunne straffes for overtredelse av straffeloven § 228 (1).

Høyesterett kom til at handlingene isolert sett falt inn under den objektive gjerningsbeskrivelsen i strl. 228. Ut fra en tolkning av «voldsbegrepet» i barneloven § 30 og barnekonvensjonens art. 19 kom Høyesterett til at handlingene ikke kunne anses rettmessig, selv om de var utøvd i oppdragelsesøyemed, og viser til at «Fn's komite for barns rettigheter har uttalt at konvensjonen ikke tillater noen form for vold mot barn, og at selv lett korporlig avstraffelse er uforenelig med konvensjonen.»¹⁸⁰

I ot.prp.nr.13 (1998-199)¹⁸¹ presiseres at legen bør så langt det er mulig og hensiktsmessig informere pasienten før opplysninger viderefremmes. Samtykke bør 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. Med dette blir taushetsplikten formålsbetraktninger forsøkt ivaretatt. Spørsmålet er om dette er praktisk i særlig grad, da foreldre nok i liten grad vil samtykke til at de forsømmer barna sine. Uansett vil nok også ofte en slik innhenting av samtykke kunne være mer til hinder for formålet.

4.2.4 § 33 (3) Pålegg fra organer om opplysninger

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

Bestemmelsen åpner for at legene kan pålegges å gi informasjon til barnevernet av organer med slik myndighet.

I henhold til forarbeidene i NOU 1993:33¹⁸² er det kun relevante opplysninger som skal gis barnevernet, og opplysningsplikten går ikke lenger enn det som er nødvendig for formålet. I legens vurdering av hva som anses nødvendig å opplyse om, må legen evt.

¹⁸⁰ Gyldendal Rettsdata Rt.2005 s. 1567 note (23)

¹⁸¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-1999)Del.8 § 33

¹⁸² Gyldendal Rettsdata Pkt. 12.3.1

henvende seg til barnevernet for en detaljert redegjørelse for hva barnevernet etterlyser av informasjon.

Ved pålegg fra barnevernstjenesten om utlevering av opplysninger, er det barnevernstjenesten selv og ikke legenes ansvar, å påse at vilkårene for opplysningsplikt foreligger, og evt. hvilke opplysninger som er relevante for saken.¹⁸³

Her skal altså ikke legene ta stilling til om vilkårene til opplysningsplikt er oppfylt, men skjønnsvurderingen her dreier seg i stedet om hvilke opplysninger som skal oppgis. I henhold til barne- og familiedepartementets rundskriv Q-24(2005)¹⁸⁴, må barnevernstjenesten til en viss grad konkretisere hvilke opplysninger som skal oppgis. Det er imidlertid legenes jobb skjønsmessig å vurdere hvilke opplysninger som er relevante og dermed skal oppgis, jfr. Hpl. § 4. Slike pålegg om utlevering kan påklages til fylkesmannen etter fvl. § 14, dersom legen mener de er urettmessige.

Organene som pålegger legene en slik opplysningsplikt, er uvitende om legenes kunnskap om pasienten. Dette pålegger legene en skjønsmessig vurdering i forhold til om det i det hele tatt foreligger en slik kunnskap om omsorgssvikt og hvilke opplysninger som eventuelt skal utleveres. Legene innehar dermed en plikt til å undersøke om vilkårene er tilstede også der hvor slikt pålegg blir gitt.¹⁸⁵ Ved tvil bør legene rådføre seg med barnevernet, og innhente relevant informasjon om formålet med pålegget, slik at de får en bedre forståelsen for hvilke opplysninger de er ute etter.¹⁸⁶

Det hersker noe uenighet i litteraturen mellom Bente Ohnstad og Asbjørn Kjønstad om hvorvidt sondringen om det å gi opplysninger av eget tiltak eller etter pålegg er nødvendig. Kjønstads standpunkt er at dette er unødvendig, da legen uansett plikter å vurdere saken opp mot lovens vilkår, mens Ohnstad fremhever at det er kun ved meldeplikten at legen selv må fremskaffe dokumentasjon om det faktiske forhold. Jeg

