



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det juridiske fakultet

Kommunikasjon mellom blålysetatene

Helsepersonells rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet sett i lys av taushetsplikten

Vilde Antonsen

Liten masteroppgave i rettsvitenskap høst 2018



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og aktualitet	1
1.2	Innledning til helselovgivningen	2
1.2.1	Innledning.....	2
1.2.2	Varslingsplikt	2
1.2.3	Avvergelsesplikt.....	3
1.2.1	Opplysningsrett	3
1.2.2	Meldeplikt og opplysningsplikt.....	3
1.3	Avgrensninger	4
1.4	Metode	5
1.5	Fremstillingen videre	6
2	Hvilke hensyn står mot hverandre?.....	6
3	Historisk utvikling av reglene om taushetsplikt.....	8
4	Taushetsplikt	12
4.1	Helsepersonelloven § 21.....	12
4.2	Hvilke hensyn og interesser er taushetsplikten ment å ivareta?	14
4.2.1	Innledning.....	14
4.2.2	Personvern.....	14
4.2.3	Tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient	14
4.2.4	Samfunnsøkonomiske hensyn	15
4.2.5	Hensynet til best mulig behandling.....	15
4.2.6	Maktforhold.....	16
4.3	Hvor langt når taushetsplikten? – Beslagssituasjoner som illustrasjon.....	16
4.3.1	Innledning.....	16
4.3.2	Destruksjon.....	17
4.3.3	Anonymisering	17

5	Begrensninger i taushetsplikten	19
5.1	Innledning.....	19
5.2	De folkerettslige og konstitusjonelle rammene for utleveringsadgang av personopplysninger	20
5.2.1	Grunnloven § 102.....	20
5.2.2	EMK art. 8 – retten til respekt for privatliv og familieliv	20
5.3	Opplýsningsrett.....	23
5.3.1	Innledning.....	23
5.3.2	Utgangspunkt: samtykke	23
5.3.3	Allerede kjent informasjon.....	26
5.3.4	Ingen berettiget interesse i hemmelighold	26
5.3.5	Anonymisert informasjon.....	26
5.3.6	Tungtveiende interesser.....	26
5.3.7	Dyremishandling	31
5.3.8	Fastsatt i lov	32
5.3.9	Etter pasientens død	33
5.3.10	Anmeldelse av pasient etter vold eller trusler mot helsepersonell	35
5.3.11	Oppsummering	37
5.4	Alminnelig avvergelsesplikt.....	38
5.4.1	Mistanke om vold i nære relasjoner	40
5.4.2	Avvergelsesplikt for kjønnslemlestelse.....	41
5.5	Opplýsningsplikt.....	43
5.5.1	Rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse	43
5.5.2	Nødetater	44
5.5.3	Fører kort.....	45
5.5.4	Opplýsninger til tutor	47
5.5.5	Bistandsplikt i forbindelse med straffbare forhold.....	47

5.5.6	Opplysningsplikt for å hindre at uskyldige blir dømt	49
5.6	Meldeplikt.....	50
5.6.1	Meldeplikt til barnevernet – når skal også politiet varsles?	50
5.6.2	Unaturlig dødsfall.....	51
6	Avslutning	52
6.1	Utfordringer knyttet til lovverket	52
6.2	Etatene har ulike formål	53
6.3	Avsluttende vurdering	54
	Kildeliste	56

1 Innledning

Kan ikke taushetsplikten være like vakker som ytringsfriheten?

- Lars Saabye Christensen – Sluk (2012)

1.1 Tema og aktualitet

Det fremgår av Grunnloven (GrL.) § 100 at enhver borger har en alminnelig og grunnlovsvernet ytringsfrihet. Med ytringsfrihet menes en rett til å uttale seg om forhold av enhver art samt en frihet til å gi eller motta opplysninger.¹ Denne retten tilkommer også helsepersonell.

Det finnes imidlertid flere innskrenkninger i ytringsfriheten. Taushetsplikten er et eksempel på en slik innskrenking. Hvor reglene om taushetsplikt kommer til anvendelse, vil det i utgangspunktet ikke være rettslig adgang til å bringe opplysningene videre.

Helsepersonell er ilagt en yrkesmessig taushetsplikt. Dette innebærer at de i kraft av sitt yrke innehar en personlig forpliktelse til å avstå fra å videreformidle opplysninger samt å hindre at visse opplysninger tilflyter andre. Av denne grunn har helsepersonell i utgangspunktet ikke anledning til å videreformidle informasjon om pasienter til andre.

Utførelsen av helsehjelp gjøres sjelden av en person alene, og forutsetter i stor grad kommunikasjon av pasientopplysninger mellom helsepersonell. Det er imidlertid ikke bare helsevesenet som er i behov av pasientopplysninger, også andre offentlige myndigheter, herunder politiet, vil i stor grad etterspørre slike opplysninger.

På lik linje med helsepersonell, er politiet ilagt viktige oppgaver i samfunnet. Politiet skal blant annet forebygge kriminelle handlinger, etterforske lovbrudd, forberede straffesaker, lete etter savnede personer samt holde orden og sikre borgerne trygghet. Ved utføringen av disse oppgavene, vil politiet ofte ha behov for opplysninger som helsepersonell innehar. Den juridiske problemstillingen er om, og i tilfelle når, helsepersonell kan utlevere informasjon om pasienter til politiet.

¹ NOU 1999:27 s. 7 jf. s. 10

1.2 Innledning til helselovgivningen

1.2.1 Innledning

Lovgivningen som regulerer forhold som omhandler helsepersonell og helsetjenester kalles for helselovgivningen. Helselovgivningen består ikke av en enkelt lov, men av et stort antall lover og forskrifter som regulerer blant annet pasientrettigheter, helseforetakene og kommunenes ansvar for helsetjenester, tvangstiltak overfor syke samt rettigheter og plikter for helsepersonell.

Helselovgivningen er utformet etter plikter og rettigheter. Ofte er det pasientene som har rettigheter, mens helsetjenesten har tilsvarende plikter. Pasientenes rettigheter er ofte knyttet til tjenester, ytelser eller bestemte typer helsehjelp, og helsepersonellet vil da ha en tilsvarende plikt til å yte denne tjenesten.

Helsepersonelloven (hpl.) regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell, herunder de plikter og rettigheter som tilkommer yrkesgruppen. Lovens hovedregel om taushetsplikt er regulert i hpl. § 21. Bestemmelsen er utformet som en absolutt plikt, hvor unntakene følger av de enkelte lovbestemmelser. For at helsepersonell skal ha en rett eller plikt til å utlevere opplysninger til politiet, må ett av disse unntakene komme til anvendelse.

Helsepersonelloven er delt opp i kapitler etter taushetsplikt og opplysningsrett, opplysningsplikt og meldeplikt. I spesialisthelsetjenesteloven (sphl) § 3-3a er det også hjemlet varslingsplikt. Straffeloven (strl) regulerer bestemmelser om avvergelsesplikt som også gjelder helsepersonell.

Loven(e) inneholder imidlertid ingen legaldefinisjoner på disse begrepene. Systematikken i helsepersonelloven skaper i utgangspunktet en illusjon om et systematisk skille mellom de ulike pliktene. Før vi går videre inn på oppgavens tema, finner jeg det hensiktsmessig å kort gjøre rede for begrepene.

1.2.2 Varslingsplikt

Varslingsplikten i sphl. § 3-3a omhandler varsling til helsetilsynet ved alvorlige hendelser. Det er en viktig bestemmelse, men er ikke uten videre av betydning for fremstillingen av plikten til å oppgi opplysninger til politiet. Det vil derfor ikke redegjøres for varslingsplikten i det videre.

1.2.3 Avvergelsesplikt

Avvergelsesplikt er en allmenn plikt til å avverge visse lovbrudd, som gjelder uten hensyn til taushetsplikten. Den generelle avvergelsesplikten er ikke inntatt i helsepersonelloven, men fremgår av strl. § 196, og avvergelsesplikt for kjønnslemlestelse fremgår av strl. §§ 284 og 285. Det finnes likevel bestemmelser i helsepersonelloven som hjemler en plikt til å avverge visse handlinger. Disse lovbestemmelsene vil det bli nærmere redegjort for i oppgavens hoveddel.

1.2.1 Opplysningsrett

Opplysningsretten er hjemlet i hpl. kapittel 5, og er ofte også omtalt som en taushetsrett. Dette illustrerer innholdet i opplysningsretten; det er helsepersonellet selv som avgjør hvorvidt en ønsker å gi opplysninger dersom vilkårene for utlevering er oppfylt.

I tilfeller hvor opplysningsretten gjør seg gjeldende, må helsepersonellet stille seg selv spørsmålet om hva som er riktig handling – å tale eller tie. Dette må bero på en faglig og skjønnsmessig vurdering. Eksempler på en slik rett kan være tilfeller hvor pasienten har samtykket til at opplysningene gis eller opplysningene omhandler informasjon som ikke er underlagt taushetsplikt.²

1.2.2 Meldeplikt og opplysningsplikt

Opplysningsplikt og meldeplikt er regulert i henholdsvis hpl. kapittel 5 og 6.

En naturlig språklig forståelse av begrepene, tilsier at meldeplikt utgjør en plikt til å aktivt oppgi opplysninger av eget tiltak, mens opplysningsplikt kan forstås som en mer passiv plikt til å oppgi opplysninger etter oppfordring eller forespørsel fra en annen instans. I forarbeidene er det fremholdt at opplysningsplikt brukes som et samlebegrep på opplysninger som gis av eget tiltak og opplysninger som gis etter anmodning fra organer/personer, men at førstnevnte undertiden betegnes som meldeplikt.³

Denne definisjonen samsvarer ikke med innholdet i helsepersonellovens bestemmelser. I helsepersonelloven er opplysningsplikt og meldeplikt gitt hvert sitt kapittel. Det er imidlertid ingen reell forskjell i begrepenes innhold. I begge tilfellene har helsepersonell plikt til å oppgi informasjon av eget tiltak, og mottakerne har et motsvarende krav på å motta opplysningene.

² Ot.prp.nr. 13 (1998-1999) s. 86-87

³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.101-102

Det kan likevel bemerkes at det kan være et skille i mottakerens anledning til å angi formkrav for utlevering av informasjonen.⁴

Når jeg likevel velger å behandle opplysningsplikt og meldeplikt hver for seg i oppgaven, er det med formål om å gjøre det lettere for leseren å følge disposisjonen ved at temaene blir behandlet slik de er delt inn i loven.

1.3 Avgrensninger

Helsepersonell er, som illustrert ovenfor, pålagt en yrkesmessig taushetsplikt jf. hpl. § 21. Taushetsplikten for de ansatte i kommunene følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12. For de med profesjonsbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven, vil ikke denne bestemmelsen ha betydning for pasientforhold. Bestemmelsen vil være aktuell for de som jobber tilknyttet helsetjenesten, og faller utenfor begrepet helsepersonell. Dette vil eksempelvis være i administrative stillinger eller som vaskere, vaktmestere og lignende. Helse- og omsorgstjenesteloven § 12 vil derfor ikke bli behandlet nærmere.

Reguleringen av taushetsplikten i spesialisthelsetjenestelovens § 6-1, vil være relevant for de som ansatte i spesialisthelsetjenesten som faller utenfor definisjonen av helsepersonell. Dette vil eksempelvis gjelde administrativt personell på sykehus.

Forvaltningsloven (fvl.) § 13 omfatter alle som arbeider i det offentlige. Alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten vil være omfattet av bestemmelsen. Likevel har bestemmelsen liten betydning for helsepersonell, da de er omfattet av egne regler om taushetsplikt slik det er redegjort for ovenfor. Bestemmelsen vil derfor ikke bli behandlet.

Det stilles strenge krav til oppbevaring av personopplysninger, både for etatene som utleverer og etatene som mottar informasjonen. Det vil falle utenfor oppgavens tema å gå videre inn på dette, men det er like fullt en viktig del av kommunikasjonen mellom ulike «blålysetater».

Helsepersonell kan etter nærmere bestemte vilkår pålegges å fremlegge journal og journalmateriale i forbindelse med rettssaker. Dette er blant annet regulert i hpl. § 47, og ble også behandlet i LB-2016-181614. Av hensyn til oppgavens omfang, samt at dette ikke direkte regulerer forholdet mellom helsepersonell og politi, vil ikke temaet drøftes i sin

⁴ Andresen (2010) s. 222

helhet. Det vil imidlertid bli fremsatt noen korte bemerkninger til politiets beslagsrett i straffesaker i relasjon til hpl. § 47.

Vitneplikt for helsepersonell er interessant sett i sammenheng med reglene om taushetsplikt og de lovfestede unntak, og er også interessant i et personvernrettslig perspektiv da den gjelder ulike regler for de ulike profesjonene. Vitneplikten regulerer imidlertid ikke direkte forholdet mellom helsepersonell og politi, og er derfor ikke behandlet videre i denne oppgaven.

1.4 Metode

I oppgaven anvendes alminnelig juridisk metode, slik det er fremstilt gjennom Eckhoffs rettskildelære.⁵ Oppgaven vil bero på rettsdogmatisk metode i form av en fremstilling og vurdering av gjeldende norsk rett. Ettersom avhandlingen også vil berøre områder hvor rettsreglene er mer uklare, benyttes eksemplifisering av ulike situasjoner helsepersonell kan stå overfor gjennomgående. Oppgaven knytter også enkelte rettspolitiske betraktninger underveis, særlig der det rettes kritikk mot gjeldende lovgivning. Oppgavens intensjon *de lege ferenda* er å belyse konkrete problemstillinger og aktuelle mangler ved den rettslige reguleringen av helsepersonells taushetsplikt overfor politiet *de lege lata*. De problematiske funn er foretrukket presentert i en generell kontekst, uten spesifikke forslag til formuleringsendringer i lovgivningen.

Oppgaven begrenses til norsk rett. Selv om en undersøkelse og komparativ analyse av andre lands rett kunne vært interessant for oppgavens fremstilling, er en slik gjennomgang for omfattende for denne oppgaven.

Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjon (EMK) art. 8 vil behandles i oppgaven. Konvensjonen ble ratifisert av Norge i 1951 og ble i 1999 inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven. Etter grunnlovsrevisjonen i 2014 ble også en rekke menneskerettighetsbestemmelser inkorporert i Grunnlovens kapittel E. På samme måte som ved tolkning av norsk rett, vil det i en tolkning av konvensjonsbestemmelsene i EMK være naturlig å ta utgangspunkt i konvensjonsteksten. Bestemmelsene i EMK er imidlertid lite detaljerte, og kan karakteriseres som vagt utformede. Slike bestemmelser blir ofte kalt

⁵ Slik gjengitt i Eckhoff (2001)

«rettslige standarder».⁶ Når bestemmelser er utformet på denne måten, må tolkningen i større grad hvile på øvrige rettskilder.

På samme måte som Høyesterett dømmer nasjonal lov i siste instans, er det den Europeiske Menneskerettighetsdomstol (EMD) som har siste ord ved tolkningen av EMK. Rettspraksis fra EMD har generelt vært tillagt stor vekt i tolkningen av konvensjonsbestemmelsene. Når vi taler om opplysningsrett og opplysningsplikt, innebærer dette en tilsidesettelse av taushetsplikten og således et inngrep i borgernes privatliv. Myndighetene kan ikke gjøre inngrep i borgernes rettsstilling uten hjemmel i lov. Dette prinsippet kalles legalitetsprinsippet og er forankret i grl. §§ 96, 97, 98 og 113. Borgernes rett til privatliv er også eksplisitt hjemlet i EMK art 8, og bestemmelsen vil derfor være av sentral betydning i oppgaven. EMK og EMDs tolkninger har hatt en betydelig innflytelse på norsk rett, og da særlig på legalitetsprinsippets område. EMDs praksis har skapt et skjerpet hjemmelskrav, slik at inngrep krever klarere forankring i lovtekst enn tidligere.⁷ Når jeg i oppgaven velger å fokusere utelukkende på EMK-rettens legalitetskrav i tilknytning til opplysningsrett og opplysningsplikt, er det fordi det på bakgrunn av det ovennevnte neppe er grunn til å tro at annet vil følge av det grunnlovfestede legalitetsprinsippet.

1.5 Fremstillingen videre

I den videre fremstillingen vil jeg se på hvilke hensyn som står mot hverandre i samarbeidet mellom politi og helsepersonell, før den historiske utviklingen av taushetsplikten presenteres. Deretter skal hovedregelen om taushetsplikt belyses før det går inn på kjernen i oppgaven; begrensningene i taushetsplikten. Reglene om opplysningsrett, avvergelsesplikt, opplysningsplikt og meldeplikt vil bli drøftet. Avslutningsvis vil det bli presentert noen rettspolitiske vurderinger av dagens regelverk.

2 Hvilke hensyn står mot hverandre?

Av helsepersonellovens formålsbestemmelse, hpl. § 1 fremgår det at

«Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste»

⁶ Borvik (2003) s. 250-251

⁷ I rettspraksis er dette lagt til grunn i straffesaker. Se bl.a. Rt 2009 s 780. For sivile saker, se HR-2017-467-A avsnitt 43 – 45.

Bestemmelsen viser at hensynet til pasienten er det som står i fokus bak reglene i helsepersonelloven.

Av politiloven § 2 nr. 1 fremgår det at politiet skal

«[b]eskytte person, eiendom og fellesgoder og verne om all lovlige virksomhet, opprettholde den offentlige orden og sikkerhet og enten alene eller sammen med andre myndigheter verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet.»

Formålet med politiets arbeid er altså å sikre samfunnets behov for trygghet.

Formålsbestemmelsene viser at mens helsepersonelloven bygger på hensynet til den enkelte pasient, bygger politiloven på hensynet til samfunnet.

Som hovedregel vil helsepersonell behandle pasienter som oppsøker helsevesenet frivillig med et ønske om å få behandling for sykdom eller skade.⁸ For at helsepersonellet skal kunne gi adekvat behandling, er de avhengige av et tillitsforhold hvor pasienten er trygg på å gi tilstrekkelige opplysninger til vurdering av helsetilstanden. I så måte er helsepersonellet helt avhengig av pasientens tillit for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver.

