

Lægers tavshedspligt ved behandling af unge

Alle sundhedspersoner er underlagt tavshedspligt, og oplysninger om en patients helbred eller andre private oplysninger må som udgangspunkt ikke videregives uden dennes udtrykkelige samtykke. Tavshedspligten stammer fra *Hippokrates* (460-370 f.Kr.) og er stadig en central del af både lægeløftet og Lægeforeningens etiske regler. Børn og unge udgør en særlig patientgruppe, bl.a. på grund af forældrenes omsorgspligt og sundhedsprofessionelles skærpede underretningspligt. Særligt for unge er den gradvise løsrivelse fra forældrene en vigtig udvikling mod et selvstændigt voksenliv, og i denne periode kan der opstå særlige problemer i forbindelse med lægers tavshedspligt. I artiklen af *Boisen et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1] tages der fat på denne vigtige og vanskelige problemstilling.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2002 en vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, hvori det fastslås, at forældre som udgangspunkt skal informeres aktivt om deres barns forhold, indtil det fylder 18 år [2]. Der er et tankevækkende misforhold mellem denne vejledning og sundhedslovens generelle fokus på patienters autonomi. Særligt er der en kontrast mellem unges patienters ret til informeret samtykke og manglende ret til tavshedspligt, og det kan synes besynderligt, at en ung på 15 år kan takke nej til livsnødvendig behandling, men ikke få en fortrolig samtale med en læge. I de fleste lande hænger retten til samtykke og tavshedspligt sammen. De mest vidtgående regler er nok de norske, hvor unge allerede fra 12-årsalderen kan begrænse forældrenes aktindsigt og ret til information f.eks. i forbindelse med seksualitet/prævention, og hvor 16-årige er »helsemyndige« med fuld ret til tavshedspligt over for forældrene – dog med samme tilgang til børnebeskyttelse og underretningspligt som i Danmark.

Af *Boisen et al's* artikel [1] fremgår det, at fortrolig behandling prioriteres højt af unge, skønt danske unge tilsyneladende ikke kender til den gældende lovgivning og retningslinjerne [3]. Baseret på internationale erfaringer kan usikkerhed om eller manglende tavshedspligt betyde, at sårbare unge med risikabel adfærd eller psykosociale problemer undlader at opsøge eller informere lægen om væsentlige forhold. Herudover er der god grund til at antage, at chancen for at støtte unge til f.eks. rygestop eller sikker sex er større, hvis læger kan tilbyde unge et fortroligt og fordomsfrit samtalerum, hvor man i hvert

fald for en periode kan holde private oplysninger fortroligt – også over for forældrene.

Samtidig skal man naturligvis huske, at forældrenes rolle i ungdomsårene er helt essentiel. I forbindelse med alvorlig og kronisk sygdom har langt de fleste unge brug for, at forældrene inddrages og bidrager med deres viden, erfaring, omsorg og støtte. Unge patienter, der har involverede og støttende forældre, klarer sig bedre end unge, hvor forældrene overlader det til de unge alene, selvom det er påvist, at overinvolvering kan medføre familiekonflikter og dårligere adhærens og sygdomskontrol [4].

Hvad er det bedste for unge patienter? Det er nok et både og. Tavshedspligt er ikke – og må ikke være – en modsætning til forældreinvolvering eller effektiv kommunikation mellem forældre og unge. Hensigten må tværtimod være, at den unge aktivt opfordres til at inddrage sine forældre, samtidigt med at han/hun tilbydes et troværdigt fortrolighedsrum i sundhedssektoren. Desuden må læger og andre sundhedspersoner sikre sig, at unge kender og forstår deres rettigheder.

Samlet set er de gældende retningslinjer ikke samstemmende, og *Boisen et al's* artikel [1] gør det tydeligt, at der er et behov for en revision med fokus på unges særlige behov – uden at glemme vigtigheden af forældrenes inddragelse, ikke mindst når det gælder unge med kronisk sygdom. Der er kort sagt behov for en lovgivning, der giver mulighed for at afstemme forældreinddragelse og tavshedspligt med udgangspunkt i en udviklingstilpasset behandling. Den gældende vejledning fra 1998 om information og samtykke [5], hvor der bl.a. lægges vægt på den unges modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet, kan være et interessant og relevant forlæg. Også når det gælder tavshedspligt.

LITTERATUR

1. Boisen KA, Adolphsen C, Svensson J et al. Lægers tavshedspligt ved behandling af unge kan være et dilemma. Ugeskr Læger 2016;178:V01160061.
2. Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende, nr. 9494 af 04/07/2002. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2002/vejledning-om-sundhedspersoners-tavshedspligt-dialog-og-samarbejde-med-patienters-paarørende> (22. aug 2016).
3. Boisen KA, Hertz PG, Blix C et al. Independent visits and confidential care at a tertiary university hospital. Turk Arch Ped 2013;(suppl 2):89.
4. Williams LB, Laffel LMB, Hood KK. Diabetes-specific family conflict and psychological distress in paediatric Type 1 diabetes. Diabet Med J 2009;26:908-14.
5. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. Retsinformation.dk. www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=21076 (22. aug 2016).

LEDER

Karen Vitting Andersen

Ugeskr Læger
2016;178:V68626

KORRESPONDANCE:

Karen Vitting Andersen,
BørneUngeKlinikken,
Rigshospitalet.
E-mail: karen.vitting.
andersen@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk