



**Konvensjon om barns
rettigheter**

Distr.: Generell
17. april 2013

Original: Engelsk

Komitéen for barns rettigheter

**Generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett
til å nyte godt av den høyest oppnåelige
helsestandarden (art. 24)***

* Vedtatt av komitéen på sitt 62. møte (14. januar til 1. februar 2013).

Innhold

	<i>Avsnitt</i>	<i>Side</i>
I. Innledning	1–6	3
II. Prinsipper og premisser for å realisere barns rett til helse	7–22	4
A. Udeleligheten og den gjensidige avhengigheten av barns rettigheter	7	4
B. Retten til ikke-diskriminering	8–11	4
C. Barnets beste	12–15	5
D. Retten til liv, overlevelse og utvikling og de bestemmende faktorene for barns helse	16–18	6
E. Barnets rett til å bli hørt	19	7
F. Utvikling av kapasitet og barnets livsløp	20–22	7
III. Normativt innhold i artikkel 24	23–70	8
A. Artikkel 24, paragraf 1	23–31	8
B. Artikkel 24, paragraf 2	32–70	9
IV. Forpliktelser og ansvar	71–85	16
A. Statenes forpliktelser til å respektere, beskytte og oppfylle	71–74	16
B. Ansvar for ikke-statlige aktører	75–85	17
V. Internasjonalt samarbeid	86–89	18
VI. Rammeverk for gjennomføring og ansvarlighet	90–120	19
A. Fremme kunnskap om barns rett til helse (art. 42)	93	19
B. Lovgivende tiltak	94–95	19
C. Styring og koordinering	96–103	20
D. Investering i barns helse	104–107	21
E. Handlingssyklusen	108–118	22
F. Rettsmidler for brudd på retten til helse	119–120	24
VII. Formidling	121	24

I. Innledning

1. Denne generelle kommentaren er basert på viktigheten av å nærme seg barns helse fra et barnerettighetsperspektiv om at alle barn har rett til å muligheter til å overleve, vokse og utvikle seg, innenfor rammen av fysisk, følelsesmessig og sosialt velvære, til hvert barns fulle potensial. Gjennom denne generelle kommentaren, viser «barn» til en person under 18 år, i samsvar med artikkel 1 i FNs konvensjon om barnets rettigheter (heretter kalt «konvensjonen»). Til tross for de bemerkelsesverdige prestasjonene når det gjelder å oppfylle barns rett til helse de siste årene siden vedtakelsen av konvensjonen, gjenstår betydelige utfordringer. Komitéen for barns rettigheter (heretter kalt «komitéen») erkjenner at det meste av dødelighet, sykkelighet og funksjonshemninger blant barn kunne blitt forebygget hvis det var politisk engasjement og tilstrekkelig tildeling av ressurser rettet mot anvendelse av tilgjengelig kunnskap og teknologi for forebygging, behandling og omsorg. Denne generelle kommentaren ble utarbeidet med sikte på å gi veiledning og støtte til partene og andre ansvarsbærere for å støtte dem i å respektere, beskytte og oppfylle barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard (heretter kalt «barns rett til helse»).

2. Komitéen tolker barns rett til helse som definert i artikkel 24, som en inkluderende rett som ikke bare strekker seg til rettidig og hensiktsmessig forebyggende, helsefremmende arbeid, behandlings-, rehabiliterende og palliative tjenester, men også til en rett til å vokse og utvikle seg til sitt fulle potensial og leve under forhold som gjør dem i stand til å oppnå den høyeste helsestandard gjennom implementeringen av programmer som henvender seg til de underliggende, bestemmende helsefaktorene. En helhetlig tilnærming til helse plasserer realisering av barns rett til helse innenfor den bredere rammen av internasjonale menneskerettighetsforpliktelser.

3. Komitéen retter denne generelle kommentaren til en rekke interessenter som arbeider innen barns rettigheter og folkehelse, inkludert politikere, de som iverksetter programmer og til aktivister, samt foreldre og barn selv. Den er eksplisitt generell for å sikre relevansen for et bredt spekter av barns helseproblemer, helsevesener og de ulike kontekstene som finnes i ulike land og regioner. Den fokuserer primært på artikkel 24, para. 1 og 2, og adresserer også artikkel 24, para. 4.¹ Implementering av artikkel 24 må ta hensyn til alle menneskerettighetsprinsipper, spesielt de veiledende prinsippene i barnekonvensjonen, og må bli utformet av evidensbaserte folkehelsestandarder og beste praksis.

4. I grunnvedtektene til Verdens helseorganisasjon har statene blitt enige om å betrakte helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet.² Denne positive forståelsen av helse legger folkehelsegrunnlaget for denne generelle kommentaren. Artikkel 24 nevner eksplisitt primærhelsetjenesten, en tilnærming som ble definert i Alma-Ata-erklæringen³ og forsterket av World Health Assembly.⁴ Denne tilnærmingen understreker behovet for å eliminere utstøting og redusere sosiale ulikheter i helse, organisere helsetjenestene rundt folks behov og forventninger,

¹ Artikkel 24, paragraf 3 dekkes ikke fordi en generell kommentar om skadelig praksis er under utvikling.