¹⁸³ Regjeringen (2005) s. 30

¹⁸⁴ Regjeringen (2005) pkt. 8.4

¹⁸⁵ Ohnstad (2005) s.158

¹⁸⁶ Befring (2010) s. 261

slutter meg til Kjørstad her, idet jeg mener at å merke et skille mellom disse virker mer villedende for innholdets rekkevidde. Etter mitt skjønn er dette skillet av mer praktisk betydning for hvem som har grunnlag for og kan ta initiativ for samarbeidet mellom lege og barnevern. Formålet og krav til rettslig fremgangsmåte innebærer ingen realitetsforskjell.¹⁸⁷

4.2.5 § 33 (4) En ansvarlig person på avdelingen

«I helsesituasjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger». Motivet med loven er at det skal forhindre at flere personer på bakgrunn av forskjellig vurderingsgrunnlag skal utlevere opplysningene, slik at det blir foretatt en overstyrt samordning over hvilke opplysninger som utgis.¹⁸⁸

Bestemmelsen fratrar imidlertid ikke den enkelte leges ansvar og plikt til å gi opplysninger, og man vil fremdeles ha like stor plikt til å påse at meldeplikten overholdes. Ved uoverensstemmelse mellom lege og informasjonsansvarlig person, skal initiativtakende lege selv formidle opplysningene til Barnevernet.¹⁸⁹

4.2.6 Bvl. §§ 6-7 (3) og 6-7a: Tilbakemelding til legen

Bvl. § 6-7 (3) gir barnevernet en viss adgang til å gi opplysninger til leger, men i 2009 ble denne retten styrket ved bestemmelsen i 6-7a som åpner for tilbakemelding for barnevernet overfor den lege som har gitt melding.¹⁹⁰ Det er viktig for leger å være denne bestemmelsen bevisst for å fremme dens formål og for videre oppfølging der legen fra et faglig ståsted mener det er behov for det ved meldetidspunktet.

I forarbeidene Ot.prp.nr. 69 (2008-2009)¹⁹¹ begrunnes bestemmelsen med at det kan bidra til de beste løsningene for barnet, i tillegg til gjensidig tillitt og bedre samarbeidsrelasjoner.

¹⁸⁷ Ohnstad (2005) s. 157

¹⁸⁸ Befring (2010) s. 262

¹⁸⁹ Helsedepartementet (2006) s. 11

¹⁹⁰ Gyldendal Rettsdata L19.06.2009 nr.45 Lov om endringer i barnevernloven

¹⁹¹ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 69 (2008-2009) Pkt. 7.2 og 7.4

Helsedepartementet trekker også frem i sitt brev av 2010¹⁹² at formålet er å fremme et godt og funksjonelt samarbeid i forebyggingsarbeidet mot barnemishandling.

Forarbeidene Ot.prp.nr. 69 (2008-2009)¹⁹³ presiserer at barnevernet ikke er pålagt å gi tilbakemelding, men at de må vurdere hvorvidt det er nødvendig i det enkelte tilfelle.

Befring fremhever at det bør innledes en form for samarbeid der pasientens helsetilstand tilsier videre behov for helsehjelp. En slik tilbakemelding kan gis i samarbeid med klienten, og med klientens samtykke, el. evt. ved barn under 16 år, ved samtykkekompetanse, jfr. Hpl. § 22 og Bvl. § 6-7a.¹⁹⁴

4.2.7 Delkonklusjon

I en kartlegging av utredningspraksis på norske sykehus i 2010 i forhold til barnemishandling konkluderte forskerne med at sykehusene ikke fanger opp tilfeller av barnemishandling godt nok, og at helsepersonell må bli flinkere til å melde ifra. Det fremkommer i rapporten at selve den medisinske utredningen ved barnemishandling syntes i stor utstrekning å følge anbefalte retningslinjer, men prosessen som ledet til mistanke om mishandling og utredning, altså den rettslige vurderingen, virket tilfeldig. Prosessen stoppet også opp fordi den medisinske undersøkelsen ikke ga noen *klare konklusjoner*, i forhold til om barna ble utsatt for mishandling.¹⁹⁵