Opplysninger om en persons helse er som utgangspunkt å betrakte som sensitive, hvor de fleste pasienter ønsker å ha kontroll på informasjonsutvekslingen. En spredning av helseopplysninger uten pasientens samtykke, kan oppleves som en krenkelse av privatlivet. Konsekvensen av en lempeligere standard i taushetspliktreglene kan føre til at pasienter i frykt av spredning av sensitive opplysninger, unnlater å oppsøke helsetjenesten eller er tilbakeholdne med å gi tilstrekkelige opplysninger i forkant av behandling. Dette kan igjen kunne føre til at både den enkelte pasient får en dårligere behandling samt at samfunnet får et kvalitativt dårligere helsetilbud.⁹

I likhet med helsepersonell, er også politiet avhengig av tillit blant befolkningen. En vesentlig ulikhet er imidlertid at det sjelden er de kriminelle som selv oppsøker politiet slik som pasienter oppsøker helsevesenet.¹⁰ Politiet bruker virkemidler som spaning eller informasjonsinnhenting fra andre enn den informasjonen gjelder for å skaffe seg opplysningene de er i behov av. Politiet får på den måten tilgang på informasjon uavhengig av

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, psykisk helsevernlov § 2-1

⁹ NOU 2010:3 s. 114

¹⁰ Dette med unntak av tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven kapittel 3.

om noen gir det frivillig. Tvangsmidler som ransaking og beslag kan også brukes for å gi politiet tilgang på viktig informasjon, når denne vanskelig lar seg innhente på annet vis.¹¹ Politietatsens formål om å sikre trygghet for befolkningen og samfunnet, kan tenkes å være en del av begrunnelsen på hvorfor politiet, sammenlignet med helsepersonell, har blitt gitt vide unntak fra taushetsplikten.¹²

3 Historisk utvikling av reglene om taushetsplikt

Helsepersonells taushetsplikt har vært en yrkesetisk norm siden oldtiden. Opprinnelsen knyttes ofte til «den hippokratiske ed» som antas å ha blitt til i Hellas i det femte århundre fvt.¹³ Eden utgjorde en plikt til å ikke røpe det man fikk vite om en pasient.

Selv om taushetspliktreglene ble ansett som en yrkesetisk norm, tok det lang tid før de ble kodifisert i norsk rett. Apotekeres taushetsplikt ble regulert i den kongelige forordning om Medicis og Apothekere av 4. desember 1672.¹⁴ I juridisk litteratur ble det tatt til orde for at forordningens taushetspliktbestemmelse skulle anvendes analogisk for leger.¹⁵

Heller ikke Kong Christian Den Femtis Norske Lov 1687 påla taushetsplikt for leger. Her ble det imidlertid antatt at bestemmelsen i 2-5-19 om presters taushetsplikt kunne anvendes for leger.¹⁶

Den manglende lovgivningen om legers taushetsplikt kan tenkes å ha en sammenheng med Norges tynne legebestand på denne tiden.¹⁷ Så sent som med skiftet mellom 17- og 1800-tallet var det kun to leger i Norges da største by, Bergen.¹⁸ En annen årsak til den manglende lovgivningen, kan ha vært at både Magnus Lagabøtes landslov og de tidligere landskapslovene¹⁹ la plikten til å ta seg av syke til slekten. Frem til reformasjonen drev kirken viktig arbeid for å hjelpe de syke, blant annet ved opprette hospitaler.²⁰ Det kan også være en

¹¹ Se straffeprosessloven kapittel 15 og 16

¹² NOU 2010:3 s. 114-115

¹³ Store medisinske leksikon – «hippokratiske ed»

¹⁴ Forordningen regulerte legers og apotekerers rettsstilling. Se Rasmussen (1997) s. 73

¹⁵ Ibid. s. 73 henviser i fotnote 2 til *Indstilling fra Den kongelige lægelovkommisjon (1908) s. 64* som igjen henviser til *Ørsted, Eunomia, eller Samling av Afhandlinger IV s. 380*

¹⁶ Ibid s. 74

¹⁷ Det Store Medicinske Selskab - Forebyggende helsearbeid i Norge fram til 1860

¹⁸ Rasmussen (1997) s. 74

¹⁹ Norge hadde tidligere fire landskapslover; Frostating, Gulating, Eidsivating og Borgarting. Lovene ble avløst av Magnus Lagabøtes landslov som trådte i kraft i år 1274 som gjorde at Norge fikk en felles lovbook. Ref.; det Store Norske Leksikon. Se: https://snl.no/Magnus_Lagab%C3%B8tes_landslov. Sist besøkt 19.10.2018

²⁰ Asbjørn Kjørstad – «Sosialretten» i Knophs oversikt over Norges rett (2009) s. 582

naturlig forklaring på hvorfor også Kong Christans Norske lov kun hjemlet taushetsplikt for prester.

I lov om behandlinger av strafsaker av 1866 kom den første regelen som fritok leger fra vitneplikt. Leger ble da fritatt fra å forklare seg i straffesaker om opplysninger som var betrodd i deres kall.²¹

Ved vedtakelsen av jordmorloven av 1898 ble også jordmødre etter § 5 ilagt taushetsplikt i lovs form. Det kan nok diskuteres hvorvidt de fødende kvinnene var å anse som pasienter, men kvinnene ble like fullt gitt et vern mot spredning av personopplysninger knyttet til fødselen.²²

Det var imidlertid straffeloven av 1902 § 144 som for første gang eksplisitt hjemlet helsepersonells taushetsplikt ved å ilegge straffesanksjonering ved brudd. Den gang gjaldt bestemmelsen prester, sakførere, forsvarere i straffesaker, leger, apotekere og jordmødre, samt deres ansatte eller hjelpere.

Taushetsplikten ble så innført i legeloven 1927 § 14. Etter bestemmelsen hadde legene taushetsplikt med «de innskrenkinger, som er fastsatt i lov». Straffeloven hadde ikke mange slike «innskrenkinger». Paragraf 139 påla meldeplikt for visse alvorlige forbrytelser, og § 172 påla opplysningsplikt for å hindre at uskyldige ble straffedømt.

Samtidig som legeloven, ble lov om tannlegers rettigheter og plikter vedtatt. Senere fikk vi også profesjonslover om fysioterapeuter (1956), sykepleiere (1960), psykologer (1973) og annet helsepersonell (1974). Bestemmelser om taushetsplikt var inntatt i alle disse lovene.²³

Ved innføringen av legeloven av 1980, var det enighet mellom utvalget og departementet i å gi taushetsplikten et mer presist innhold og skape mer utførlige og presise regler om taushetspliktens innhold.²⁴ I forarbeidene ble det presisert at taushet hadde vært en etisk plikt lenge før det ble en rettslig norm. Det var et ønske om i størst mulig grad å unngå konflikt mellom etiske og rettslige plikter. Gjennom kodifisering og presisering av rettstilstanden i legeloven av 1980, ble legenes rettigheter og plikter knyttet til taushetsplikten gjort

²¹ Lov 17.03.1866 nr.3 om behandlingen av strafsaker. Se også Rasmussen (1997) s. 75

²² Kjønstad (2007) s. 78

²³ Ibid. s.80

²⁴ Ot.prp.nr.1 (1979-1980) s. 135

tydeligere. I tillegg til å styrke pasientenes rettigheter knyttet til personvern, skapte det også større forutberegnelighet for legene.

I 1998 la regjeringen v/sosial- og helsedepartementet frem forslag til ny helsepersonellov, lov om pasientrettigheter, spesialisthelsetjenestelov og psykisk helsevernlov.²⁵ Blant de hensyn som ble fremhevet i lovrevisjonene sto helse- og velferdspolitikken bygd på respekt for menneskeverd, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester, samt en styrket rettsstilling for den som trenger disse tjenestene.

Lovarbeidet resulterte i at fire nye lover ble vedtatt av Stortinget våren 1999; spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Som gjennomgangen viser, var lovgivningen tidligere knyttet til hvert enkelt yrke innen helsesektoren. Ved innføring av ny helsepersonellov i 1999 ble det innført en felles lovgivning for alt helsepersonell. Den nye loven erstattet 9 tidligere lover, herunder lov om fysioterapeuter, lov om godkjenning av sykepleiere, lov om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler, lov om godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus, lov om godkjenning av psykologer, lov om godkjenning av helsepersonell, lov om leger, lov om jordmødre og lov om tannleger. Innføringen av helsepersonelloven innebar også opphevelse av 9 forskrifter for ergoterapeuter, radiografer, vernepleiere, hjelpepleiere, fotterapeuter, tannpleiere, bioingeniører, optikere og kiropraktorer.²⁶

Formålet med å utforme et felles regelverk for de ulike yrkesgruppene var både å sikre at krav til pasienters sikkerhet ble ivaretatt, sikre kvalitet i helsetjenesten samt å motvirke en profesjonskamp. Et mer ensartet regelverk førte også til et mer oversiktlig bilde over hvilke krav som stilles ved utlevering av pasientopplysninger.²⁷

Slik det fremgår av den korte gjennomgangen, var helse retten gjenstand for en betydelig rettsliggjøring gjennom 1900-tallet, spesielt gjennom innføringen av de ulike profesjonslovene. I litteraturen har det vært pekt på allmenne ideologiske strømninger i

²⁵ Ot.prp. nr. 10 (1998-99)

²⁶ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.1

²⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 1

samfunnet, herunder nye måter å definere verdier og avveie interesser i konflikter, som begrunnelse for den rettsliggjøringen profesjonslovene representerte.²⁸

Debatten om rettsliggjøringen i samfunnet har hovedsakelig knyttet seg til hvorvidt politiske spørsmål i større grad blir rettslig regulert, slik at makt flyttes fra politiske organer til domstolene. Kristian Andenæs har imidlertid tatt til ordet for at det i realiteten har skjedd en overføring av makt fra profesjoner til rettslige kontrollorganer.²⁹ På den måten sikres det at det føres kontroll slik at makten profesjonene sitter med ikke misbrukes.

Når vi i dag taler om at forholdet mellom pasienter og helsepersonell er rettsliggjort, siktes det til at forholdet i større grad er blitt regulert av lover og forskrifter. En viktig begrunnelse for lovgivingen knyttet til taushetsplikt, er at pasientene har krav på konfidensialitet.

Utøvelsen av helsehjelp bygger i stor grad på faglige og etiske vurderinger. Likevel finnes det også rettslige reguleringer som inngår i vurderingen av den beste løsningen. En virkning av rettsliggjøringen av helsetjenesten, er at det i dag forutsettes at helsepersonell setter seg inn i lovgivningen. «*Kjennskap til relevante lover og forskrifter*» er ofte tatt med som et kunnskapskrav i utdanningsplanen til de ulike profesjonene innen helsetjenesten. Det kan derfor kreves at autorisert helsepersonell innehar den nødvendige kunnskap om regelverket knyttet til deres yrkesutøvelse.

Selv om det forutsettes at helsepersonell har satt seg inn i lovgivningen, er reguleringen av taushetsplikten, på samme måte som øvrige lovbestemmelser i det norske regelverket, utformet vage for å fange opp et vidt spekter av ulike typetilfeller. Da menneskelige forhold og konfliktsituasjoner er ulike, samt at samfunnet er i stadig utvikling, er det verken mulig eller ønskelig for lovgiver å utarbeide et lovverk detaljert nok til alene å gi tilfredsstillende svar på alle rettsspørsmål.

Helsepersonell, som alle andre lovanvendere, må derfor tolke rettsregelen og anvende den på det konkrete tilfellet de står overfor. Et resultat av vagt utformede rettsregler er imidlertid at det fra tid til annen byr på tolkningstvill, og at det kan være vanskelig å se det opplagte svar på problemet.

²⁸ Rasmussen (1997) s. 77

²⁹ Andenæs (2006) s.7

De siste årene har også uttrykket «uthuling av taushetsplikten» blitt aktualisert. Uttrykket refererer til en opplevelse blant helsepersonell om at behandling av helseopplysninger er gjenstand for motsetningsfylte plikter.³⁰ Det har vært en utvikling i antallet plikter til å rapportere ulike situasjoner. Dette gjelder ikke utelukkende plikter til å rapportere til politiet, men disse pliktene inngår i en rekke bestemmelser om unntak fra taushetsplikten.

I boka «Tilgang til og videreformidling av helseopplysninger» gjengir Andresen³¹ Førde og Hodnes' gjennomgang av saker for Rådet for legeetikk gjennom 16 år hvor det fremgår at helsepersonell har opplevd regelverket rundt håndtering av helseopplysninger som motsetningsfylte;

Et tilbakevendende spørsmål har vært uthuling av taushetsplikten når denne kommer i konflikt med samfunnshensyn, slik som utlevering av pasientlister til politiet for etterforskning av kriminalitet³²

Denne oppgaven er et forsøk på å gi en oversikt over hvilke lover og regler som regulerer når helsepersonell har en rett eller en plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet samt å behandle utvalgte typetilfeller hvor det kan oppstå tvil om – og i tilfelle hvordan - opplysningene skal gis.

4 Taushetsplikt

4.1 Helsepersonelloven § 21

Helsepersonelloven § 21 lyder som følger:

«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.»

Slik lovbestemmelsen er utformet, er «helsepersonell» pliktsubjektet. Helsepersonell er de enkeltpersonene som utfører helsehjelp i helse – og omsorgstjenesten. Begrepet er legaldefinert i hpl. § 3.

³⁰ Se legeforeningens uttalelse til forslag om unntak for taushetsplikten ved kvalitetssikring i Prop.23 L (2009-2010) s.33

³¹ Andresen (2010) s. 240

³² Førde og Hodne (2004) i Tidsskrift for den norske lægeforening s. 936-938

Etter ordlyden i hpl. § 21, har helsepersonell en plikt til å hindre at personopplysninger blir spredt til uvedkommende. Dette innebærer ikke bare en plikt til å tie, men også en plikt til å aktivt forhindre spredning av taushetsbelagt informasjon. Når jeg i oppgaven taler om «den aktive plikten» i relasjon til taushetsplikten, er det den sistnevnte plikten om aktivt å forta en handling for å hindre spredning av informasjonen det siktes til.

Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks helse– eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold, og er således svært vidtrekkende. Det er altså ikke bare helseopplysninger som er underlagt taushetsplikt, men opplysninger om alle personlige forhold. Selv om det verken fremgår av lovens ordlyd eller forarbeider, er det enighet i teorien om at selve pasientrelasjonen også er vernet.³³ Indirekte fremgår dette også av dommen Rt.2013 s.1442, som senere vil gjennomgås. Unntak kan tenkes der tillitshensynet ikke berøres. Eksempelvis kan det argumenteres med at en fastlegerelasjon ikke bør anses taushetsbelagt, da så å si alle innbyggere i landet har en fastlege.³⁴ Likevel vil ytterligere informasjon, som eksempelvis at pasienten har hatt en konsultasjon på et bestemt tidspunkt, være taushetsbelagt.³⁵

Avslutningsvis i bestemmelsen presiseres det at taushetsplikten gjelder opplysninger som vedkommende får vite om i «egenskap av å være helsepersonell». Pasientinformasjon gjelder informasjon helsepersonell har fått både i og utenfor tjenesteforhold, så fremt informasjonen er tilegnet i kraft av sin stilling. Dersom en pasient møter sin behandler utenfor arbeidsstedet og utleverer informasjon på bakgrunn av behandlerens yrke, vil dette omfattes av taushetsplikten jf. Rt.1989 s.1363. Informasjon som behandleren blir klar over uten relasjon til sitt yrke, som for eksempel en passiv vitneobservasjon på fritiden, vil derimot ikke omfattes.

Helsepersonell kan derfor eksempelvis varsle politiet om saker som gjelder mennesker de har eller har hatt som pasienter, så fremt informasjonen de varsler om ikke er informasjon de har tilegnet seg i kraft av å være helsepersonell.

³³ Se bl.a. Befring, Kjelland og Syse (2016) s. 140

³⁴ I 2017 deltok 99,3 % av befolkningen i fastlegeordningen jf. «styringsdata for fastlegeordningen, 4 kvartal 2017» fra Helsedirektoratet

³⁵ Befring, Kjelland og Syse (2016) s. 141

Det kan være verdt å merke seg at på linje med at helsepersonell har en plikt til å bevare taushet, har pasienter en motsvarende rett til konfidensialitet etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 3-6. Jeg vil i det følgende ikke gå nærmere inn på dette.

4.2 Hvilke hensyn og interesser er taushetsplikten ment å ivareta?

4.2.1 Innledning

Det fremgår av forarbeidene at formålet med bestemmelsene om taushetsplikt er å verne pasienters integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell.³⁶ Reglene skal altså sikre at pasienter føler seg trygge på at opplysningene som oppgis i forbindelse med helsehjelp ikke videreformidles, og på den måten også sikre at pasienter ikke unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp. Opplysninger om en persons helse er sensitive personopplysninger som i utgangspunktet ligger i kjernen av taushetsplikten. Det vil kunne oppleves som inngripende dersom slike opplysninger gjøres kjent for andre uten samtykke fra de opplysningene gjelder. Pasienter bør i utgangspunktet få bestemme selv hva andre skal få vite.

4.2.2 Personvern

Personvernet innebærer en rett til privatliv samt en rett til å selv bestemme over alle opplysninger og vurderinger knyttet til en selv som enkeltperson.

Helsepersonell får ofte kjennskap til svært sensitive personopplysninger gjennom at pasienter ofte er nødt til å oppgi slike opplysninger som motytelse for å kunne motta en tjeneste. Dette er fordi helsepersonell er avhengig av detaljerte helseopplysninger for å kunne gi riktig behandling. Det er derfor viktig at pasientene kan føle seg trygge på at opplysningene blir behandlet konfidensielt. I forarbeidene til helsepersonelloven ble «respekten for enkeltindividers personlige integritet, herunder interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad» angitt som et bærende motiv i de overveielsene som ligger til grunn for bestemmelsene om taushetsplikt.³⁷

4.2.3 Tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient

Det er viktig å sikre tillitsforholdet mellom behandler og pasient. Dersom pasienter frykter at deres personopplysninger vil bli videreformidlet, vil potensielle pasienter kunne bli mer

³⁶ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 227

³⁷ Ibid s. 83-84

tilbakeholdne med å oppsøke helsehjelp. Dette gjelder spesielt gruppen av mennesker som er eller har vært involvert i straffbare handlinger eller som søker å unngå offentlige myndigheter. Dersom mennesker som har begått lovbrudd, ikke kan oppsøke helsetjenesten uten at opplysningene blir gitt til politiet, vil de i realiteten være avskåret retten til helsehjelp. I Ot.prp.nr.13 (1998-1999) presiserer sosial- og helsedepartementet i punkt 11.1 at det er et formål at mennesker som har behov for helsehjelp – enten til seg selv, sine barn eller andre pårørende – skal kunne oppsøke helsehjelp uavhengig av atferd eller livssituasjonen for øvrig.³⁸

4.2.4 Samfunnsøkonomiske hensyn

Det vil også være i samfunnets interesse at pasienter har anledning til å oppsøke helsevesenet, både fordi det kan være kostbart samfunnsøkonomisk dersom mennesker går ubehandlet for sykdom og av den grunn faller ut av arbeid eller blir i behov av mer varig bistand. Det kan også være i samfunnets interesse at bærere av smittefarlige sykdommer oppsøker helsevesenet for å unngå ytterligere spredning av sykdommer. I tillegg ville det skape merarbeid for helsetjenesten dersom pasientene selv ikke våget å oppgi opplysninger relevant for helsehjelpen i frykt for straffeforfølgelse.