² Innledningen til grunnvedtektene til Verdens helseorganisasjon (WHO), som fastsatt ved den internasjonale helsekonferansen i New York, 22. juli 1946.

³ Alma-Ata-erklæringen, Internasjonal konferanse om primærhelsetjenester, Alma-Ata, 6.–12. september 1978.

⁴ World Health Assembly, Primærhelsetjeneste inkludert styrking av helsesystemer, dokument A62/8.

integre helse i beslektede sektorer, forfølge samarbeidsmodeller for dialog, og øke interessentenes deltagelse, herunder behovet for og hensiktsmessig bruk av tjenester.

5. Barns helse påvirkes av en rekke faktorer, mange av dem har endret seg de siste 20 årene, og vil trolig fortsette å utvikle seg i fremtiden. Dette innbefatter oppmerksomheten som gis til nye helseproblemer og endrede helseprioriteringer, for eksempel: HIV/AIDS, pandemisk influensa, ikke-smittsomme sykdommer, betydningen av psykisk helsevern, still av nyfødte og neonatal- og ungdomsdødelighet; økt forståelse for hvilke faktorer som bidrar til død, sykdom og uførhet hos barn, inkludert strukturelle bestemmelsesfaktorer, slik som den globale økonomiske og finansielle situasjonen, fattigdom, arbeidsledighet, migrasjon og befolkningsforskyvninger, krig og uroligheter, diskriminering og marginalisering. Det er også en økende forståelse for virkningen av klimaendringene og rask urbanisering på barns helse; utvikling av ny teknologi, slik som vaksiner og legemidler; et sterkere kunnskapsgrunnlag for effektive biomedisinske, atferdsmessige og strukturelle tiltak, samt noen kulturelle praksiser som er knyttet til barneoppdragelse og har vist seg å ha positiv innvirkning på barn.

6. Fremskritt i informasjons- og kommunikasjonsteknologi har skapt nye muligheter og utfordringer for å oppnå barns rett til helse. Til tross for de ekstra ressursene og teknologien som nå har blitt tilgjengelig for helsesektoren, klarer mange land fortsatt ikke å gi universell tilgang til grunnleggende helsefremmende tiltak, forebygging og behandlingstjenester for barn. Et bredt spekter av ulike ansvarsbærere må involveres hvis barns rett til helse skal bli fullt ut realisert, og den sentrale rollen som foreldre og andre omsorgspersoner må bli bedre anerkjent. Relevante interessenter må være engasjerte, arbeide på nasjonalt, regionalt, distrikts- og samfunnsnivå, herunder statlige og ikke-statlige partnere, privat sektor og finansieringsorganisasjoner. Statene har plikt til å sikre at alle ansvarsbærere har tilstrekkelig bevissthet, kunnskap og evne til å oppfylle sine forpliktelser og ansvar, og at barnas kapasitet er tilstrekkelig utviklet til å gjøre dem i stand til å hevde sin rett til helse.

II. Prinsipper og premisser for å realisere barns rett til helse

A. Udeleligheten og den gjensidige avhengigheten av barns rettigheter

7. Konvensjonen anerkjenner den gjensidige avhengigheten og den like betydningen av alle rettigheter (sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle) som gjør det mulig for alle barn å utvikle sine mentale og fysiske evner, personligheter og talenter i den utstrekning det er mulig. Ikke bare er barns rett til helse viktig i seg selv, men realisering av retten til helse er også uunnværlig for å nyte godt av alle de andre rettighetene i konvensjonen. Videre er det å oppnå barns rett til helse avhengig av realisering av mange andre rettigheter som er skissert i konvensjonen.

B. Retten til ikke-diskriminering

8. For å realisere retten til helse for alle barn, har statene plikt til å sørge for at barns helse ikke blir svekket som følge av diskriminering, som er en betydelig faktor som bidrar til sårbarhet. En rekke grunner til forbudt diskriminering er skissert opp i artikkel 2 i konvensjonen, herunder barns, foreldres eller verges rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal, etnisk eller sosial opprinnelse, eiendom, funksjonshemming, fødsel eller annen status. Disse omfatter også seksuell orientering,

kjønnsidentitet og helsetilstand, for eksempel HIV-status og psykisk helse.⁵ Man bør også vie oppmerksomhet til alle andre former for diskriminering som kan undergrave barns helse, og konsekvensene av flere former for diskriminering bør også tas opp.