Hvert enkelt tilfelle må vurderes konkret opp mot lovens formålsbetraktninger, vilkår og rammer, med de rettskildemomenter som drøftet ovenfor. Barnevernkonvensjonen og Høyesteretts praksis slår sterkt fast at terskelen for voldsbegrepet ligger meget lavt, og må tilleggs stor rettskildemessig tyngde i tolkningen av hva som er tiltaksberrettiget i § 33. Legene vil ofte inneha de nødvendige og faktiske opplysninger og faglige kvalifikasjoner til å vurdere om vilkårene er oppfylt. Det stilles krav til en viss undersøkelse og vurdering av forholdet, men det kreves *ingen sikker viten*. Er vilkårene i § 33 oppfylt, vil bestemmelsen legitimere opplysningsplikt til barnevernet, og dermed tilsidesette taushetsplikten i § 21.

¹⁹² Regjeringen (2010)

¹⁹³ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr. 69 (2008-2009) Pkt. 7.4

¹⁹⁴ Befring (2010) s. 261

¹⁹⁵ Myhre, Lindboe, Dyb (2010) s. 3, 21

Det er viktig å være bevisst i forhold til opplysningsplikten til politiet i strl. § 139 eller hpl. § 31, og denne plikten i § 33 til barnevernet. Disse bestemmelsene er selvstendige plikter som må vurderes uavhengig av hverandre.¹⁹⁶

¹⁹⁶ Regjeringen (2006)

5 KONKLUSJON

Hpl. kapittel 5 og 6 begge ivaretar motstridende hensyn, og regelsettene utfordrer hverandres rekkevidde. Anvendelsen av rettsreglene krever en lovbundet skjønntolkning av bestemmelsens vilkår i den konkrete situasjon. Jeg har ved hjelp av ulike rettskildefaktorer drøftet bestemmelsenes innhold og rammer. Underveis i tolkningsspørsmålet har jeg også forsøkt å redegjøre for når taushetsplikten rettmessig kan tilsidesettes, og når opplysningsplikten må stå tilbake for den fundamentale taushetsplikten.

Taushetsplikten i § 21 er et grunnleggende og viktig element av personvernet til beskyttelse av den personlige integritet og ens rett til beskyttet sfære rundt eget privatliv. Respekten for enkeltindividets personlige integritet og interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, er et bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsen. Dette fortrolighetsformålet er et sentralt moment. Alle skal i fortrolighet kunne be om helsehjelp, uten å være redd for at denne informasjonen kommer ut til andre. På et overordnet plan ivaretas også de offentlige hensyn ved at taushetsplikten sikrer tilliten til helse- og sosialsektoren. Samfunnet og felleskapet er tjent med at pasienter oppsøker helsevesenet ved behov.

Taushetsplikten står sterkt i legestanden, og vi har også sett at den favner vidt. Ulike rettskilder slår fast at legen må være ytterst forsiktig i å tilsidesette plikten. Dette på bakgrunn av de viktige formålsbetraktninger den ivaretar. Den har et sterkt vern, og i utgangspunktet kan ikke andre enn pasienten selv sette denne plikten til side.

Taushetsplikten er allikevel ikke så urokkelig som de negative statistikkene tilsier, og den har ikke en ubegrenset rekkevidde. Et fellestrekk i de situasjoner som legitimerer innskrenkninger i taushetsplikten er at det der vil være et større behov for å ivareta mer tungtveiende interesser enn det taushetsplikten kan forsvare.

Slike tungtveiende formålsbetraktninger ligger til grunn for opplysningsretten i § 23 nr.4 og opplysningsplikten i § 31 og § 33.

Det avgjørende ved tolkningsspørsmålet av § 23 nr. 4 er at denne bestemmelsen *kan* oppheve taushetsplikten, men medfører ingen plikt til å utgi informasjon. Legen får en reell rett til eventuelt å oppgi informasjon dersom kriteriene i bestemmelsen er oppfylt, og han anser det for nødvendig å avverge nødrettssituasjoner. Formålsbetraktningene må avveies mot hverandre når legen utøver lovskjønn av hvorvidt han har en legitim opplysningsrett.