4.2.5 Hensynet til best mulig behandling

Tillitshensynet, som nevnt i punkt 4.2.3, er også viktig for at pasienter skal føle seg trygge på å oppgi nødvendig informasjon til helsetjenesten for å sikre forsvarlig behandling.

I NOU:1993:33 s. 124 vises det til hensynet til behandlingen som en del av begrunnelsen for reglene om taushetsplikt. Dersom helsepersonellet ikke hadde taushetsplikt, ville pasienter hatt større grunn til å holde tilbake opplysninger. Dette ville igjen kunne skape et uriktig sykdomsbilde og behandling kunne derfor bli gjort på uriktig grunnlag. Uten taushetsplikten ville legen kunne få et utilstrekkelig beslutningsgrunnlag som igjen ville kunne få uheldige følger for helsehjelpens innhold.³⁹ Et annet moment i denne sammenheng kan være at pasienter som oppsøker helsetjenesten ofte har helseproblemer som skaper et behov for ro rundt behandlingssituasjonen. Dersom pasienten skulle frykte straffeforfølgning som følge av

³⁸ Sosial- og helsedepartementet ble delt i to i 2002 til sosialdepartementet og helsedepartementet. I 2005 ble det igjen endret til helse – og omsorgsdepartementet og arbeids – og sosialdepartementet slik vi kjenner departementene i dag.

³⁹ NOU 1993:33 punkt 16.3.1.3.

sin oppsøking av helsetjenesten, ville dette kunne føre til et stressmoment med negativ effekt for behandlingen, som kan medføre at pasienten blir sykere.

4.2.6 Maktforhold

Helsepersonell sitter oftest på et bedre kunnskapsnivå og en dypere innsikt i sykdomsbildet enn det pasienten gjør. Som jeg tidligere var inne på, er utlevering av informasjon til helsepersonell en nødvendig forutsetning for å få adekvat helsehjelp. Dette kan medføre at det oppstår en ubalanse i maktforholdet som setter pasienten i en avmaktssituasjon.

Taushetsplikten kan bidra til å utjevne balansen mellom partene ved at det forutsettes konfidensialitet mellom pasient og behandler.

4.3 Hvor langt når taushetsplikten? – Beslagssituasjoner som illustrasjon

4.3.1 Innledning

Taushetsplikten i hpl. § 21 omhandler, som redegjort for, en plikt til aktivt å hindre at personopplysninger blir spredt så vel som å tie. For å illustrere rekkevidden av denne handleplikten, vil det i det følgende ses nærmere på håndtering av beslag ved sykehus.

Når det blir avdekket at pasienter har medbrakt narkotiske stoffer eller farlige gjenstander til avdelingen, vil dette kunne beslaglegges.⁴⁰ Et sentralt spørsmål i slike saker er hva som skal gjøres med beslagene helsepersonell foretar.

At pasienters involvering i straffbare handlinger kommer til helsepersonells kunnskap gjennom utøving av helsehjelp, er i utgangspunktet undergitt taushetsplikten.

Det er straffbart å oppbevare narkotika jf. strl. § 231. Helsepersonell er ikke unntatt denne bestemmelsen. Det er derfor ulovlig for helsepersonell å oppbevare narkotika beslaglagt fra pasienter.

Av psykisk helsevernloven (phvl) § 4-7 fremgår det at den faglig ansvarlige kan vedta at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres. I forarbeidene er det imidlertid presisert at det ikke

⁴⁰ Det faller utenfor oppgavens tema å gå videre inn på adgangen til å foreta beslag. Det vises i den forbindelse til helsetjenestens adgang til å stille vilkår for behandlingen, se Eckhoff og Smith – Forvaltningsrett 10. utgave s. 353 og for øvrig dommen inntatt i Rt.2010 s.612 (Sårstell-dommen, også kalt Huleboer II). For psykisk helsevern vises til det psykisk helsevernloven §§ 4-6 og 4-7 om adgang til kontroll og beslag.

er noe automatikk i tilintetgjøring.⁴¹ Dette kan eksemplifiseres med et tilfelle hvor en pasient har på seg en lommekniv. I ordinære situasjoner vil det ikke være noe å si på dette, men forholdene tatt i betraktning er den beste løsning å beslaglegge kniven til oppbevaring frem til utskrivelse hvor pasienten kan få den tilbakelevert. For somatiske sykehus vedkommende, foreligger ingen slik hjemmel. Rent praktisk vil pasienten kunne bes om å kvitte seg med narkotikaen eller de farlige gjenstandene før det gis behandling. Eventuelt kan det stilles som vilkår for behandlingen at avdelingen får beslaglegge og eventuelt destruere gjenstandene.

Et viktig skille mellom våpen og narkotika, er at både kniv og registrerte våpen i utgangspunktet er lovlig å besitte. Det er imidlertid straffbart å bære våpen på offentlig sted. Også våpen vil kunne være ulovlig å oppbevare i henhold til våpenlovgivningen. I alle tilfeller ville det være både urimelig og risikofylt å kreve at helseinstitusjoner skulle oppbevare våpen på vegne av pasienter.⁴²

4.3.2 Destruksjon

Hvor det er tatt beslag i eiendeler fra en pasient og besluttet at disse ikke skal utleveres ved utskrivelse, skal beslaget destrueres. Det bemerkes, som tidligere gjennomgått, at helsepersonell ikke har anledning til å oppbevare verken narkotika eller farlige gjenstander, og dette kan i ytterste tilfelle medføre straffansvar for det enkelte helsepersonell.

Utfordringen i slike situasjoner, er at helsepersonellet selv ikke har anledning til å foreta destruksjon eller tilintetgjøring av beslag. Beslaget må således utleveres til politiet for destruksjon.

4.3.3 Anonymisering

En særlig utfordring ved utlevering av beslag til politiet for destruksjon, er at narkotikabeslag kan inneholde opplysninger som kan knyttes til den enkelte pasient, herunder DNA-spor. På samme måte kan beslag i form av våpen inneha serienummer eller andre kjennemerker som kan knytte gjenstanden til den enkelte pasient.

Det finnes ingen lovgivning som særskilt regulerer dette. Det må derfor tas utgangspunkt i reglen om taushetsplikt.

⁴¹ Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s.162-163

⁴² Duvaland (2014) Artikkelen er ikke paginert.

Taushetsplikten innebærer både en plikt til ikke å videreformidle taushetsbelagte opplysninger, men også en plikt til å sørge for en forsvarlig oppbevaring av opplysninger, slik at pasientopplysninger ikke kommer til kjenne for uvedkommende.

Ut fra denne forståelsen, har ikke helsepersonell anledning til å utlevere beslag i form av gjenstander som kan identifisere en pasient da det ville medføre et brudd på taushetsplikten.

Helsepersonell har altså ikke lov til å oppbevare narkotika eller farlige gjenstander, men dersom dette inneholder opplysninger om en pasient, har de heller ikke lov til å levere det ut til politiet. Dette skaper et dilemma for helsepersonell; hvor langt skal taushetsplikten rekke?

Spørsmålet var oppe i dommen inntatt i Rt.2013 s.1442. Saken omhandlet en pasient som var brakt inn til medisinsk intensivavdeling ved UNN Tromsø i bevisstløs tilstand. I forbindelse med undersøkelse av pasienten, ble det funnet en mindre dose narkotika. En sykepleier tok hånd om stoffet, ved først å putte det i egen lomme, for så å oppbevare det i et skap. Politiet ble varslet om funnet.

Før politiet kom, hadde en overlege ved avdelingen lest seg opp på retningslinjene for funn av narkotika på pasienter. Da politiet ankom sykehuset, ba de om informasjon om pasientens identitet. Legen svarte at informasjonen var underlagt taushetsplikt. Politiet ga da beskjed om at de ville undersøke narkotikaen med tanke på DNA-spor. Til dette svarte legen med å gni posen mellom hendene sine før han overrakte stoffet. Lab-undersøkelse av stoffet viste at posen inneholdt 4,35 gram metamfetamin. Legen ble etter dette anmeldt for bevisforspillelse. Høyesterett konkluderte med at handlingen hadde et lovlig formål – å hindre at politiet fikk kjennskap til taushetsbelagt informasjon.

Retten drøftet også hvorvidt legen etter hpl. § 21 hadde en aktiv plikt til å fjerne DNA på posen før overleveringen til politiet. Det ble etter en henvisning til Rasmussen, «Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet», side 15, fremhevet at hvor langt plikten til å aktivt hindre at noen får kjennskap til taushetsbelagt informasjon går, må avgjøres ut fra et konkret rimelighetskjønn. I vurderingen skulle det ses på hvilke praktiske muligheter helsepersonellet har til å verne om pasienters anonymitet.

Etter Høyesteretts fremstilling er altså det avgjørende i vurderingen av hvor langt taushetsplikten rekker, hvorvidt det er praktisk mulig å gjøre aktive handlinger for å verne om pasientenes identitet, og om dette i tilfelle ville være rimelig å kreve av helsepersonellet i den

konkrete situasjonen. Til tross for at Høyesterett stilte spørsmålet om helsepersonellet i dette tilfellet hadde en plikt til å fjerne DNA før overlevering til politiet, er det vanskelig å se at spørsmålet om rekkevidden av taushetsplikten ble besvart i dommen. Retten konkluderte med at legen i dette tilfellet handlet innenfor taushetsplikten.

På bakgrunn av denne dommen kan det slås fast at politiet ikke skal få kjennskap til pasientopplysninger som en konsekvens av vedkommendes behov for helsehjelp. Rekkevidden av taushetspliktens handleplikt, må avgjøres ut fra en forholdsmessighetsvurdering.

Ved narkotikabeslag vil helsepersonell enkelt kunne flytte stoffet i en ny forsegling før overlevering til politiet. På en slik måte overgis ikke pasientens fingeravtrykk til politiet. Det kan likevel tenkes at pasientens DNA også befinner seg på selve stoffet. Ut fra en forholdsmessighetsvurdering kan det neppe kreves at helsepersonell skal gå så langt som å foreta en DNA-analyse av narkotikaen og utføre en eventuell destruksjon av DNA-materiale før overlevering til politiet.

Vedrørende spørsmålet om beslag av våpen, ble det i tingretts⁴³ – og lagmannsrettsbehandlingen⁴⁴ av Rt.2013 s.1442 poengtert at handlinger i form av nedsliping av serienummer på pistol ville være å dra taushetsplikten for langt. Selv om dette ikke ble drøftet av Høyesterett, må det antas at nedsliping av serienummer ville være uforholdsmessig krevende å pålegge helsepersonell.⁴⁵ Enklere tiltak som fjerning av fingeravtrykk og DNA på gjenstanden må imidlertid kunne kreves som et rimelig tiltak for aidentifisering før utlevering til politiet.

5 Begrensninger i taushetsplikten

5.1 Innledning

Til nå har vi sett på hovedregelen om taushetsplikt samt en illustrasjon av pliktens rekkevidde. Oppgavens tema er unntakene fra taushetsplikten, altså når helsepersonell kan sette til side taushetsplikten for å utlevere opplysninger til politiet. I dette kapittelet skal jeg behandle helsepersonells rett og plikt til å utlevere opplysninger til politiet. Før jeg ser

⁴³ TNHER-2012-147883

⁴⁴ LH-2012-203349

⁴⁵ Duvaland (2014)

nærmere på de lovbestemmelsene som begrenser taushetsplikten, vil jeg redegjøre for hvilke folkerettslige og konstitusjonelle krav som stilles til lovgivningen.

5.2 De folkerettslige og konstitusjonelle rammene for utleveringsadgang av personopplysninger

5.2.1 Grunnloven § 102

Ved grunnlovsrevisjonen i 2014 ble enkelte grunnleggende rettigheter av betydning for helse retten tatt inn. Særlig er Grl. § 102 av betydning for taushetsplikten da bestemmelsen har betydning for behandlingen av pasientopplysninger. Bestemmelsen bygger blant annet på FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter art. 17 og EMK art. 8.

Det fremgår av Grl. § 102 at «enhver har rett til respekt for sitt privatliv, familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon». Det ble fastsatt i Rt. 2015 s. 93⁴⁶ at menneskerettighetsbestemmelsene i Grunnloven må leses i lys av sine folkerettslige forbilder. Grl. § 102 må således leses i lys av EMK art. 8. Likevel vil fremtidig praksis fra de internasjonale håndhevingsorganene ikke ha samme prejudikatsvirkning ved grunnlovstolkningen som ved tolkningen av de parallelle konvensjonsbestemmelsene jf. avsnitt 57 i nevnte dom. Grunnlovens bestemmelser må således tolkes autonomt.

Ordet «privatliv» favner vidt, og det finnes ingen uttømmende definisjon av begrepet jf. Rt.2015 s. 93 jf. Rt.2012 s.2039. Privatliv og personvern henger imidlertid tett sammen og beskytter den personlige sfære. Når grunnloven fastsetter en rett til *respekt* for privatlivet, innebærer det et vern mot offentlig inngrep i personvernet, herunder tilsidesettelse av taushetsplikten ved utlevering av personopplysninger.

Bestemmelsen er utformet som en absolutt rettighet. Grunnlovsvernet er imidlertid ikke absolutt. I tråd med EMK art. 8, vil det være tillatt å gripe inn i rettighetene, dersom tiltaket har tilstrekkelig hjemmel, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessig.

5.2.2 EMK art. 8 – retten til respekt for privatliv og familieliv

EMK art. 8 hjemler retten til privatliv og familieliv. I første ledd oppstilles et forbud mot at staten kan gripe inn i privatlivet. Unntakene følger av bestemmelsens annet ledd, som oppstiller tre kumulative vilkår; det må foreligge hjemmel i lov, inngrepet må fremme et av de

⁴⁶ Rt. 2015 s. 93, avsnitt 57

uttømmende legitime formålene i bestemmelsen og inngrepet må være nødvendig i et demokratisk samfunn.

Dersom vilkårene i bestemmelsens første ledd er oppfylt, utløser det således plikter etter bestemmelsens annet ledd. Dette betyr at dersom helsepersonells utlevering av personopplysninger anses som et inngrep i retten til privatliv, vil dette utgjøre en krenkelse av art. 8 med mindre det kan rettfærdiggjøres gjennom de kumulative vilkårene i artikkelens annet ledd.

EMD har tidligere konstatert at utlevering av taushetsbelagte opplysninger utgjør et inngrep i EMK art. 8 jf. M.S. mot Sverige.⁴⁷ I nevnte dom ble det fremhevet at pasientopplysninger er sensitive og personlige, og det faktum at mottakeren av opplysningene hadde taushetsplikt ikke endret synet på at utlevering utgjorde et inngrep. Gjennom EMK art. 8 er altså den enkelte borger beskyttet mot spredning av pasientopplysninger. Dette betyr at helsepersonells utlevering av pasientopplysninger til politiet i utgangspunktet utgjør et inngrep i EMK art. 8.

Pasienter har således en rett til vern om sitt privatliv, herunder et vern mot at helsepersonell skal gi ut helseopplysninger til politiet, men bestemmelsen er ikke absolutt.

For at et inngrep skal kunne rettfærdiggjøres, må inngrepet for det første være «*in accordance with the law*». Vilkåret forstås slik at det må foreligge en nasjonal lovhjemmel av tilstrekkelig klarhet til å hjemle inngrepet. I saken *Sunday Times mot Storbritannia*, fremholdt EMD tre tolkningsprinsipper ved vurderingen av om inngrepet var i samsvar med lov. For det første må inngrepet ha hjemmel i nasjonal lov. For det andre må loven være «*accessible*», altså tilgjengelig for borgerne. For det tredje vil ikke en regel oppfylle lovkravet dersom det ikke er formulert med tilstrekkelig presisjon for borgerne til å tilpasse sine handlinger – med andre ord må borgerne kunne forutberegne sin rettsstilling og hvilke konsekvenser ens handlinger vil kunne få. EMD presenterer dette kravet som at bestemmelsen må være «*foreseeable*», altså forutsigbar for borgerne.⁴⁸

Vilkårene innebærer at den enkelte borger må kunne forutse når et inngrep kan bli aktuelt. Klare, tilgjengelige og forutberegnelige lover hindrer at den enkelte blir utsatt for vilkårlige og uforutsigbare inngrep fra staten. Rettsreglene må derfor ha en viss presisjon når det gjelder

⁴⁷ Case of M.S. v. Sweden (74/1996/693/885) avsnitt 35

⁴⁸ Case of Sunday Times v. The United Kingdom avsnitt 49

inngrepets karakter og omfang, og den ferdigtolkede rettsregelen kan ikke avvike i vesentlig grad fra lovens ordlyd. Der forvaltningen er ilagt skjønsmessige bestemmelser, må det foreligge rammer for skjønnets for å unngå vilkårlige inngrep jf. saken Silver mot Storbritannia.⁴⁹

Eventuelle retningslinjer for utøvelsen av skjønnets kan for eksempel fremgå i forarbeider eller rettspraksis. Kravet til presisjon vil avhenge av inngrepets karakter. Hvor faren for vilkårlige inngrep er stor, vil det stilles strengere krav til lovreglens presisjon. EMD har i sin tidligere praksis lagt til grunn at det er umulig å pålegge statene å utforme helt presise lover, da det ikke er praktisk gjennomførbart å formulere lover som skal dekke alle eventualiteter.⁵⁰ Kravet til klarhet vil derfor også avhenge av om det er praktisk mulig å lage klare regler på det konkrete området.

Inngrepet må også ha til hensikt å fremme et av de legitime formålene nevnt i bestemmelsen. «*National security*», «*public safety*», «*prevention of disorder or crime*» og «*the protection of health*» er alle opplistet som legitime formål. Reglene som omhandler helsepersonells rett eller plikt til å utlevere opplysninger til politiet må således støtte disse formålene. Det mest aktuelle formålet i denne sammenheng vil være «*prevention of disorder or crime*».