Legitime inngrep i taushetsplikten etter § 31 begrenser seg til å gjelde de situasjoner hvor det å oppgi opplysninger kan begrense store materielle skader eller verne om liv eller helse. Terskelen for alvorlighetsgraden må sies å være høy, i det det begrenser seg til de mest alvorlige tilfellene. Men terskelen for å melde ifra ved de alvorligste tilfellene må sies å være lav i det det inntreer en legitim opplysningsplikt når vilkårene er tilstede. I disse tilfellene må taushetsplikten i hpl. § 21 stå tilbake for mer tungtveiende interesser der vilkårene er tilstede.

Også bestemmelsen i hpl. § 33 ivaretar tungtveiende hensyn som taler for innskrenkninger i taushetspliktens rekkevidde der vilkårene for dette er oppfylt. Bestemmelsen er ment å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barn. Bestemmelsen må sees i sammenheng med barnevernlovens formål som er «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstsvilkår.»

Barnekonvensjonen vil som rettskilde ha stor innflytelse på tolkningsspørsmålet, og terskelen for alvorlighetsgraden før plikten inntreer må sies å være lav. Bestemmelsen legger dog opp til en stor skjønnsutøvelse til legene, da de på bakgrunn av sin fagkompetanse er best egnet til å vurdere om forholdet faller innunder lovens rammer. Legestandens praksis i utøvelsen av lovskjønn vil således være avgjørende for bestemmelsens legitime inngrep overfor taushetsplikten.

Det stilles krav til en viss undersøkelse og vurdering av forholdet, men det kreves *ingen sikker viten*. Er vilkårene i § 33 oppfylt, vil bestemmelsen legitimere opplysningsplikt til barnevernet, og dermed tilsidesette taushetsplikten i § 21.

5.1 Rettsreglene – virker de?

Etter en grundig fortolkning av taushetspliktens innhold, og dens rekkevidde opp mot de legitime innskrenkninger i §§ 31 og 33, ønsker jeg å komme med en betraktning de lege ferenda knyttet til de to motstridende bestemmelsene.

Fylkesmannen i Oppland utførte for litt siden en undersøkelse vedrørende helsepersonells praksis rundt opplysningsplikten til barnevernet, hvor 24 kommuner deltok i undersøkelsen. Resultatet viste behov for oppfølging ved at det var en betydelig underrapportering til barnevernet. Helsetilsynet og fylkesmannen i Oppland fortsetter kartleggingen, også når det gjelder behov for opplæring i helsepersonelloven, og vil iverksette oppfølgingsaktiviteter overfor kommunene.^{197 198}

Den svært medieomtalte og avskrekkende «Christoffer-saken»¹⁹⁹ avdekket svikt i mange ledd i helse- og sosialvesenet. Den 8-årige gutten ble i årevis mishandlet av sin stefar, med døden til følge i 2005. Faren ble dømt til 8 års fengsel, jfr. Straffelovens §§ 229 nr.3, 232, 219(1) og 62 (1). Flere var vitne til guttens mange skader ved ulike tilfeller, uten at dette ble meldt til barnevernet. Legene sluttet seg til foreldrenes forklaring om selvpåførte skader, og bivirkninger av medisin, og hadde en hypotese om epileptiske anfall. Rettsmedisinernes undersøkelse konkluderte bl.a. med 17 cm langt skallbrudd, hjerneoppsvulming og knusningsskader.

Undersøkelser som ble gjort i tilknytning til høringsarbeidet til Helsepersonelloven, avdekket at praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene innenfor helsesektoren ble oppfattet som vanskelige. Dette trolig grunnet ulik praksis, for restriktiv eller for lemfeldig tolkning.²⁰⁰

¹⁹⁷ Fylkesmannen (2011))

¹⁹⁸ Fylkesmannen (2011)

¹⁹⁹ Gyldendal Rettsdata LA-2008-179127

²⁰⁰ Gyldendal Rettsdata Ot.prp.nr.13 (1998-99)pkt. 11.7.4

Vi kan med sikkerhet slå fast at rettsreglene ikke virker som tilsiktet. Hva er årsaken til dette?