I tillegg må inngrepet være «*necessary in a democratic society*». Dette vilkåret tolkes som en forholdsmessighetsvurdering; tiltaket må være nødvendig for å oppnå formålet, og det må være et rimelig samsvar mellom mål og middel. Det må således være samsvar mellom utleveringen av pasientopplysningene og målet man søker oppnådd.

EMD har i sin praksis tolket vilkåret «nødvendig» dithen at det må foreligge et tvingende samfunnsmessig behov for inngrepet samt at inngrepet står proporsjonalt til formålet det skal ivareta.⁵¹ Dette innebærer at jo vesentligere de samfunnsmessige formålene med inngrepet er, jo større inngrep vil tillates. I vurderingen av hvorvidt helsepersonell skal utlevere opplysninger til politiet, må det derfor legges vekt på det samfunnsmessige behovet for en slik utlevering.

⁴⁹ Case of Silver and others v the United Kingdom avsnitt 88

⁵⁰ Se bl.a. Sunday Times mot Storbritannia (avsnitt 49), Silver mot Storbritannia (avsnitt 88) og Malone mot Storbritannia (avsnitt 67).

⁵¹ Case of Olsson v Sweden avsnitt 67

I dette punktet er vilkårene EMK stiller for å kunne rettferdiggjøre et inngrep i retten til privatliv, kort presentert. Formålsvilkåret vil ikke bli drøftet videre i oppgaven, da jeg ønsker å fokusere på det jeg anser som det mest problematiske i relasjonen mellom de aktuelle bestemmelsene i helselovgivningen og EMK- materien; lovkravet.

5.3 Opplysningsrett

5.3.1 Innledning

Helsepersonells opplysningsrett er hjemlet i kapittel 5 i helsepersonelloven. Det er §§ 23 og 24 som er relevante for utlevering av opplysninger til politiet. Med opplysningsrett menes det at helsepersonellet som sitter med opplysningene, har *rett til å velge* hvorvidt opplysningene skal formidles til andre under nærmere gitte vilkår. Jeg vil i det følgende behandle vilkårene slik de er opplistet i § 23 nummer 1 – 6 separat før § 24 drøftes. Paragraf 23 nummer 1-3 er viktig å kjenne til, men er sjelden brukt som begrunnelse for utlevering av opplysninger til politiet, og vil derfor kun behandles helt overfladisk.

5.3.2 Utgangspunkt: samtykke

Som tidligere drøftet, er reglene om taushetsplikt først og fremst utformet på bakgrunn av hensynet til pasienten. Det er derfor naturlig at taushetsplikten også kan oppheves etter pasientens ønske, da integritetsvernet i slike saker ikke vil bli tilsidesatt.

Det fremgår av hpl. § 22 at taushetsplikten etter § 21 ikke er til hinder for at pasienten selv kan gjøres kjent med opplysningene eller at andre får kjennskap til opplysningene etter pasientens samtykke. Bestemmelsen må leses i lys av formålet med reglene om taushetsplikt, som blant annet er hensynet til vern om personer og om personlig integritet. En naturlig tolkning er at pasienten selv har råderett over vernet, slik at pasienten også har adgang til å frasi seg det vernet taushetsplikten gir. Denne råderetten hviler igjen på prinsippet om pasientens selvbestemmelsesrett da det er underlagt pasientens autonomi å gi samtykke til kommunikasjon av egne pasientopplysninger.⁵²

For barn og unge mellom 12 og 16 år er hovedregelen at de sammen med den eller de som har foreldreansvaret må samtykke jf. hpl. § 22 annet ledd og pbrl. § 4-4 og § 3-4 annet ledd.

⁵² Aasen (2000), s. 356 flg.

Dersom barnet ikke er i stand til å gi et kompetent samtykke jf. pbrl. § 3-3 annet ledd, kan denne kompetansen overlates til nærmeste pårørende.

I tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å samtykke og det åpenbart er i pasientens interesse å videreformidle opplysningene til politiet, vil et samtykke kunne presumeres. Hvorvidt det åpenbart er i pasientens interesse, må avgjøres ut fra opplysningenes art og pasientens formodede vilje.⁵³ I forarbeidene er opplysninger som er nødvendig for etterforskning av en alvorlig forbrytelse brukt som eksempel.⁵⁴ Der pasienten selv har vært utsatt for en alvorlig forbrytelse og politiet er avhengig av pasientopplysninger for sakens etterforskning, vil helsepersonellet som hovedregel kunne gi ut slik informasjon etter et presumert samtykke i tilfeller pasienten ikke selv er i stand til å avgi et samtykke.⁵⁵ Det må imidlertid tas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle om hva som utvilsomt er i pasientens interesse.

Etter ordlyden stilles det ingen formkrav til samtykket, og et muntlig samtykke vil således være like bindende som et skriftlig. For at samtykket skal være gyldig, må det oppfylle vilkårene for gyldig viljeserklæring. Dette innebærer at dersom helsepersonellet vil videreformidle pasientopplysninger til politiet på bakgrunn av et samtykke fra pasienten, må dette bero på et *informert* samtykke. Omstendighetene rundt samtykket må gi rom for overveielse, der både frivillighet og oversikt over konsekvenser av opphevelse av taushetsplikt inngår. Helsepersonellet bør derfor informere pasienten om hva samtykket skal brukes til, herunder hvilke opplysninger som skal videreformidles og hvem som skal få opplysningene for at samtykket skal være informert. Et slikt samtykke kan trekkes tilbake på ethvert tidspunkt.⁵⁶

Videre behøver ikke samtykke å være uttrykkelig. I enkelte situasjoner vil også indirekte og underforståtte samtykker kunne anses å oppfylle vilkåret.⁵⁷ Dersom et stilltiende samtykke skal legges til grunn, må det fremgå klart av pasientens uttalelse og/eller atferd at opplysningene kan bringes videre.⁵⁸ Pasientens vilje må ha kommet frem på en klar måte slik at helsepersonellet kan trekke den slutningen at pasienten godtar at opplysningene videreformidles til politiet.

⁵³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.229

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Ibid s. 54

⁵⁶ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.228-229

⁵⁷ Ibid s. 229

⁵⁸ Kjønstad (2007), s. 282

Det er ikke alltid at pasienter og helsepersonell har samme oppfatning av hva samtykket omhandler. Dommen inntatt i Rt.2006 s.799 er illustrerende. Saken gjaldt oppreisning for krenkelse av privatlivets fred etter at en avdelingsoverlege ved en kirurgisk avdeling hadde orientert statsministeren, helseministeren, journalister, fotografer og et kamerateam om en pasients sykdom. Pasienten hadde på forhånd samtykket til å møte statsministeren og helseministeren sammen med et reportasjeteam fra NRK. I forkant av møtet informerte avdelingsoverlegen statsrådene, deres medarbeidere og reportasjeteamet om at pasienten de skulle få møte hadde en alvorlig, arvelig tarmsykdom som ville være dødelig uten behandling.

Da saken kom opp for Høyesterett var partene enige om at de opplysningene legen hadde gitt var underlagt taushetsplikt. Spørsmålet for retten var om det var gitt samtykke til utlevering av disse opplysningene.

Legen anførte at pasienten måtte ha forstått at sykdommen og hvordan den ble behandlet, ville bli omtalt ved at han samtykket til å møte statsrådene. Pasienten på sin side var av den oppfatning at han hadde takket ja til å være statist som en tilfeldig utvalgt pasient, slik at det ikke forelå et samtykke til utlevering av opplysninger. Høyesterett uttalte i premiss 41, med henvisning til Ot.prp.nr.13 (1998-1999) at det er opp til den som bringer videre taushetsbelagte opplysninger å påse at nødvendig samtykke foreligger. Høyesterett fant det klart at et slikt nødvendig samtykke ikke forelå, og at legen således hadde brutt taushetsplikten. I tillegg til å bli dømt for brudd på taushetsplikten, ble legen idømt et oppreisningskrav på 50 000 kr for brudd på skadeerstatningsloven § 3-6 om krenkelse av privatlivets fred.

Dommen illustrerer at det er helsepersonellens ansvar å sørge for at det foreligger et *informert* samtykke før opplysninger utleveres. Samtykket må eksplisitt omhandle alt som vil bli formidlet om pasienten, til hvem og når dette vil skje.

Et samtykke vil ikke automatisk utløse en opplysningsplikt for helsepersonellet. Så fremt det er i tråd med kravet til forsvarlig helsehjelp, kan helsepersonellet uten å gi noen nærmere begrunnelse avstå fra å utlevere opplysninger til tross for at pasienten har samtykket til en slik utlevering gjennom et informert eller presumert samtykke.

Helsepersonell kan ha en opplysningsrett selv om det ikke foreligger samtykke fra pasienten. I det følgende vil det bli redegjort for hvilke tilfeller det gjelder.

5.3.3 Allerede kjent informasjon

Det fremgår av hpl. § 23 nr.1 at opplysninger kan gis den som fra før er kjent med opplysningene. Dette kan eksempelvis være opplysninger som pasienten tidligere har lagt frem selv for henvendende instans. Der en pasient selv oppgir helseopplysninger og ber helsepersonellet bekrefte dette overfor politiet, vil det etter § 23 nr. 1 være en lovlig tilsidesettelse av taushetsplikten. I praksis vil nok vilkåret være noe sammenfallende med reglene om samtykke.

5.3.4 Ingen berettiget interesse i hemmelighold

Etter hpl. § 23 nr. 2 kan opplysninger gis videre når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold. Det er en tilsvarende formulering i fvl. § 13 b. Det foreligger liten veiledning både av ordlyd og forarbeider på hvor streng den skjønsmessige normen er.

Det kan ses hen til formålet med taushetsplikten og vurderes om tillitshensynet gjør seg gjeldende i det enkelte tilfellet. Hvorvidt det foreligger en berettiget interesse i hemmelighold må vurderes ut fra hensynet til pasienten.

Dette innebærer at helsepersonell kan meddele opplysninger som er åpenbare for alle uten hinder av taushetsplikten. Et eksempel kan være at en person sitter i rullestol, da dette er en opplysning som kan anses tilgjengelig for alle.

5.3.5 Anonymisert informasjon

Etter hpl. § 23 nr. 3 kan pasientopplysninger formidles til andre dersom de er anonymisert. Dette er typisk aktuelt i tilfeller hvor opplysningene skal tas i bruk i forskning, undervisning og veiledning. I mindre samfunn vil det kunne være utfordrende da anonymiserte helseopplysninger i seg selv kan være nok til at andre klarer å identifisere vedkommende.

5.3.6 Tungtveiende interesser

Etter helsepersonell. § 23 nr. 4 kan opplysninger gis videre når «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre».

Opplysningsplikten i § 23 nr.4 må etter ordlyden tolkes å åpne for en skjønsmessig vurdering hvor «tungtveiende private eller offentlige interesser» må veies mot taushetsplikten og pasientens behov for konfidensialitet.

Etter forarbeidene er § 23 punkt 4 en videreføring av den tidligere legelovens § 31 der «særlige grunner» utgjorde rettsstridsreservasjonen.⁵⁹ Ordlydsendringen var ikke ment til å føre til en realitetsendring av gjeldende rett, men for å tydeligere få frem hvilken interesseavveining som skulle foretas.

I bestemmelsen er det presisert at hensynene må være «tungtveiende». Det må derfor foretas en interesseavveining hvor hensynene som taler for å bryte taushetsplikten må veie *vesentlig* tyngre enn hensynene mot. Av forarbeidene fremgår det at dette i alminnelighet vil være nødrettsbetraktninger.⁶⁰ Bestemmelsen er altså forutsatt å skulle anvendes på ekstraordinære tilfeller for å *motvirke* skader av større omfang. Forarbeidene forutsetter således at opplysningene må være egnet til å avverge en større skade.

Eksempelvis vil dette gjelde hvor en pasient påvirket av rusmidler uttrykker at han har til hensikt å kjøre bil. Helsepersonellet vil da ha et ansvar for å stoppe vedkommende, og det vil praktisk la seg gjøre ved å kontakte politiet dersom de ikke lykkes med å snakke vedkommende til fornuft.

Nødrettstilfellene er imidlertid hjemlet i hpl. § 31. Slik det er naturlig å forstå forarbeidene, vil opplysningsretten etter § 23 nr.4 ikke gå lenger enn opplysningsplikten til nødretter etter hpl. § 31.

En slik forståelse vil samsvare dårlig med helsepersonellovens systematikk. Tolkningen medfører at vilkårene for opplysningsrett vil være de samme som for opplysningsplikt etter § 31. Ordlyden i bestemmelsene er også vesensforskjellig. Mens § 31 hjemler opplysningsplikt til nødretter «dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom», er vilkårene for opplysningsplikt i § 23 nr. 4 at «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre». Mens § 31 inneholder et vilkår om avvergelse, forutsetter § 23 nr. 4 utelukkende en forholdsmessighetsvurdering. På dette grunnlag må § 23 nr.4 antas å ha et videre anvendelsesområde enn hpl. § 31.

Som redegjort for i punkt 5.2.2 antas videreføring av helseopplysninger å representere et inngrep i EMK art. 8. Et slikt inngrep vil utgjøre en krenkelse av retten til privatliv dersom det ikke kan rettferdiggjøres gjennom unntakene i bestemmelsens annet ledd, hvor det fremgår at inngrepet må være «*in accordance with the law*» og er «*necessary in a democratic*

⁵⁹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228-229

⁶⁰ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 229

society» i henhold til de opplistede formål. Spørsmålet er derfor i hvilken grad opplysningsretten oppfyller vilkårene i EMK art. 8.

EMK art. 8 stiller krav til at lovbestemmelsen skal være tilstrekkelig presis og forutberegnelig. EMD har i sin tidligere praksis lagt til grunn at det er umulig å pålegge statene å utforme helt presise lover, da det ikke er praktisk mulig å formulere lover som skal dekke alle eventualiteter.⁶¹ Som vist til i punkt 5.2, har statene en viss anledning til å utforme skjønnsmessige bestemmelser på områder som representerer et inngrep i EMK art. 8, så fremt bestemmelsene også angir rammen for skjønnet.

Hva som ligger i formuleringen «tungtveiende private eller offentlige interesser» som angitt i hpl. § 23 nr.4, gir som nevnt både ordlyd og forarbeider liten anvisning på. En så vag utforming uten veiledning til fortolkningen i øvrige rettskilder, resulterer i at vurderingen av hvorvidt det skal foretas et inngrep i art. 8 i stor grad blir overlatt til det enkelte helsepersonell.

Vilkåret «nødvendig i et demokratisk samfunn» innebærer, som redegjort for, at det må foreligge tvingende samfunnsmessige behov for inngrepet samt at inngrepet må være proporsjonalt i forhold til formålet det søker å ivareta. Etter ordlyden i § 23 nr.4 kan for eksempel etterforskningsmessige hensyn anses som tungtveiende offentlige interesser og således begrunne utlevering. Dersom helsepersonell kunne begrunne utlevering av pasientopplysninger i etterforskningsmessige hensyn, ville det i realiteten vært lite igjen av taushetspliktens vern. Selv om det er klart at kriminalitet er en trussel mot et demokratisk samfunn, ville også de demokratiske verdiene i samfunnet vært truet dersom man skulle tillate en slik informasjonsflyt mellom etatene. Til tross for at det både i forarbeider, rettspraksis og teori er forutsatt at bestemmelsen kun gjelder i nødrettslignende tilfeller, er det på det rene at det neppe kan forventes at den enkelte helsearbeider skal ha satt seg nøye nok inn i de øvrige rettskildene til å inneha samme forståelse. Helsepersonell som gruppe må antas å ha begrenset kunnskap om EMK, slik at det vanskelig kan forutsettes at det enkelte helsepersonell skal kunne tolke bestemmelsene i helsepersonelloven i lys av EMK art. 8. Så lenge ordlyden i § 23 nr.4 angir skjønnsmessige vilkår som kan tolkes til å få et så vidt anvendelsesområde, kan det vanskelig tenkes at bestemmelsen oppfyller nødvendighetsvilkåret.

⁶¹ Se bl.a. Sunday Times mot Storbritannia, Silver mot Storbritannia og Malone mot Storbritannia.

Vilkårene i hpl. § 23 nr.4 bør derfor klargjøres tydeligere for å oppfylle hjemmelskravet i EMK art. 8.

5.3.6.1 Savnede personer som illustrasjon

Som redegjort for ovenfor, kan hpl. § 23 nr. 4 by på tolkningsutfordringer. For å illustrere dette ytterligere, vil jeg benytte et praktisk eksempel. En aktuell problemstilling helsepersonell kan stå overfor i relasjon til hpl. § 23 nr. 4. er om politiet skal varsles når de får inn pasienter som er meldt savnet.

Helsepersonells yrkesmessige taushetsplikt fremgår, som nevnt, av helsepersonell. § 21. Taushetsplikten gjelder opplysninger om noens *legems– eller sykdomsforhold* eller *andre personlige forhold*. Som tidligere drøftet, er også opplysninger om at en pasient oppholder seg på et sykehus, underlagt taushetsplikt da dette kan røpe en pasientrelasjon. Hovedregelen er derfor at helsepersonell ikke kan gi ut informasjon til politiet om at en savnet person befinner seg på sykehuset. Dersom det skal gjøres unntak fra hovedregelen, må det ha hjemmel i lov.

Etter hpl. § 23 nr. 4 er ikke taushetsplikten til hinder for at opplysninger gis videre når «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre».

Etter lovens ordlyd må hensynet til private personer eller det offentlige veie vesentlig tyngre enn hensynet til taushetsplikten.

I forarbeidene presiseres det at de hensynene som taler for å bryte taushetsplikten i realiteten må være nødrettsbetraktninger.⁶² Videreformidlingen av informasjon må således være egnet til å motvirke skade av et visst omfang.

Bestemmelsen gjelder altså hovedsakelig nødrettsbetraktninger. I rundskrivet «Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet», utgitt av Helsedirektoratet og Politidirektoratet, fremgår følgende;

I krise-/katastrofesituasjoner er det viktig for politiet å vite om noen fortsatt er savnet eller ikke. Dette for at politiet ikke skal binde opp ressurser til å lete etter personer som ikke lenger er savnet. Helsepersonell skal i slike situasjoner oppgi navn på pasienter som er ivaretatt av helsetjenesten.

⁶² Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.229

I krise- og katastrofesituasjoner har altså helsepersonell en rett til å oppgi navn på pasienter til politiet. Hensikten er at politiet i krisesituasjoner ikke skal behøve å binde opp unødige ressurser til å lete etter personer som i realiteten er i trygghet.

Krise- og katastrofesituasjoner er utvilsomt nødrettstilfeller, og rundskrivets tolkning av bestemmelsen samsvarer således med de øvrige rettskilders tolkning. Det anses derfor lite tvilsomt at helsepersonell i krise- og katastrofesituasjoner kan oppgi navn på pasienter de har fått inn til politiet

Situasjonen stiller seg imidlertid noe annerledes i tilfeller hvor det er en enkelt person som er savnet uten at det foreligger en krise- eller katastrofesituasjon. I slike situasjoner vil ikke nødrettsbetraktninger gjøre seg gjeldende, da det ikke foreligger fare som må avverges. Dette kan være en særlig aktuell problemstilling ved psykiatriske sykehus.

Et eksempel kan være hvor sykehuset får inn en 18 år gammel mann med rusutløst psykose etter en fest. Det vil være naturlig at vedkommende fremdeles bor hjemme hos sine foreldre. Når mannen ikke kommer hjem etter fest, vil det naturlige for foreldrene være å melde personen savnet til politiet. Pasienten vil i realiteten være trygt i behold på sykehuset, og helsepersonellet vil derfor ikke kunne begrunne opplysningsrett i en avvergelsesplikt.

I de fleste tilfeller vil det tenkes at vedkommendes foreldre er ført opp som nærmeste pårørende jf. pbrl. § 1-3. Dersom pasienten ikke tas inn frivillig, vil den faglige ansvarlige ved sykehuset være forpliktet til å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungen innleggelse senest innen 24 timer etter innleggelse.⁶³ Hvis det fattes tvangsvedtak skal de pårørende varsles jf. phvl. § 3-3 a. Foreldrene, så fremt de er nærmeste pårørende, vil da kunne varsle politiet om at sønnen er kommet til rette. Som regel vil dette være tilfelle, da det kun er nærmeste pårørende som har anledning til å melde en person savnet. En pasient har imidlertid anledning til å endre og å eventuelt fjerne oppførte nærmeste pårørende.

Dette innebærer at de som har meldt personen savnet ikke alltid vil varsles da dette avhenger av om de er oppført som nærmeste pårørende. Det kan tenkes flere grunner til at unge mennesker ved eksempelvis rusutløst psykose ikke ønsker å ha sine foreldre oppført som nærmeste pårørende. Som vi har sett, vil det også i tilfeller hvor foreldrene er oppført som nærmeste pårørende, kunne gå opptil 24 timer etter innleggelse før faglig ansvarlig har en

⁶³ Psykisk helsevernlov § 3-3a annet ledd

plikt til å varsle dem. Pasienten må via en henvisende lege før innleggelsen, slik at vedkommende i realiteten kan ha vært ivaretatt av helsevesenet også lenger enn 24 timer.

Helsepersonellet kan forsøke å innhente samtykke fra den savnede for å kunne gi ut opplysninger til politiet om at vedkommende befinner seg på sykehus. Det er imidlertid ikke alle pasienter som vil samtykke til at informasjon gis. Paranoide pasienter, pasienter med et anstrengt forhold til politiet eller bevisstløse pasienter kan være eksempler på grupper det kan være vanskelig å innhente samtykke fra.

Selv om det at en pasient er savnet, ikke direkte utgjør en «fare for skade» når vedkommende er tatt hånd om av helsepersonell, innebærer en savnetmelding at politiet unødige binder opp ressurser slik at annet arbeid ikke blir prioritert. Dette kan igjen utsette andre for fare.

Hpl. § 6 pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen som gis, ikke påfører «andre unødvendig tidstap eller utgift». Å ikke informere politiet om at en savnet person er kommet til rette, ville utvilsomt avstedkomme en unødvendig ressursbruk.

Det er tunge reelle hensyn som taler for å kunne utlevere informasjon til politiet om savnede personer, også utenfor krise- og katastrofesituasjoner. Det er imidlertid kun opplysninger som er nødvendig for å ivareta formålet med informasjonsutleveringen – nemlig å spare politiet for unødvendig ressursbruk – som kan oppgis. Helsepersonell burde derfor kunne oppgi informasjon om at pasienten er i sikkerhet, men kan ikke utdype ytterligere om hvor personen ble funnet, helsetilstand eller lignende uten at det foreligger et samtykke fra pasienten.

5.3.7 Dyremishandling

Det fremgår av hpl. § 23 nr. 5 at taushetsplikten etter § 21 ikke er til hinder for at opplysninger kan gis dersom helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rimelig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet.

Punktet ble tatt inn i forbindelse med vedtakelsen av dyrevelferdsloven i 2009. Det gjelder også en varslingsplikt ved mistanke om mishandling eller alvorlig velferdssvikt av dyr jf. dyrevelferdsloven § 5. Denne plikten utgjør ikke en direkte avvergelsesplikt, da den ikke pålegger borgere å aktivt gripe inn med egne handlinger for å avverge mishandling av dyr. Bestemmelsen hjemler allikevel en plikt til å melde fra til politiet eller Mattilsynet. Det er imidlertid presisert at bestemmelsen gjelder med de begrensninger som følger av annen lovgivning. Taushetsplikten vil derfor sette hinder for en varslingsplikt for helsepersonell med

hjemmel i dyrevelferdsloven § 5. Unntaket i hpl. § 23 nr.5 gir likevel en *rett* til å utlevere opplysninger til politiet ved mistanke om mishandling av dyr. Dette innebærer at helsepersonell har en rett, men ingen plikt, til å oppgi informasjon til politiet ved mishandling eller alvorlig omsorgssvikt for dyr.

I forarbeidene til dyrevelferdsloven, fremgår det at det med bestemmelsens formulering «grunn til å tro», ikke kreves at helsepersonellet skal ha sikker kunnskap om at det foreligger mishandling eller svikt.⁶⁴ Det må imidlertid foreligge en berettiget mistanke om at dyrene utsettes for mishandling eller alvorlig svikt. Ved vurderingen må helsepersonellet legge vekt på pasientens helsetilstand og i hvilken grad dette må antas å ha en virkning på pasientens evne til å ivareta dyrenes velferd.

Videre vil ikke ethvert avvik fra forsvarlig dyrehold være tilstrekkelig til å hjemle en varlingsrett. Vilkåret er at forholdene må kunne karakteriseres som «mishandling» eller «alvorlig svikt» vedrørende miljø, tilsyn og stell.

Det er ikke tilstrekkelig at helsepersonellet har en berettiget mistanke om at det foreligger dyremishandling eller alvorlig svikt knyttet til miljø, tilsyn og stell av dyrene. Det må også anses «rettmessig» å videreformidle opplysningene til Mattilsynet eller politiet.

Rettmessighetsvilkåret gir anvisning på en interesseavveining mellom pasientens behov for konfidensialitet på den ene side, og hensynet til dyrene på den andre. Dette er også presisert i forarbeidene, se henvisning ovenfor.

I praksis vil det ofte være tilstrekkelig å ta en samtale med pasienten for å få et samtykke til å kontakte personer eller myndigheter som kan ta vare på dyrene. Dersom dette er mulig, er det ikke nødvendig å gjøre unntak fra taushetsplikten etter denne bestemmelsen.

5.3.8 Fastsatt i lov

Det fremgår av hpl. § 23 nr. 6 at opplysninger kan gis uavhengig av taushetsplikten dersom det er uttrykkelig fastsatt i lov eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde. Dette gjelder et titalls bestemmelser, men i oppgaven vil det kun drøftes de av bestemmelsene som er av betydning i relasjonen mellom helsepersonell og politi.

⁶⁴ Ot.prp.nr.15 (2008-2009) punkt 4.4

5.3.9 Etter pasientens død

5.3.9.1 Innledning

Avdødes personvern er vernet gjennom hpl. § 24. Hovedregelen er at utlevering av opplysninger er betinget av et samtykke fra pasienten. Etter at en pasient er avgått med døden, vil det ikke lenger være mulig å innhente et slikt samtykke. Det er derfor egne vilkår for utlevering av taushetsbelagte opplysninger om avdøde pasienter.

Det fremgår av bestemmelsen at opplysninger om en avdød person kan gis videre dersom *vektige grunner* taler for det. Ordlyden tolkes slik at det må foreligge gode grunner for å utlevere opplysninger om en avdød pasient. I vurderingen om opplysninger skal gis, må det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Hensynene vil i det følgende bli behandlet hver for seg.

5.3.9.2 Avdødes antatte vilje

I vurderingen om det foreligger «vektige grunner» skal det for det første legges vekt på avdødes antatte vilje. Av forarbeidene fremgår det at dersom avdøde ikke tidligere har gitt uttrykk for hva vedkommende mener om utlevering av sine personopplysninger, skal det foretas en hypotetisk konstruksjon av hva pasienten ville ha ment.⁶⁵

Det må da gjøres en vurdering av pasientens antatte vilje, dersom han ikke har ytret dette forut sin død. Dersom pasienten ikke har uttalt sin vilje angående spørsmålet, må alminnelige oppfatninger legges til grunn.

Personer som kjenner pasienten godt, vil kunne bidra til å opplyse om hva vedkommende mest sannsynlig ville ha ment.

5.3.9.3 Opplysningens art

At «opplysningens art» skal vektlegges, innebærer at selve innholdet i pasientopplysningene er av betydning. Dette er også i tråd med vurderingen etter EMK art. 8; jo større inngrep, jo strengere krav stilles både til klarhet i lovhjemmel og til forholdsmessighetsvurderingen.

Det kan legges vekt på hvor sensitive opplysningene er og hvor ømtålig utlevering vil være for avdøde. Det kan også legges vekt på hvor stor betydning opplysningene har for politiet. Er

⁶⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) merknader til § 24

opplysningene eksempelvis av stor betydning for oppklaring av en politisak, kan dette tale for at opplysningene bør utleveres.

Hva opplysningene består i, kan få avgjørende betydning i spørsmålet om utlevering av opplysninger. Dette illustreres av Rt.2006 s.90. Dommen gjaldt spørsmålet om politiet kunne kreve utlevert DNA-materiale i en biobank fra en avdød person i forbindelse med etterforskning av et ran. Lagmannsretten hadde lagt til grunn at unntaket i § 24 ikke gjaldt biologisk materiale. Høyesterett la til grunn at forståelsen av § 24 ikke var avgjørende for om beslag kunne besluttet utlevert og tok derfor ikke stilling til § 24. Spørsmålet ble løst etter biobankloven § 15 hvor retten konkluderte med at humant biologisk materiale som er lagret i biobanker, ikke kan kreves utlevert eller beslaglagt i forbindelse med rettergang. Dette ble begrunnet i at behovet for personvern både for levende og døde er spesielt sterkt i slike saker, da biologisk materiale kan gi tilgang til bestemte personers gener, sykdommer, lyter og andre egenskaper. I en EMK-kontekst ville samme begrunnelse gjøre seg gjeldene – utlevering av biologisk materiale ville utgjøre et større inngrep i retten til privatliv etter EMK art. 8 enn utlevering av opplysninger.⁶⁶

5.3.9.4 Hensynet til de pårørende

Hvem som anses som pårørende fremgår av pbrl. § 1-3 bokstav b. Å oppgi personopplysninger om en avdød person kan få negative skadevirkninger for pårørende. Både avdødes antatte vilje og opplysningens art kan få betydning for vurderingen. Også pårørendes forhold til avdøde kan være av betydning; hensynet til en nær slektning kan veie tyngre enn hensynet til en mer fjern.

Det er verdt å merke seg at nærmeste pårørende vil ha innsynsrett i journalen jf. pbrl. § 5-1 femte ledd, dersom ikke særlige grunner taler mot det.

5.3.9.5 Samfunnets interesser

Opplysninger kan være nyttig for forebygging av hendelser. I noen situasjoner kan politi og påtaleenhet ha behov for pasientjournalen til en avdød person.⁶⁷ Selv om personvernet har inntatt større plass i lovgivningen, har hensynet til personvern ikke blitt tolket like strengt for

⁶⁶ Hvorvidt EMK art. 8 verner om avdøde personer er uklart. I alle tilfeller vil biologisk materiale også kunne si noe om pårørendes gener, slik at pårørendes vern gjennom EMK art 8 vil hjemle et forbud mot utlevering av slikt materiale.

⁶⁷ Molven (2015) s. 298

avdøde personer.⁶⁸ Av forarbeidene fremgår det at utlevering må avgjøres ut fra et konkret rimelighetsskjønn. Det vises i tillegg til at når hensynet til personens egne følelser faller bort, kan hensynet til en objektiv sannhet få større vekt i spørsmål av betydning for allmennheten.

Det bemerkes imidlertid at de samme hensyn som begrunner taushetsplikten, også vil kunne gjøres gjeldende ved spørsmål om utlevering av opplysninger om avdøde personer.

Eksempelvis vil det kunne være fare for at en pasient tilbakeholder informasjon i frykt for at opplysningene vil komme samfunnet eller hans slektninger til kjenne etter hans død.

Det er derfor viktig at det foretas en konkret avveining i alle saker hvor det er aktuelt å utlevere opplysninger om avdøde til politiet. Selv om enhver etterforskning potensielt kan ha et samfunnsmessig behov, er det viktig at det stilles krav til politiets begrunnelse for utlevering av opplysningene. Hvor det gjelder en etterforskning av en mindre alvorlig hendelse, eller opplysningene om den avdøde er av mindre betydning for etterforskningen, må helsepersonell vise varsomhet med å utlevere opplysninger, slik at bestemmelsen i realiteten ikke skaper en fri tilgang for politiet til avdødes pasientopplysninger.

Dersom et dødsfall er mistenkelig, kan dette utløse en *plikt* til å melde ifra til politiet. Dette behandles nærmere i punkt 5.6.2.

5.3.10 Anmeldelse av pasient etter vold eller trusler mot helsepersonell

Hittil er det gitt en gjennomgang av reglene om opplysningsrett. Et spørsmål som ikke åpenbart reguleres av loven, er hvorvidt helsepersonell har adgang til å politianmelde pasienter etter å ha blitt utsatt for vold eller trusler. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å se nærmere på om det foreligger en rett til å oppgi informasjon til politiet i form av politianmeldelse i slike saker.

Alle opplysninger knyttet til en bestemt pasient som helsepersonell har tilegnet seg i kraft av sitt virke er, som vi tidligere har sett, underlagt taushetsplikt jf. hpl. § 21. Opplysninger om at en pasient er involvert i straffbare handlinger, er således også omfattet. At en pasient har utøvet vold eller fremsatt trusler mot helsepersonell er derfor i utgangspunktet forhold som er underlagt taushetsplikt. Spørsmålet er derfor om helsepersonell likevel har en rett til å anmelde slike forhold.

⁶⁸ Personopplysningsloven gjelder ikke for avdøde personer jf. § 27. Dette var også tidligere gjeldende rett, og i høringsrunden hadde ingen av instansene innsigelser mot at dette bli videreført jf. prop.56 LS (2017-2018).

Som tidligere gjennomgått, er det i visse tilfeller gjort unntak fra taushetsplikten for å avverge straffbare hendelser. Helsepersonell kan utlevere informasjon til politiet som er nødvendig for å avverge skade jf. hpl. § 31 og strl. § 196. Hpl. § 23 nr. 4 forutsetter også, som tidligere drøftet, i utgangspunktet en avvergelse. Unntakene gjelder således straffbare handlinger som enda ikke har skjedd. For straffbare forhold som allerede har funnet sted, kan helsepersonell ikke fravike taushetsplikten på bakgrunn av etterforskningsmessige hensyn. Dette innebærer at oppklaring av straffbare forhold i utgangspunktet ikke vil rettferdiggjøre en fravikelse av taushetsplikten.

Unntak fra taushetsplikten for vold og trusler mot helsepersonell er altså ikke regulert i lovgivningen. Forholdet er ikke behandlet i forarbeidene til helsepersonelloven og har til nå heller ikke vært gjenstand for behandling i domsapparatet. Duvaland har tatt til ordet for at det er klart forutsatt i lovgivningen at dette er noe helsepersonell ikke har taushetsplikt om.⁶⁹

Legeforeningen har anført at taushetsplikten kan ivaretas ved at pasientopplysninger utelates ved anmeldelse.⁷⁰ Utfordringen er imidlertid at det vanskelig kan tenkes å kunne fremsette en anmeldelse uten at pasientopplysninger fremkommer, all den tid det faktum at vedkommende er pasient ved det aktuelle behandlingssted anses som en pasientopplysning.

På den ene side finnes det ingen regulering i helselovgivningen som tilsvarer fvl. § 13b nr.6 som gir forvaltningsorganet adgang til, uten hinder av taushetsplikten, å gi opplysninger til politiet «når det finnes ønskelig av allmenne hensyn». At det i loven ikke er inntatt unntak fra taushetsplikten for anmeldelse av vold mot helsepersonell, kan tolkes slik at lovgiver mente at taushetsplikten skulle gjelde også her.

På den annen side, er helsepersonell underlagt et særskilt strafferettslig vern i strl. § 265 begrunnet i at yrkesgruppen har en bred kontaktflate utad mot publikum.^{71 72} Helsepersonell kan derfor ikke reservere seg mot kontakt med enkeltpersoner. Dette innebærer at

⁶⁹ Befring, Kjelland og Syse (2016). 165. (Lars Duvaland er medforfatter og har skrevet det aktuelle kapittelet)

⁷⁰ Fastlegeforeningens fagutvalg v/Hansen og Moe (2003)– «Vold og trusler på legekantoret». Artikkelen er ikke paginert

⁷¹ Ot.prp.nr.8 (2007-2008)

⁷² I den tidligere straffeloven av 1902 var helsepersonell omfattet av bestemmelsene om trusler vold mot offentlig tjenestemann i §§ 127 og 128. Ved innføringen av straffeloven av 2005 ble rekkevidden av bestemmelsen om vold mot offentlig tjenestemann innsnevret i § 155, slik at ansatte i helseforetak falt utenfor, med unntak av vedtak om tvungen behandling. Dette innebar imidlertid ikke at helsepersonell mistet det særlige strafferettslige vernet da de nå ble omfattet av straffeloven § 265 om vold og trusler mot særlig utsatte yrkesgrupper. Strafferammen er imidlertid ulik, men det vil ikke gås videre innpå dette av hensyn til oppgavens omfang.

helsepersonell vanskelig kan verge seg mot at det vil kunne oppstå ubehagelige situasjoner under utføringen av arbeidsoppgavene, som igjen kan gjøre yrkesgruppen særskilt utsatt for lovbrudd. I tillegg har samfunnet en klar interesse i å sørge for at det gripes inn mot slike handlinger.

Bestemmelsen illustrerer at lovgiver ønsket å gi helsepersonell et sterkere strafferettslig vern. Dersom helsepersonell ikke skulle ha anledning til å tilsidesette taushetsplikten for å avgi anmeldelse om vold eller trusler fremsatt av pasient, ville helsepersonell hatt et dårligere rettsvern enn øvrige borgere.