Kan det være slik at årsaken til at meldeplikten ikke overholdes er at opplysningsplikten i henholdsvis §§ 31 og 33 praktiseres for restriktivt, og taushetsplikten rekkevidde i § 21 strekker seg for langt? Eller er det slik at leger finner det vanskelig å beslutte om vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt?

Det fremkommer i NOU 1985:18²⁰¹ at barnemishandlingsutvalgets forslag til opplysningsplikt ved mistanke om barnemishandling, ble møtt med en del sterke motforestillinger. Begrunnelsen for dette var taushetsplikten og dens lange tradisjon og ivaretagende formål, med hensyn til tillitsforholdet til klienten.

Er det en slik motstand vi ser fra legestanden nå? Er opplysningspliktene et for stort inngripen i den fundamentale taushetsplikten, og har myndighetene pålagt legene et for stort ansvar som strekker seg utenfor deres medisinskfaglige kompetanse?

Ofte må den rettslige skjønnsutøvelsen utøves i akutte situasjoner der man har lite tid til å bedømme og konkludere over utfallet. I tvilssituasjoner er det nok lettere og unnlåte å ta affære. Da er det en desto viktigere forutsetning å vite vurderingsgrunnlaget og lovens innhold for å kunne foreta en riktig rettslig vurdering i den konkrete situasjon.

Oppfordringen må derfor være sett i lys av denne fremstillingens problemstilling og drøftelse, at lovens innhold må vektlegges og belyses nærmere overfor legene. Det er mange og store skjønnsmessige avveielser som tillegges legens ansvar, og ordlyden i bestemmelsene byr på større utfordringer enn hva naturlig språklig forståelse tilsier.

Legers grunnleggende og fundamentale taushetsplikt synes å stå sterkt, moralsk og rettslig sett. Retten utvikler seg over tid, og helsepersonelloven er fortsatt en forholdsvis ny lov i helserettens forstand. Skjønnsvurderingen vil også endre seg med

²⁰¹ Gyldendal Rettsdata NOU 1985:18Pkt.17.3.5.3

tiden, og terskelen for det som skal forstås som «vold» i dag, er langt lavere enn hva som ble lagt i begrepet for noen år tilbake. Kanskje ser vi nå resultatet av denne nødvendige «modningsprosessen» i form av negative statistikker, men som etter hvert vil snu med myndighetenes økte fokus på problemstillingen.

1) Litteraturliste

Litteratur:

Kjønstad, Asbjørn *Helserett*. 1 utg. Oslo, 2005.

Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad *Helsepersonelloven*. 3. utgave. Bergen, 2010.

Knophs oversikt over Norges rett. Kåre Lilleholt... [et al.]. 12. utgave. Oslo, 2004.

Boe, Erik *Innføring i Juss*. 4. utgave. Oslo, 2003.

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

Lærebok i rettsmedisin. Rognum, Torleiv Ole... [et al.]. 2. utgave. Oslo, 2010 Warberg,

Lasse A. *Norsk helserett*. 2. utgave. Oslo, 2011

Loveregister:

1999	Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) av 02.07.1999 nr. 64
1999	Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av nr. 30
2009	Lov om endringer i barnevernloven 19.06.2009.nr.45
1980	Lov om leger (legeloven) av 13.06.1980 nr. 42
2005	Lov om straff (straffeloven) av. 20.05.2005. nr. 28
1981	Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven) av 22.05.1981 nr.25
1902	Almindelig borgerlig Staffelov (Straffeloven) av 22.05.1902 nr. 10
1967	Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10.02.1967
2005	Lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) av 17.06.2005 nr. 90
1999	Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 02.07.1999 nr. 63

- 1973 Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og angivelse av lik m.m. (*)
av 09.02.1973 nr. 6
- 1992 Lov om barnevernstjenester (barnevernloven) av 17.07.1992. nr. 100
- 2000 Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000 nr. 1385
- 1984 Tolkningsuttalelse. Kvinnemishandling- Sykehusets taushetsplikt.
1984.02.10

Forarbeidregister:

- | | |
|---------------------------|--|
| Ot.prp.nr.13. (1998-99) | Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) |
| Ot.prp.nr.1 (1979-1980) | Om lov om leger og om lov om tannleger |
| Ot.prp.nr. 3 (1976-77) | om lov om endringer i lov 10 februar 1967 om
behandlingsmåten i forvaltningssaker |
| Prop. 116 L (2009-2010) | Endringer i domstolloven og straffeloven 1902 |
| Ot.prp.nr. 8 (2007-2008) | Om lov om endringer i straffeloven 20.mai 2005 nr. 28
mv. |
| Ot.prp.nr.44 (1991-1992) | Om lov om barnevernstjenester |
| Ot.prp.nr. 69 (2008-2009) | Om lov om endringer i barnevernloven |
| NOU 1985:18 | Lov om sosiale tjenester m.v. |
| NOU 1993:33 | Helsepersonells rettigheter og plikter |

Domsregister:

- LA-2008-179127
- HR-2008-00202
- RT. 1986 s. 1411
- RT. 2008 s. 1491
- Rt.2005 s. 1567 note
- LA-2008-179127

Nettsider:

Gyldendal Rettsdata www.rettsdata.no

Olga Stokke, Anne Hafstad. 10-12 barn legges hvert år inn på sykehus med store hodeskader. Det er bare toppen av isfjellet. I: aftenposten. 05.mai 2009. [10.09.2011]
<http://www.aftenposten.no/meninger/10-12-barn-legges-hvert-r-inn-p-sykehus-med-store-hodeskader-Det-er-bare-toppen-av-isfjellet-6617589.html>

Regjeringen. Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten. Oslo 2010
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/201001300RH07052010.pdf>

Kjetil S. Østli. Gutten som ble usynlig. I: Aftenposten. 21.april 2009. [07.11.2011]
<http://www.aftenposten.no/amagasinet/article3035648.ece>

Helsetilsynet. Tilsynsmelding 2009.
<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2009.pdf> (24.09.2011)

Helsedirektoratet. Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasienters integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Oslo 2010.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00296/Helsepersonells_tau_296739a.pdf [11.10.2011]

Helsetilsynet. Helsepersonells opplysningsplikt mv. til nødetater, sosialtjeneste og barnevernstjeneste. Oslo 2005. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2005/Helsepersonells-opplysningsplikt-nodetater-sosialtjeneste-barnevernstjeneste/> [11.10.2011]

Politiet. Kommenterte STRASAK-TALL 2010. Politidirektoratet Seksjon for analyse og forebygging. https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/politidirektoratet/Vedlegg_1424.pdf [24.09.2011]

Helsedirektoratet. Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barnevernstjenesten, politiet og sosialtjenesten. Rundskriv IS-17/2006.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-17_2006_11850a.pdf
s.11 [09.09.2011]

Krisesenter.com. Rapportering fra krisesentrene 2009.

<http://www.krisesenter.com/statistikk/PDFdocs/RAPPORT-KRISESENTER-2009.pdf> s
[09.09.2011]

Regjeringen. Rundskriv Q-24, Oslo mars 2005.

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf kap.8 [24.10.2011]

Helsedirektoratet. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Oslo

2000. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2723_1101a.pdf
[10.11.2011]

Barneombudet. Hva er

barnekonvensjonen. 2009. http://www.barneombudet.no/barnekonvensjonen/rettighetsarbeid/arkiv/hva_er/ [4.11.2011]

Regjeringen. Konvensjonen om barnets rettigheter. Geneve 2006.

<http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barnets%20rettigheter/Generell%20kommentar%208.pdf> [23.11.2011]

Nkvts. Oppdager sykehusene barnemishandling? Oslo

2010 <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/OppdagerSykehuseneBarnemishandling.pdf> [09.09.2011]

Fylkesmannen. Helsetilsynet i Oppland setter søkelyset på helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppland 2011.

<http://www.fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=2178&amid=3504509> [18.11.2011]

Fylkesmannen. Kartlegging av hvem som melder til barnevernstjenesten i Opplands kommuner. Oppland 2011.

<http://www.fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=2198&amid=3490947> [18.11.2011]

Helsedirektoratet. Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasienters integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Oslo 2010.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00296/Helsepersonells_tau_296739a.pdf [04.09.2011]

Legeforeningen. Ethiske regler for leger. 2002. <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>

[20.11.2011]