Dette må veies mot at formålet med taushetsplikten blant annet å sikre at pasienter skal føle seg trygge på at de opplysninger som blir gitt i forbindelse med helsehjelpen ikke benyttes i andre sammenhenger.⁷³

Det bærende hensyn om en fortrolig sfære mellom pasient og behandler gjør seg imidlertid ikke gjeldende i like stor grad i situasjoner hvor pasienter utøver vold eller trusler mot helsepersonell.⁷⁴ I situasjoner hvor pasienter utøver vold eller fremsetter trusler mot helsepersonell er vi således utenfor de forhold taushetsplikten er ment til å beskytte.

Selv om lovgivningen ikke har et særlig unntak fra taushetsplikten for anmeldelse etter vold eller trusler fra pasient, må det etter dette anses forutsatt at slik informasjon faller utenfor det helsepersonell har taushetsplikt om.

5.3.11 Oppsummering

Som vi har sett, innebærer opplysningsrett en overlatelse av vurderingen om hvorvidt taushetsplikten skal settes til side, til det enkelte helsepersonell etter nærmere bestemte vilkår. En tilsidesettelse av taushetsplikten mot pasientens vilje, vil innebære et inngrep i EMK art. 8. Å overlate vurderingen om det skal gjøres inngrep eller ikke til helsepersonell gjennom svært skjønnsmessige bestemmelser, samsvarer dårlig med klarhetskravet. Opplysningsretten kan resultere i tilfeldige utfall, som igjen vil skape dårlig forutsigbarhet for pasientene. Som vi har sett, har bestemmelsene om opplysningsrett likevel gode grunner for seg, og det kan være utfordrende for lovgiver å skape klare regler for når det skal opplyses til politiet.

⁷³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228

⁷⁴ Befring, Kjelland og Syse (2016) s.164

5.4 Alminnelig avvergelsesplikt

Strl. § 196 hjemler en allmenn avvergelsesplikt. Det er presisert i bestemmelsen at avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikten. Dette innebærer at helsepersonell også er bundet av avvergelsesplikten, og denne plikten vil ha forrang fremfor taushetsplikten. Det er likevel viktig å presisere at taushetsplikten vil sette begrensninger for informasjon som ikke er nødvendig for å avverge den straffbare handlingen.

Bestemmelsen utgjør en straffesanksjonert plikt til å opplyse politiet eller på annen måte avverge at særskilt nevnte forbrytelser eller dens følger inntreffer. Dersom den aktuelle handlingen ikke rammes av de opplistede straffebed, vil det heller ikke gjelde noen avvergelsesplikt.

Det kan stilles spørsmål ved om bestemmelsens utforming er heldig da det kun henvises til paragrafer, som forutsetter at lovanvenderen setter seg inn i hva alle de opplistede paragrafene gjelder, heller enn å benytte ord til å beskrive de straffbare handlingene som rammes. Slik bestemmelsen er utformet i dag, skapes det derfor en tungvint prosess for helsepersonell som må slå opp i de opplistede paragrafene for å sette seg inn i avvergelsespliktens omfang.

Avvergelsesplikten utgjør i utgangspunktet ikke en plikt for helsepersonell til å varsle politiet. Helsepersonell kan oppfylle avvergelsesplikten ved å avverge handlingen på andre måter. Valget av fremgangsmåte for å oppfylle avvergelsesplikten bør imidlertid vurderes med omhu, og varsling av politi vil ofte være en effektiv måte å stanse et lovbrudd på.

Slik det fremgår av bestemmelsens ordlyd, innebærer avvergelsesplikten en plikt til å *avverge* straffbare handlinger. Dette betyr at avvergelsesplikten gjelder der det er mulig å forhindre en straffbar handling. Bestemmelsen får således ikke anvendelse ved allerede begåtte straffbare handlinger.

Dette innebærer at der helsepersonell får kunnskap om at en pasient for eksempel har begått et drap, vil ikke helsepersonellet kunne oppgi denne informasjonen til politiet med hjemmel i avvergelsesplikten. Dersom informasjonen er nødvendig for å hindre en uriktig domfellelse, vil helsepersonellet likevel kunne ha plikt til å melde fra jf. strl. § 226, uten at jeg vil gå nærmere inn på dette.

Avvergelsesplikten gjelder imidlertid også følgene av den straffbare handlingen. I HR-2018-824-A uttalte retten i premiss 12 og 13 at det ikke vil inntre noen handleplikt der *følgen*

allerede er inntrådt eller uunngåelig. Dersom en person allerede er død eller så skadet at det ikke er mulig å redde vedkommende, vil det derfor ikke tre inn noen avvergelsesplikt. Hvis derimot en voldshandling er begått, og det er mulig at vedkommendes liv fremdeles står til å redde, vil imidlertid følgen av handlingen fortsatt kunne avverges, og avvergelsesplikten vil aktiveres.

Det må i tillegg fremstå som sikkert eller mest sannsynlig at den straffbare handlingen vil bli fullbyrdet. I tidligere straffeloven § 139 var varslingsplikten betinget av at vedkommende hadde «pålitelig kunnskap» om den straffbare handlingen. Det fremgår av forarbeidene at ordlydsendringen innebar en viss utvidelse av avvergelsesplikten.⁷⁵

I dommen inntatt i HR-2017-824-A ble bestemmelsen tolket dithen at kunnskapskravet måtte foreligge på det tidspunkt handlingen eller følgene av den fremdeles kunne avverges.

Selv om avvergelsesplikten etter første og annet ledd aktiveres, må det først og fremst vurderes om handlingen har kommet så langt som til straffbart forsøk. Derne er vurderingstemaet om plikten til avverging kan iverksettes uten å sette seg selv, sine nærmeste eller noen uskyldig for fare.

Straffbart forsøk reguleres av strl. § 16 og grenser nedad mot straffri forberedelse. To kumulative vilkår må være oppfylt for å kunne dømmes for straffbart forsøk; for det første må vedkommende ha fullbyrdesforsett⁷⁶ og for det andre må fullbyrding etter gjerningspersonens forutsetning skje i umiddelbar sammenheng med den foretatte handlingen.⁷⁷

Ved vurderingen vil også forskjellen mellom hva som er utført og hva som står igjen kunne vektlegges, jf. bl.a. Rt.2008 s.867. Dersom handlingen ikke er kommet over stadiet for straffri forberedelse, vil heller ikke avvergelsesplikten inntre.

Det kan være vanskelig for den enkelte å skulle forutse hva som vil skje. I tilfeller hvor handlingen allerede er fullbyrdet og avvergelsesplikten går på å begrense følgene, er det ikke så komplisert. For handlinger som ikke er gjennomført enda, vil altså det avgjørende være hvorvidt grensen for straffri forberedelse er overskredet. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere om avvergelsesplikten kommer til anvendelse i tilfeller hvor en holder det for sikkert

⁷⁵ Ot.prp.nr.8 (2007-2008) s.349

⁷⁶ Dette kan utledes direkte av ordlyden og er også fastsatt i en rekke dommer, jf. bl.a. Rt.2005 s.1625

⁷⁷ Dette utledes av formuleringen «foretar noe som leder direkte mot utføringen»

eller mest sannsynlig at det vil bli begått et straffbart forsøk, men at handlingen likevel ikke vil bli fullbyrdet. Dette spørsmålet er problematisert av Holmboe.⁷⁸ Forfatteren mener at utgangspunktet må være at avvergesplikten gjelder også i tilfeller hvor man har kunnskap om at en person har konkrete planer om å begå et drap, selv om bevoktningen er så sterk at det ikke kan tenkes gjennomførbart.

5.4.1 Mistanke om vold i nære relasjoner

Avvergesplikten kan være utfordrende å anvende i praksis. Siden bestemmelsen kun hjemler en plikt til *avvergelse* medfører dette at helsepersonell må prøve å forutse hvilke situasjoner som sannsynligvis vil oppstå.

Mishandling i nære relasjoner er et eksempel på tilfeller hvor helsepersonell kan få informasjon om at en straffbar handling er blitt begått, og deretter må bruke denne informasjonen til å anslå sannsynligheten for at den straffbare handlingen vil gjenta seg. Straffebudet er hjemlet i strl. §§ 282 og 283.

At helsepersonell for eksempel får kjennskap til at en pasient har blitt slått av sin mann, vil ikke utløse avvergesplikt. Spørsmålet for helsepersonellet blir om handlingen er et ledd i et mønster, slik at det er fare for gjentakelse.

Helsepersonell vil ikke alltid ha tilstrekkelig kunnskap til å vurdere slike spørsmål, og dersom pasienten selv ikke ønsker å oppgi ytterligere informasjon, kan helsepersonellet se seg nødt til å forhøre seg med andre instanser for å undersøke voldsutøverens historikk.

Det fremgår av hpl. § 23 nr. 1 at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene gis til den som er kjent med opplysningene fra før. Når mottakeren allerede er kjent med opplysningene, gjør ikke de hensyn som begrunner taushetsplikten seg gjeldende. Dersom politiet har brakt pasienten inn til sykehuset etter en voldsepisode, vil det derfor ikke være et brudd på taushetsplikten dersom helsepersonellet kontakter politiet og spør om tidligere voldsepisoder. Hvorvidt politiet kan svare på en slik henvendelse faller imidlertid utenfor oppgavens tema å behandle i det videre.

Som tidligere gjennomgått, foreligger det en rett til å oppgi opplysninger til politiet dersom det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for mishandling eller alvorlig svikt. Det foreligger

⁷⁸ Holmboe (2017) s.77-78

imidlertid ingen særskilt hjemmel i helsepersonelloven om opplysningsrett eller opplysningsplikt for voksne personer utsatt for vold i nære relasjoner. Dette kan oppfattes som at dyr i realiteten har et sterkere vern mot mishandling enn personer som lever i voldelige forhold.

Det foreligger likevel ingen avvergelsesplikt for helsepersonell for mishandling av dyr jf. dyrevelferdsloven § 5, og bestemmelsen er derfor nødvendig for å utfylle regelverket.

Mye kan tyde på at dette også var et ønsket utfall fra lovgivers side. I forarbeidene ble mishandling drøftet i relasjon til hpl. § 23 nr. 4, hvor det fremgår at ved spørsmål om mishandling, har det i praksis blitt vektlagt hvorvidt fornærmede selv «ønsker» saken anmeldt, samt overtredelsens omfang.⁷⁹ Det er antatt at taushetsplikten først kan vike hvis det dreide seg om grov legemsbeskadigelse etter straffeloven. Da familievold i 1988 ble underlagt ubetinget offentlig påtale ble dette blant annet begrunnet i å skape et sterkere vern for kvinner i voldelige parforhold.⁸⁰ Utfordringen i disse sakene var at den voldsutsatte sjeldent selv fremsatte en anmeldelse, samt at de anmeldelsene som ble fremsatt ofte endte med at påtalebegjæringen ble trukket tilbake.⁸¹ Begrunnelsen i proposisjonen samsvarer derfor dårlig med utviklingen i synet på det offentliges ansvar ved vold i nære relasjoner. Vernet for personer som lever i voldelige forhold kunne blitt styrket dersom avvergelsespliktens bestemmelse i straffeloven ble forenklet eller at en særskilt regulering av forholdet ble inntatt i helsepersonelloven.

5.4.2 Avvergelsesplikt for kjønnslemlestelse

Avvergelsesplikten i strl. § 196 omfatter ikke forbudet mot kjønnslemlestelse. Bestemte yrkesgrupper, herunder helse- og omsorgstjenesten, er imidlertid ilagt en lovpålagt avvergelsesplikt i strl. § 284 tredje ledd. Bestemmelsen er en videreføring av § 2 i den tidligere kjønnslemlestelsesloven.⁸² Kjønnslemlestelsesloven ble opphevet med virkning fra 01.10.2015 og ble erstattet med straffeloven av 2005 §§ 284 og 285.

⁷⁹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228-229

⁸⁰ NOU 2003: 31- Retten til et liv uten vold— Menns vold mot kvinner i nære relasjoner punkt 9.3.1.

⁸¹ Ibid.

⁸² Ot.prp.nr.22 (2008-2009) s. 435.

Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på alle typer inngrep der det ytre kvinnelige kjønnsorgan påføres varige forandringer eller skader, og der inngrepet foretas av andre årsaker enn medisinske. Strl. § 284 pålegger helsepersonell å avverge slike inngrep.

Etter bestemmelsen skal avvergelsen bestå i anmeldelse eller ved å «på annen måte» avverge slike handlinger. Hvilket tiltak som iverksettes vil avhenge av situasjonen. I noen tilfeller vil det være tilstrekkelig å underrette foreldrene om straffbarheten av kjønnslemlestelse. I andre tilfeller kan det være tilstrekkelig å kontakte barnevernet, og i noen tilfeller, spesielt hvor det haster, vil det være nødvendig å kontakte politiet.

Det fremgår av forarbeidene at avvergelsesplikten gjelder fra det tidspunkt yrkesutøveren vet eller holder det for mest sannsynlig at kjønnslemlestelse vil skje.⁸³ Begrunnelsen for hvorfor kravet er satt til en alminnelig sannsynlighetsovervekt, er at dersom kravet hadde vært at yrkesutøveren måtte ha positiv kjennskap til at kjønnslemlestelse ville finne sted, ville ikke avvergelsesplikten hatt samme preventive effekt.⁸⁴ Det er videre presisert at yrkesutøveren må ha kjennskap til en konkret situasjon som gjør det mer sannsynlig at kvinnen vil bli kjønnslemlestet enn at hun ikke vil bli det.

Det må gjøres en vurdering ut fra hennes nærmiljø og den aktuelle situasjonen. Dette innebærer at dersom eksempelvis en fastlege er kjent med at en ung kvinne tilhører en gruppe i samfunnet hvor kjønnslemlestelse er utbredt, vil ikke dette være tilstrekkelig grunnlag til å aktivere en avvergelsesplikt.

I litteraturen har det vært diskutert hvorvidt det burde være innført alminnelig avvergelsesplikt for kjønnslemlestelse.⁸⁵ I forarbeidene til kjønnslemlestelsesloven § 2 ble det vektlagt at dersom man innførte en allmenn meldeplikt ville dette medføre at også familiemedlemmer til et potensielt offer for kjønnslemlestelse ville bli rammet, som igjen kunne skape utfordring knyttet til oppsøking av helsetjenester. På tidspunktet for lovens vedtakelse gjaldt det heller ingen avvergelsesplikt for mishandling i nære relasjoner.

Avvergelsesplikten ble i 2010 utvidet til også å gjelde mishandling i nære relasjoner, og slik signaliserte lovgiver at hensynet til avverging av mishandling i nære relasjoner måtte veie

⁸³Ot.prp. nr.21 (2003-2004) punkt 10.2.4. Merk: dette er forarbeider til kjønnslemlestelsesloven som nå er opphevet. Forarbeidene er fremdeles relevante da § 284 er en videreføring av kjønnslemlestelsesloven § 2

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Holmboe (2017) s. 95

tyngre enn hensynet til å unngå «utidig innblanding» mellom naboer.⁸⁶ I alle tilfeller ville familiemedlemmer kunne påberope seg at en anmeldelse ville føre til at nærstående ble utsatt for straffeforfølgning dersom de forsømte sin avvergelsesplikt.

Det er per i dag ikke kjørt noen saker om kjønnslemlestelse for domstolene etter strl. § 284. I 2009 ble det rettet sak mot en lege som utførte omskjæring av to guttebarn etter dagjeldende kjønnslemlestelseslov § 1. Tiltalte ble imidlertid frifunnet da bestemmelsen kun innebar et vern om kjønnslemlestelse av jenter.

Som vi har sett, er helsepersonell underlagt to typer avvergelsesplikt; både en generell avvergelsesplikt som rammer allmennheten og en spesiell avvergelsesplikt for kjønnslemlestelse som kun tilkommer særskilte yrkesgrupper. I neste punkt vil det gjøres rede for helsepersonells opplysningsplikt, og jeg vil derfor bevege meg fra straffeloven og over i helsepersonelloven.

5.5 Opplysningsplikt

Opplysningsplikten innebærer en plikt for helsepersonell til å utlevere opplysninger etter forespørsel. Dette betyr at opplysningsplikten ikke innebærer en plikt for helsepersonell å utlevere opplysninger etter eget tiltak. Dersom vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt, vil helsepersonell være pliktig å etterkomme en anmodning om opplysninger.

5.5.1 Rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse

Det fremgår av hpl. § 47 at helsepersonell plikter å legge frem opptegetninger, journaler og journalmateriale dersom dette kreves fremlagt som bevis i rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse.

Tilfellet gjelder ikke direkte forholdet mellom helsepersonell og politi, men jeg ser det likevel som hensiktsmessig å knytte noen korte bemerkninger til hvorvidt politiet kan ta beslag i helsepersonells dokumenter under strafferettslig etterforskning.

Ordlyden i § 47 tilsier at opplysningsplikten kun inntreffer under rettssak. En slik snever forståelse ville imidlertid innebære at politiet ikke vil kunne ta beslag på etterforskningsstadiet for å hindre bevisforspillelse. Videre vil en utferdigelse av en tiltale forutsette at påtalemyndigheten har oversikt over bevismaterialet.

⁸⁶ Ibid

I dommen inntatt i Rt.1992 s. 362 som gjaldt tilsvarende bestemmelse i den dagjeldende legeloven § 44, ble det lagt til grunn at bestemmelsen også gjelder på etterforskningsstadiet. Dommen ble senere lagt til grunn ved tolkningen av hpl. § 47 i LB-2016-181614. Bestemmelsen gir således adgang til beslag også på etterforskningsstadiet.

Utlevering av de dokumenter opplistet i hpl. § 47, vil utgjøre et inngrep i EMK art. 8. Det vil av den grunn gjelde et proporsjonalitetskrav. Det bør derfor undersøkes om saken etter omstendighetene kan søkes opplyst uten bruk av taushetsbelagt materiale. Anonymisering bør også benyttes så langt det lar seg gjøre. Denne vurderingen er det opp til domstolen å foreta, og påligger derfor ikke helsepersonell. Dersom retten eller politiet anvender bestemmelsen feil, vil ikke dette innebære at det enkelte helsepersonell har brutt sin taushetsplikt ved utlevering av materialet. Dette er fordi det ikke er det enkelte helsepersonell som har beslutningsmyndighet etter § 47; helsepersonellet er bare pliktig å utlevere opplysningene dersom de får pålegg om det.

5.5.2 Nødetater

Det fremgår av hpl. § 31 at helsepersonell *skal* varsle politi og brannvesen dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom, og bestemmelsen utløser således en *opplysningsplikt*. Ordlyden *avverge* innebærer at plikten kun blir aktivert der skade kan unngås gjennom varsling.

Bestemmelsen har flere likhetstrekk med hpl. § 23 nr. 4. Mens denne bestemmelsen hjemler en opplysningsrett, hjemler § 31 en opplysningsplikt. Begge bestemmelsene ligner nødrettsbestemmelsene, men som vi så i behandlingen av § 23 nr. 4, er vilkårene ikke like strenge da det etter sistnevnte bestemmelse også kan oppgis informasjon til politiet der det foreligger «tungtveiende private eller offentlige interesser». Bestemmelsen i hpl. § 31 har også likhetstrekk med den allmenne avvergelsesplikten. Et vesentlig skille er imidlertid at avvergelsesplikten kun gjelder de opplistede lovbrudd, mens hpl. § 31 gjelder alle handlinger som utgjør en fare for alvorlig skade på person eller eiendom. Bestemmelsen har således et videre anvendelsesområde enn avvergelsesplikten.

Etter forarbeidene er hpl. § 31 i hovedtrekk en presisering av nødrett i visse situasjoner.⁸⁷ Forarbeidene angir videre trafikkulykker og kombinerte ulykker/katastrofer som eksempel på

⁸⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.232

tilfeller hvor taushetsplikten må tilsidesettes etter § 31.⁸⁸ I disse situasjonene vil hensynet til å verne om liv og helse samt å hindre store materielle skader, veie tyngre enn hensynet til taushetsplikten. Slike situasjoner representerer ofte en tidsnød hvor det er nødvendig å begrense skadeomfanget. Det kan da være lite hensiktsmessig å kreve en vurdering om hvorvidt taushetsplikten skal kunne settes til side i det konkrete tilfellet. Dette betyr imidlertid ikke at politiet alltid skal varsles ved trafikkulykker. Hovedregelen om helsepersonells taushetsplikt gjelder også ved trafikkulykker, og politiet skal kun varsles dersom det er nødvendig for å avverge ytterligere skade, som f.eks. ved trafikksikring.⁸⁹

Det foreligger lite rettspraksis på området, og kun en dom fra Høyesterett, inntatt i Rt.2008 s.1491. Dommen gjaldt spørsmålet om hensynet til konfidensialitet mellom pasient og behandler skulle føre til en innskrenkende tolkning av dagjeldende straffelov § 227. Høyesterett tolket forarbeidene dithen at det forelå en vid adgang for pasienter til å snakke med helsepersonell uten å risikere straffansvar. I vurderingen om straffebudet skulle tolkes innskrenkende, ble det lagt vekt på at plikten til å varsle etter § 31 er begrenset til avverging av alvorlig skade på person eller omfattende materiell skade. Ettersom det da kun er de alvorligste tilfellene politiet vil varsles om, vil hensynet til å beskytte samfunnet mot personer som fremsetter alvorlige trusler i disse tilfellene måtte veie tyngre enn hensynet til konfidensialitet.

Helsepersonells plikt til å varsle politiet går ikke lenger enn å varsle om forhold det er adgang til å gripe inn i.⁹⁰ I litteraturen har det vært vist til eksempelet om sultestreik. Dersom helsepersonell får kunnskap om at en pasient sultestreiker i den grad det er fare for liv, er det likevel ikke anledning til å be om politibistand da pasienten har rett til å nekte å avbryte en pågående sultestreik forutsatt at vilkårene i § 4-9 er oppfylt.⁹¹

5.5.3 Førerkort

Bestemmelsen i hpl. § 34, hjemler opplysningsplikt om pasientinformasjon knyttet til førerkort og sertifikat. Det fremgår av bestemmelsens første punktum at leger, psykologer eller optikere som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for

⁸⁸ Ibid

⁸⁹ Jf. ibid og IS-9 2015

⁹⁰ Holmboe (2017), s. 64

⁹¹ Ibid

luftfartøy ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, må oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet.

Bestemmelsen gir ingen en plikt for alt helsepersonell, men kun for leger, psykologer og optikere spesifikt og aktiveres der pasienten ikke oppfyller helsekravene som stilles. Hvilke helsekrav som stilles er regulert av førerkortforskriften og vedlegg 1 til forskriften.⁹²

Det fremgår av § 34 første ledd annet punktum at dersom helsetilstanden ikke antas å være kortvarig, skal helsepersonell gi melding til offentlige myndigheter. I tilfeller hvor pasientens helsetilstand fører til at vedkommende ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, og denne tilstanden anses lenger enn *kortvarig*, vil altså helsepersonell ha en opplysningsplikt til offentlige myndigheter.

Av forarbeidene fremgår det at selv en antatt ikke-varig helsemessig tilstand kan tilsi at vilkåret for å gi opplysninger kan anses oppfylt, og det eksemplifiseres med en tilstand som varer noen uker.⁹³ Vilkåret avgrenses imidlertid mot midlertidige tilstander som rus.

Dersom pasientens helsetilstand ikke antas å være kortvarig, skal helsepersonell gi melding til offentlige myndigheter. Helsepersonellet skal imidlertid ikke gi opplysningene direkte til politiet. Det fremgår av førerkortforskriften § 2 til vedlegg 1 at legen plikter å gi melding til Fylkesmannen dersom legen finner at helsekravene for førerkort ikke er oppfylt. Det er Fylkesmannen som er rette adressat for opplysningene, og det er også Fylkesmannen som skal vurdere hvorvidt opplysningene skal gis videre til politiet. Dersom politiet får opplysninger om at en pasient ikke oppfyller helsekravene til førerkort, kan det besluttes at førerkortet skal inndras jf. vegtrafikkloven § 33 nr. 5.

5.5.3.1 Rettspolitisk bemerkning til førerkortforskriften

Etter førerkortforskriftens § 36 jf. § 35 er helsekravet til førerkort ikke oppfylt dersom vedkommende har «avhengighet av alkohol, langvarig høyt inntak av alkohol eller skadelig bruk av alkohol, der alkoholbruken kan føre til forstyrrelse i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko». Det er på det rene at alkoholforbruk kan medføre alvorlige helseskader som kan påvirke ens evner til å ferdes i trafikken, eksempelvis ved utvikling av hjerneskade som alkoholisk encefalopati. Dette er skader som oftest oppstår etter langvarig alkoholmisbruk. Problemet med en så generell utforming av bestemmelsen, er at det vil føre

⁹² FOR-2004-01-19-298

⁹³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.234

til at pasienter kan fratras førerkortet preventivt årevis før de er i stand til å utgjøre en trafikkrisiko.

Dersom en sammenligner med kravene som stilles ved nevrologiske sykdommer i forskriftens kapittel sju, er vilkåret at pasientene må testes klinisk av spesialister for å vurdere om helsekravene til førerkort er oppfylt. På en slik måte dannes det et klinisk grunnlag som kan dokumentere at helsekravet ikke er oppfylt.

Et slikt skille kan for enkelte oppfattes som en urettferdig forskjellsbehandling. Å bli fratatt førerkortet uten å ha utgjort en trafikkrisiko kan også oppfattes som en straff. En fastleges melding til Fylkeslegen om at en pasient har et høyt alkoholforbruk med resulterende inndragelse av førerkortet, kan skape en mistillit i forholdet mellom lege og pasient.

Regelverket kan også føre til at pasienter er tilbakeholdne med å oppgi opplysninger om sitt alkoholbruk og også skape en mistro til helsevesenet som sådan.

5.5.4 Opplysninger til tutor

Tidligere måtte tvangsinnleggelse skje på bakgrunn av begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste.⁹⁴ I helsevesenet brukte man ofte «tutor» som en fellesbetegnelse på personer med slik begjæringsmyndighet. I dag er det ikke nødvendig med begjæring fra tutor for at tvungen innleggelse kan skje, men pårørende og offentlige myndigheter har likevel hjemmel til å fremsette slik begjæring. Det fremgår av phvl. § 3-6 at politiet er pliktig å varsle helsepersonell om personer som er i behov av psykisk helsevern og om nødvendig fremsette begjæring om tvunget psykisk helsevern. Paragraf 3-7 gir «den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern» rett til å klage på utskrivningen. Dette innebærer at helsepersonell i slike situasjoner er pliktig å melde fra til politiet ved utskrivelse. Plikten vil gjelde uavhengig av taushetsplikten.

5.5.5 Bistandsplikt i forbindelse med straffbare forhold

I noen situasjoner kan helsepersonell være pliktig til å foreta visse undersøkelser av personer for så å oppgi informasjonen fra undersøkelsene til politiet. Dette blir omtalt som en bistandsplikt for politiet.

Hpl. § 12 hjemler en bistandsplikt for visse yrkesgrupper i helsetjenesten. Bestemmelsens første ledd omfatter leger, sykepleiere, helsesekretærer og bioingeniører og gjelder bistand til

⁹⁴ Se psykisk helsevernloven § 3-7 før lovendringen 01.01.2007

å få tatt blodprøve eller lignende undersøkelser. Annet ledd omfatter kun leger og gjelder kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når det er besluttet i medhold av straffeprosessloven § 157 eller § 157a, samt kroppslig undersøkelse av innsatt i fengsel når det er besluttet etter straffegjennomføringsloven § 29. Bestemmelsens tredje ledd omfatter leger, sykepleiere, helsesekretærer og bioingeniører og gjelder rusprøve av personer under 18 år.

For at bestemmelsen skal medføre en bistandsplikt, må det foreligge en anmodning fra et offentlig organ. Hvilket organ anmodningen må komme fra, avhenger av hvilket ledd i bestemmelsen som kommer til anvendelse. Henholdsvis må det foreligge anmodning fra politiet eller påtalemyndigheten i første og annet ledd. I tredje ledd er vilkåret at det foreligger en anmodning fra politiet, kriminalomsorgen eller ungdomskoordinator avhengig av rustestingens formål.

Bestemmelsen gjelder således ikke en opplysningsplikt om forhold helsepersonell har tilegnet seg i forbindelse med helsehjelp, men en handleplikt i forbindelse med straffeforfølgning.

I Rt.2005 s.1329 var spørsmålet om blodprøver tatt i forbindelse med helsehjelp kunne kreves utlevert med hjemmel i denne bestemmelsen. Sakens bakgrunn var at det var mistanke om promillekjøring i forbindelse med en trafikkulykke med dødelig utfall. Av uvisse årsaker var det ikke rekvirert blodprøve i tide, og politiet ønsket derfor å få utlevert blodprøvene helsepersonellet hadde tatt i forbindelse med utøvelse av helsehjelp etter ulykken.

Retten uttalte at det fremgikk klart av lovens ordlyd at bestemmelsen var begrenset til den særlige situasjon at politiet anmodet om bistand fra helsepersonell for å få tatt visse undersøkelser som krever slik bistand. Videre bemerket retten at bistandsplikten klart gikk utover helsepersonells alminnelige oppgaver samt at taushetsplikten hindret en utvidende tolkning av hpl. § 12. På denne bakgrunn kom retten til at bestemmelsen ikke kunne tolkes utvidende slik at medisinske undersøkelser tatt i behandlingsøyemed kunne kreves utlevert.⁹⁵

⁹⁵ Rt.2005 s.1329 avsnitt 23

Taushetsplikten fikk altså avgjørende vekt i saken. Dette til tross for at politiet hadde hjemmel til å rekvirere blodprøve og kreve utlevert slik prøve samt at sjåføren av bilen hadde fått en «tilfeldig fordel»⁹⁶ ved at prøven ikke ble tatt i tide til å kunne brukes som bevis.⁹⁷

Dommen viser at det kun er den informasjonen som oppnås gjennom undersøkelsen det er anmodet om, som kan utleveres. Politiet kan derfor ikke få tilgang på annen informasjon om pasienter etter denne bestemmelsen.

5.5.6 Opplysningsplikt for å hindre at uskyldige blir dømt

Det fremgår av strl. § 226 at det gjelder en allmenn plikt til å opplyse om omstendigheter som godtgjør at en person som er tiltalt eller domfelt for en straffbar handling som kan medføre straff i mer enn ett år, er uskyldig. Plikten til å varsle om at noen er uskyldig tiltalt eller dømt gjelder selv om varsleren har taushetsplikt. Bestemmelsen innebærer således at selv om helsepersonell i utgangspunktet har taushetsplikt, vil de kunne utlevere informasjon om pasienter til påtalemyndigheten, dersom opplysningene kan godtgjøre at en uskyldig er tiltalt eller dømt.

At en person er «uskyldig» betyr at minst ett av de fire straffbarhetsvilkårene ikke er oppfylt. Av hensyn til oppgavens tema vil jeg ikke gå nærmere inn på tolkningen av vilkårene for å ilegge straff, men det bemerkes at vedkommende må ha begått en handling som rammes av et straffebud, utvist skyld, vært tilregnelig i gjerningsøyeblikket samt at det ikke må foreligge noen straffrihetsgrunn.

At bestemmelsen stiller som vilkår for opplysningsplikt at den straffbare handlingen må kunne medføre straff i mer enn ett år, innebærer at mindre alvorlige lovbrudd faller utenfor bestemmelsens anvendelsesområde. Det er den øvre strafferammen slik den er angitt i det aktuelle straffebud, som er avgjørende for om vilkåret er oppfylt. Utformingen av bestemmelsen kan imidlertid være noe uheldig, da den forutsetter at helsepersonellet har satt seg inn i strafferammen til det aktuelle straffebud. Det kan tenkes at informasjon om hvilket straffebud vedkommende er tiltalt eller domfelt for, ikke er lett tilgjengelig. Når en slik varslingsplikt er straffesanksjonert for pliktsubjektene, bør straffebudet være enklere utformet slik at det er lettere for lovanvendere å sette seg inn i bestemmelsens innhold.⁹⁸

⁹⁶ Ibid avsnitt 24

⁹⁷ Ibid avsnitt 20

⁹⁸ Lignende kritikk er også fremsatt av Holmboe (2017) på s. 238

Det bemerkes at bestemmelsen i stor grad konsumeres av hpl. § 23 nr. 4. Forskjellen ligger imidlertid i at strl. § 226, i motsetning til § 23 nr. 4, utgjør en plikt, heller enn en rett, til å melde ifra.

5.6 Meldeplikt

Helsepersonells meldeplikt er regulert i helsepersonelloven kapittel 7. I det følgende vil jeg ta for meg de av kapittelets bestemmelser som er relevant for informasjonsutvekslingen mellom helsepersonell og politi.

5.6.1 Meldeplikt til barnevernet – når skal også politiet varsles?

Hpl. § 33 hjemler helsepersonells meldeplikt til barnevernet. I noen tilfeller vil ikke dette være tilstrekkelig, og bestemmelsen må derfor leses i lys av avvergelsesplikten. Den følgende drøftelsen omhandler således i realiteten avvergelsesplikt, men når jeg velger å behandle dette under kapittelet om meldeplikt, er det for å understreke sammenhengen mellom meldeplikt til barnevernet og avvergelsesplikten helsepersonell er bundet av.

Det fremgår av hpl. § 33 at helsepersonell uten ugrunnet opphold skal melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barnet er under forhold som opplistet i bestemmelsens bokstav a – d. Bestemmelsens første ledd er likt utformet som barnevernloven § 6-4 første ledd som hjemler forvaltningens opplysningsplikt.

Dersom helsepersonell har grunn til å tro at a) et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved omsorgen eller utsatt for annen alvorlig omsorgssvikt, b) et barn har livstruende eller annen alvorlig sykdom og ikke kommer til undersøkelse eller behandling eller et barn ikke får dekket sitt særlige behov for opplæring eller behandling, c) et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller annen utpreget normløs atferd eller d) et barn vil bli utnyttet til menneskehandel - har helsepersonell en plikt til å melde fra til barnevernet.

En melding til barnevernet er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig. Helsepersonell er, som tidligere drøftet, også underlagt den alminnelige avvergelsesplikten. Mishandling i nære relasjoner og overgrep mot barn er blant de straffebud avvergelsesplikten gjelder for. Hvor helsepersonell møter barn som de mistenker at utsettes for alvorlig mishandling og/eller overgrep, vil det kunne være nødvendig å kontakte politiet samtidig som barneverntjenesten for å få igangsatt tiltak og etterforskning umiddelbart.

Helsepersonell bør alltid vurdere hvorvidt melding til barnevernet er tilstrekkelig, eller om avvergelsesplikten også gjør seg gjeldende slik at politiet også må varsles.

Selv om helsepersonellets melde- eller avvergelsesplikt skulle aktiveres, har ikke helsepersonellet anledning til å utlevere alle opplysninger de har om barnet. Både melde- og avvergelsesplikten må leses i lys av den profesjonsbestemte taushetsplikten helsepersonell innehar slik at det kun er anledning til å utlevere de opplysninger som er relevant for å belyse den aktuelle saken.

5.6.2 Unaturlig dødsfall

Det fremgår av hpl. § 36 tredje ledd at dersom en lege blir kjent med en pasients dødsfall i sin virksomhet, og det er grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

I «Forskrift om legers melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.»⁹⁹ § 1 fremgår det at underretningen kan gis personlig eller telefonisk til nærmeste politimyndighet.

Hva som anses som «unaturlig dødsfall» er utdypet i forskriftens § 2. Plikten tilkommer kun leger, og annet helsepersonell er således unntatt bestemmelsen. Det følger av nevnte forskrift at melding skal gis «snarest mulig». Slik det fremgår av bestemmelsen, er det ikke et krav til at legen har mistanke om at dødsfallet skyldes en straffbar handling. Det er politiets, ikke legenes oppgave å avgjøre om dødsfallet skal anses mistenkelig og således foranledige etterforskning.¹⁰⁰

I utgangspunktet rammer meldeplikten kun det objektive faktum at legen antar at det foreligger et unaturlig dødsfall.¹⁰¹ Dersom det av etterforskningsmessige hensyn er nødvendig å innhente ytterligere dokumentasjon for å avklare om det foreligger et straffbart forhold, må retten be om dette etter begjæring fra påtalemyndigheten jf. hpl. § 36 fjerde ledd.¹⁰² Det er altså ikke legen som pålegges å ta initiativ til utlevering av pasientopplysninger, men legen vil ha en plikt til å utlevere pasientopplysninger der det foreligger pålegg fra retten om det. Legen har ikke plikt å forklare seg til politiet etter hpl. § 36, men vil ha rett til å gi forklaring uten

⁹⁹ FOR-2000-12-21-1378

¹⁰⁰ Rasmussen (1997) s. 561

¹⁰¹ Ot.prp.13 (1998-1999) s.235

¹⁰² Se også IS-2012-8 s. 86-87

hensyn til taushetsplikten.¹⁰³ Legen kan senere bli pålagt en vitneplikt for retten, men det vil falle utenfor oppgavens tema å gå videre inn på dette.

6 Avslutning

6.1 Utfordringer knyttet til lovverket

Helsepersonellovens bestemmelser er, i likhet med øvrige lovbestemmelser, utformet vage for å fange opp et vidt spekter av tilfeller. Både menneskelige forhold og konfliktsituasjoner er svært ulike og samfunnet er i tillegg i stadig utvikling. Det er derfor verken mulig eller ønskelig å utarbeide et lovverk detaljert nok til å gi tilfredsstillende svar på alle rettsspørsmål. Å formulere lovverket med et større presisjonsnivå, vil kunne gå på bekostning av tilgjengeligheten og således også på bekostning av forutberegneligheten.¹⁰⁴ En kasuistisk lovgivningsteknikk kan forlede tanken over på en metodikk som går ut på at alle svar finnes i loven, og de tilfeller som ikke fremgår av lovteksten, vil falle utenfor. Det er på det rene at lovgiver aldri vil kunne forutberegne alle tilfeller som vil kunne finne sted i det praktiske liv.

Det er imidlertid viktig at man med utformingen av et regelverk tar hensyn til hvem som skal tolke og anvende reglene. I helseretten er det i all hovedsak helsepersonell som er lovanvendere. Selv om juridiske kunnskaper på helserettens område er tatt inn i undervisningen til flere helserettede yrker, er det på det rene at helsepersonell ikke er jurister med samme grunnlag for å tolke bestemmelser. Helsepersonell har en særlig viktig rolle i samfunnet, da de skal ivareta borgenes liv og helse. Denne rollen innebærer ofte akutte situasjoner hvor en er nødt til å handle raskt og samarbeide med andre «blålysetater». Helsepersonell som står i hektiske situasjoner, vil ikke alltid ha lett for å orientere seg om hvilke regler som gjelder. Som i all lovgivning er det nødvendig å vurdere hvilket landskap loven havner i, og særlig på helserettens område er det nødvendig med forenklede lovbestemmelser og oversiktlige oppbygninger slik at anvenderne av loven, som i stor grad er ikke-jurister, kan sette seg inn i og følge gjeldende lovgivning.

Usikkerhet med hensyn til hvordan regelverket er å forstå, og redsel for å komme i skade for å bryte taushetsplikten, kan medføre at helsepersonell vegrer seg for å utlevere opplysninger også i situasjoner hvor vedkommende har rett eller plikt til å gi opplysninger til en annen etat.

¹⁰³ I-2001-20 s. 34.

¹⁰⁴ Bernt og Mæhle (2007) s. 232

Av den grunn er det nødvendig å ha et oversiktlig regelverk tilrettelagt for helsepersonell som sikrer god samhandling mellom de ulike instansene.

Som oppgaven har forsøkt å vise, er lovgivningen omkring helsepersonells rett og plikt til å utlevere opplysninger til politiet, i dag spredt i ulike lover og omfatter et stort antall bestemmelser. Dette kan gjøre det krevende for helsepersonell og pasienter å sette seg inn hvilke regler som gjelder.

Helsepersonellovens systematikk kan by på utfordringer selv for erfarne jurister. At helsepersonelloven deler opp i meldeplikt og opplysningsplikt uten å gi begrepene ulikt reelt innhold, kan by på tolkningsutfordringer. Synspunktet forsterkes ved at barnevernloven skiller på begrepene, slik at opplysningsplikten har ulikt begrepsbruk i barnevernloven og helsepersonelloven. I tillegg legger flere av bestemmelsene om opplysningsrett og opplysningsplikt opp til en bred skjønnsmessig vurdering. Som det i oppgaven tidligere har vært redegjort for, innebærer tilsidesettelse av taushetsplikten et inngrep i pasientens rettigheter etter EMK art. 8. Ved skjønnsmessig utformede bestemmelser, pålegges det enkelte helsepersonell å vurdere hvorvidt det skal gjøres et inngrep i retten til privatliv. Dette skaper en praksisvariasjon som medfører liten forutberegnelighet for den enkelte pasient og samsvarer dårlig med de krav EMK art. 8 stiller til lovgivningen.

Videre avhenger helsepersonells opplysningsrett og opplysningsplikt overfor politiet i stor grad av at vilkåret om avvergelse er oppfylt. I mange tilfeller vil helsepersonell ha gode grunner for å utlevere opplysninger til politiet selv om det ikke er for å avverge skade. Savnede personer og anmeldelse av pasienter etter voldsbruk er eksempler som er drøftet i oppgaven. Her er lovverket uklart.

Dersom helsepersonellet ikke skal ha mulighet til å utlevere opplysninger til politiet i tilfeller med savnede pasienter utenfor krisesituasjoner, vil det kunne gå på bekostning av en effektiv utnyttelse av ressursene i samfunnet. Dette er også en uheldig følge av regelverket.

6.2 Etatene har ulike formål

Helsevesenet og politiet har ulike formål å beskytte og har også ulik adgang til å videreformidle opplysninger. Ved samarbeid i form av informasjonsutveksling er det viktig at politiet og helsevesenet er klar over de ulike verdiene etatene er bygd på, samt på hvilken måte dette har påvirket regelverket. Når informasjonsutveksling mellom helsepersonell og politi diskuteres, tales det ofte om «samarbeid mellom etatene». Bruken av ordet «samarbeid»

når en taler om informasjonsutveksling, kan lett misoppfattes til at det er likevekt i systemet slik at eksempelvis politiet kan forvente å få utlevert opplysninger av helsepersonell i samme grad som de selv utleverer opplysninger.¹⁰⁵ Det er viktig at helsepersonell har i mente at det er gode grunner til at rettstilstanden verken er eller bør være slik.

6.3 Avsluttende vurdering

I helsepersonells hverdag vil det kunne oppstå en rekke situasjoner hvor spørsmål om taushetsplikts rekkevidde overfor politiet aktualiseres. I en del tilfeller vil det være vanskelig å vurdere hvor grensen går. Helsepersonell har naturligvis ikke ansvar for å forhindre at personer blir straffeforfulgt, men de har likevel ansvar for å sørge for å opprettholde tilliten til helsevesenet, slik at alle borgere har en reell tilgang til helsehjelp. Rt.2013 s.1442 viste at norsk rett stiller krav til årvåkenhet og aktiv handling fra helsepersonell når denne tilliten settes på prøve. Det er et lederansvar å gjennomgå virksomhetens rutiner for håndtering av dette ansvaret, jf. hpl. § 16, som stiller krav til at virksomheten legger til rette for at helsepersonell skal kunne oppfylle sine lovpålagte plikter.

Denne oppgaven har kun omhandlet unntak fra taushetsplikten for å gi opplysninger til politiet. Norsk lovgivning inneholder unntak fra taushetsplikten for å videreformidle opplysninger til flere instanser. Der er omkring 50 ulike bestemmelser som pålegger leger eller annet helsepersonell å gi meldinger om ellers taushetsbelagte opplysninger.

Ved å samle regelverket i en og samme lov og med færre bestemmelser, ville en kunne skapt et mer oversiktlig bilde av rettstilstanden og på den måte skape større forutberegnelighet for pasientene. Et mer samlet og forutsigbart lovverk ville også kunne skape et bedre samarbeid mellom etatene. Dette kan blant annet gjøres gjennom å innta avvergelsesplikten i helsepersonelloven. I tillegg kunne lovgiver valgt å begrense bruk av opplysningsretten, og i større grad ilagt en opplysningsplikt. På den måten ville man begrense skjønnet i regelverket, som igjen ville bidra til en mer konsis praksis på utlevering av opplysninger til politiet. Å omstrukturere helsepersonelloven slik at man skapte en konsekvent bruk av begrepet «meldeplikt» vil kunne illustrere et viktig skille for helsepersonell; når de har plikt til å melde fra av eget tiltak og når de plikter å utlevere informasjon på oppfordring. All den tid lovverket er som det er, er det viktig å prioritere opplæring i lovverket for alt helsepersonell. Gjennom tilstrekkelig opplæring i lovverket, vil en skape en mer konsis oppfatning av

¹⁰⁵ NOU 2010: 3 s. 115

rettstilstanden, som igjen kan føre til en mer ensartet og forutberegnelig praksis som både er ressurs sparende for helsetjenesten og som bidrar til bedre ivaretagelse av pasientrettighetene.

Med et utfordrende regelverk, kan både helsepersonell og politi tidvis oppleve taushetspliktbestemmelsene som et tungvint system som forhindrer samarbeid med hensiktsmessig informasjonsflyt mellom etatene. Innskrenking av taushetsplikten kan senke arbeidsbyrden og gjøre arbeidet til etatene mer effektivt, men vil også gå på bekostning av pasienters personvern. Når unntak fra taushetsplikten skal vurderes, er det viktig å huske på de viktige verdiene bak taushetsplikten, herunder det særegne tillitsforholdet helsehjelpen bygger på.

Jeg startet oppgaven med et sitat fra Lars Saabye Christensen. Sitatet er nok knyttet til forfatteres kreativitet. Som forfatteren også skriver i boka; *«Jeg står i gjeld til mine karakterer. Det er ikke ytringsfriheten som får meg til å dikte, det er taushetsplikten»*.

Jeg tror Saabye Christensens sitat kan ha en overføringsverdi til helsepersonells utlevering av opplysninger til politiet – taushetsplikten tvinger også politiet til å ta i bruk alternative etterforskningsmetoder som ikke går på bekostning av tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient.

Kildeliste

Lover:

Kong Christian den femtis norske lov 15. april 1687

Lov 17.mai 1814 Kongerikets Norges Grunnlov (Grunnloven)

Lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) – *opphevet*

Lov 29.april 1927 nr. 1 (legeloven) - *opphevet*

Lov 10. feb. 1967 om behandlingmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 13. juni 1980 nr.42 om leger (legeloven) – *opphevet*

Lov 22. mai 1981 nr.25 om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)

Lov 17.juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven)

Lov 04. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)

Lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse (kjønnslemlestelsesloven) – *opphevet*

Lov 04. august 1995 nr. 53 om politiet (politiloven)

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

Lov 02. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov 02. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 02. juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov 20.05.2005 nr. 28 Lov om straff (straffeloven)

Lov 19. juni 2009 nr.97 om dyrevelferd (dyrevelferdsloven)

Lov 24. juni 2011 nr.30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

Lov 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

Konvensjoner

Den Europeiske Menneskerettskonvensjon (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) (EMK)

FNs konvensjon om barnets rettigheter (Convention on the Rights of the Child) (Barnekonvensjonen)

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)

Wien-konvensjonen om traktatretten av 1969

Forskrifter:

FOR-2000-12-21-1378 Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l

FOR-2004-01-19-298 Forskrift om førerkort m.m (førerkortforskriften)

Forarbeider og andre offentlige dokumenter:

NOU

NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004–2009

NOU:1976:1 Leger og tannlegers rettigheter og plikter

NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter

NOU 1999:27 «Ytringsfrihet bør finde Sted» Forslag til ny Grunnlov § 100

NOU 2015:11

Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Ot.prp.

Ot.prp.nr.1 (1979-1980)

Om lov om leger og om lov om tannleger

Ot.prp.nr.8 (2007-2008)

Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 mv. (skjerpene og formildende omstendigheter, folkemord, rikets selvstendighet, terrorhandlinger, ro, orden og sikkerhet, og offentlig myndighet

Ot.prp. nr. 10 (1998-1999)

Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ot.prp.nr.11 (1998-1999)

Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven

Ot.prp.nr.12 (1998-1999)

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven

Ot.prp.nr.13 (1998-1999)

Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Ot.prp.nr.15 (2008-2009)

Om lov om dyrevelferd

Ot.prp. nr.21 (2003-2004)

Om lov om endringer i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse

Proposisjoner til Stortinget

Prop.23 L (2009-2010)

Endringer i lønnsgarantiloven, permitteringslønnsloven, forskotteringsloven og folketrygdloven (samleproposisjon)

Prop.169 L (2016-2017)

Endringer i barnevernloven mv. (bedre rettssikkerhet for barn og foreldre

Prop.56 LS (2017-2018) Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse av forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) i EØS-avtalen

Innstillinger

Innst.O.nr.80 (1991-1992) Innstilling fra forbruker- og administrasjonskomiteen om lov om barneverntjenester (barnevernloven)

Rettspraksis:

EMD:

Case of Kokkinakis v. Greece (Application no. 14307/88) Judgement 25 May 1993

Case of M.S. v. Sweden (74/1996/693/885) Judgment, Strasbourg, 27.08.1997

Case of Silver and Others v. the United Kingdom ((Application no. 5947/72; 6205/73; 7052/75; 7061/75; 7107/75; 7113/75; 7136/75) Judgment, Strasbourg 15.03.1983

Case of the Sunday Times v. the United Kingdom (Application no. 6538/74) Judgment, Strasbourg 26 April 1979

Case of Malone v. The United Kingdom (article 50) (Application no. 8691/79) Judgment, Strasbourg 26.04.1985

Case of Olsson v. Sweden (No.1) Judgment, Strasbourg 24 March 1988

Høyesterett

Rt.1933.22

Rt.1992.362

Rt.1989.1363

Rt.2005.1329

Rt.2005.1625

Rt.2012.2039

Rt.2006.90

Rt.2013.1442

Rt.2006.799

Rt.2015.93

Rt.2008.867

HR-2017-467-A

Rt.2008.1491

HR-2017-824-A

Rt.2010.612

HR-2018-824-A

Lagmannsretten

LB-2016-181614

LH-2012-203349

Tingretten

TNHER-2012-147883

Rundskriv

IS-2015-9

Helsepersonells taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. Rundskriv fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet.

IS-2012-8 s. 95

Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv fra Helsedirektoratet.

I-2001-20 s. 34

Lov om helsepersonell mv. Rundskriv fra sosial – og helsedepartementet.

Uttalelser fra justisdepartementets lovavdeling

JDLOV-2000-11729

Forvaltningsloven § 13 - Elever med rusproblemer i helsefag – forholdet til taushetsplikten

Litteratur:

Aasen, Henriette Sinding – «Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling»
Bergen, fagbokforlaget 2000.

Andenæs, Kristian – «Om maktens rettsliggjøring og rettsliggjøringens maktpotensial»
Tidsskrift for samfunnsforskning vol. 47 nr. 4, (2006) s.587-599. Link:
https://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/JUS4122/h15/pensumliste/om_maktens_rettsliggjoring_og_rettsliggjoringens_maktpotensial.pdf (sist besøkt 30.10.18)

Andersen, Njål Wang – «Melde – og opplysningsplikt for barneverntjenesten» (2008)
kapittel 5. Link: https://lovdata.no/pro/#document/JUS/andersen-nw-2008-01/KAPITTEL_5

Andresen, Herbjørn – «Tilgang til og videreformidling av helseopplysninger, regulering og kontroll på tvers av IT-systemer og organisatoriske grenser», 2010. Doktorgradsavhandling
forsvart ved det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo nr. 38

Bendiksen, Lena og Haugli, Trude – «Sentrale emner i barneretten» (2015, 2. utgave)

Befring, Anne Kjersti C. – «Jus i helse – og sosialtjenesten». 1. opplag 2007

Befring, Anne Kjersti, Kjelland, Morten og Syse, Aslak – «Sentrale helserettslige emner.
Med bidrag av Lars Duvaland, Bente Ohnstad og Henriette Sinding Aasen» 1. utgave, 1.
opplag 2016

Bernt, Jan Fridthjof og Mæhle, Synne Sæther – «Rett, samfunn og demokrati» 1.utgave
2007, 4. opplag 2014

Borvik, Bjørnar – «EMK artikkel 8 og vernet mot ærekrenkingar» (2003)

Duvaland, Lars – «Når leger finner narkotika» link: <https://tidsskriftet.no/2014/09/helse-og-jus/nar-leger-finner-narkotika> (sist besøkt 26.10.18)

Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind – «Forvaltningsrett» 10. utgave 2014

Echoff, Torstein – «Rettskildelære 5. utgave ved Jan E Helgesen» 2001

Holmboe, Morten – «Tale eller tie: om plikt til å avverge alvorlige lovbrudd og uriktige domfellelser», 2017

Kjønstad, Asbjørn – ”Helserett” 2. utgave, 1 opplag 2007

Knoph, Ragnar (1894-1938) – «Knophs oversikt over Norges rett» Medforfattere: Kåre Lilleholt (1952-) og Johs. Andenæs (1912-2003), 13. utgave 2009, utgitt av Kåre Lilleholt.

Molven, Olav – «Helse og jus» – 8. utgave, 1. opplag 2015

Molven, Olav – «Sykepleie og jus» 5. utgave, 1. opplag 2016

Syse, Aslak – «Pasientrettighetsloven med kommentarer» 3. utgave, 1. opplag 2009

Hansen, Trond Egil og Maartmann-Moe, Kjell – «Vold og trusler på legekantoret» i «Fagutvalgets hefte om forebygging og håndtering av vold og trusler mot helsepersonell» for Allmennlegeforeningen (2003). Link:

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/28a0bbe977664b468e6882918c5597a7/vold-og-trusler-pa-legekantoret.pdf>

Store medisinske leksikon – «hippokratiske ed» Link: https://sml.snl.no/hippokratiske_ed (sist besøkt 24.10.18)

Det Store Medicinske Selskab – «Forebyggende helsearbeid i Norge fram til 1860» Link: <http://www.dnms.no/i/2005/01/6-Forebyggende-helsearbeid-i-Norge-fram-til-1860> (sist besøkt 22.10.18)

Store norske leksikon – ”Magnus Lagabøtes Landslov” Link:

https://snl.no/Magnus_Lagab%C3%B8tes_landslov. (Sist besøkt 19.10.2018)

Høringsuttalelser

Høyring - forslag til endringar i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel» publisert på regjeringens nettside www.regjeringen.no 9.10.2015. Nettside sist besøkt 20.10.2018

Høringsbrev, regjeringens ref.: 15/3209, se fotnote nr. 27.

Datatilsynets høringsvar datert 27.11.2015 ref. 15/01059-2/RCA. Se før øvrig fotnote **27**.

Statistikk

Statistikk fra Helsedirektoratet - *Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2017* Skrevet av Per Øivind Gaardsrud Link:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/Fastlegestatistikk%202017/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%202017.pdf>