9. Kjønnsbasert diskriminering er særlig fremtredende og påvirker et bredt spekter av utfall, fra drap av jentebarn/jentefostre til diskriminerende praksis ved mating av spedbarn og småbarn, kjønnsstereotypier og tilgang til tjenester. Oppmerksomhet bør vies de ulike behovene til jenter og gutter, og virkningen av kjønnsrelaterte sosiale normer og verdier på helse og utvikling hos gutter og jenter. Oppmerksomhet må også gis til skadelig kjønnsbasert praksis og normer for atferd som er inngrodd i tradisjoner og skikker og undergraver retten til helse for jenter og gutter.

10. All policy og programmer som påvirker barns helse bør være forankret i en bred tilnærming til likestilling som sikrer unge kvinners fulle politiske deltakelse; sosiale og økonomiske selvstendighet; anerkjennelse av like rettigheter knyttet til seksuell og reprodutiv helse; og lik tilgang til informasjon, utdanning, rettferdighet og sikkerhet, herunder eliminering av alle former for seksuell og kjønnsbasert vold.

11. Barn i vanskeligstilte situasjoner og underprivilegerte områder bør være et fokus for arbeidet med å oppfylle barns rett til helse. Statene bør identifisere faktorer på nasjonale og undernasjonale nivåer som skaper sårbarheter for barn eller ulemper hos visse grupper av barn. Disse faktorene bør tas opp ved utvikling av lover, forskrifter, policy, programmer og tjenester for barns helse, og arbeid for å sikre likhet.

C. Barnets beste

12. Artikkel 3, paragraf 1 i konvensjonen plikter offentlige og private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter og lovgivende organer å sørge for at det beste for barnet er vurdert og ansett som et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Dette prinsippet må følges i alle helserelevante beslutninger vedrørende det enkelte barnet eller barn som gruppe. Individuelle barns beste skal være basert på deres fysiske, følelsesmessige, sosiale og pedagogiske behov, alder, kjønn, forholdet til foreldre og omsorgspersoner, og deres familie og sosial bakgrunn, og etter å ha hørt deres synspunkter i henhold til artikkel 12 i konvensjonen.

13. Komitéen oppfordrer stater til å sette barnas beste i sentrum for alle beslutninger som påvirker deres helse og utvikling, herunder fordeling av ressurser, og utvikling og implementering av politikk og tiltak som påvirker de underliggende faktorene som bestemmer helsen deres. For eksempel bør barnets beste:

- (a) Veilede behandlingstilbud, og overstyre økonomiske hensyn der det er mulig;
- (b) Hjelp til med løsninger på interessekonflikter mellom foreldre og helsearbeidere; og
- (c) Påvirke utviklingen av politikk for å regulere handlinger som hindrer de fysiske og sosiale miljøene der barn bor, vokser opp og utvikler seg.

14. Komitéen understreker viktigheten av det beste for barnet som grunnlag for alle beslutninger med hensyn til å gi, holde tilbake eller avslutte behandling for alle barn. Statene bør utvikle prosedyrer og kriterier for å gi veiledning til helsepersonell for å

⁵ Generell kommentar nr. 4 (2003) om unge menneskers helse og utvikling i sammenheng med FNs konvensjon om barns rettigheter, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 59. møte, supplement nr. 41 (A/59/41), annek X, para. 6.*

vurdere det beste for barnet på helseområdet, i tillegg til andre formelle og forpliktende prosesser som er på plass for å bestemme barnets beste. Komitéen har i sin generelle kommentar nr. 3⁶ understreket at tilstrekkelige tiltak for å møte HIV/AIDS bare kan iverksettes dersom rettighetene til barn og unge blir respektert fullt ut. Barnets beste bør derfor veilede behandlingen av HIV/AIDS på alle nivåer av forebygging, behandling, omsorg og støtte.

15. I den generelle kommentaren nr. 4 understreket komitéen at det er til det beste for barnet å ha tilgang til relevant informasjon om helsespørsmål.⁷ Spesiell oppmerksomhet må gis til visse kategorier av barn, herunder barn og unge med psykososiale funksjonshemninger. Der hvor sykehusinnleggelse eller plassering i institusjon blir vurdert, bør denne avgjørelsen tas i samsvar med prinsippet om det beste for barnet, med den grunnleggende forståelsen at det er til det beste for alle barn med funksjonshemninger å bli tatt vare på, så langt som mulig, i nærmiljøet og en familiesituasjon, og helst innen sin egen familie med den nødvendige støtten tilgjengelig for familien og barnet.

D. Retten til liv, overlevelse og utvikling og de bestemmende faktorene for barns helse

16. Artikkel 6 fremhever partenes plikt til å sikre overlevelse, vekst og utvikling hos barnet, inkludert de fysiske, mentale, moralske, åndelige og sosiale dimensjonene av deres utvikling. De mange farer og beskyttende faktorer som ligger til grunn for liv, overlevelse, vekst og utvikling hos barnet må være systematisk identifisert for at det skal være mulig å utforme og implementere kunnskapsbaserte intervensjoner som retter seg mot en bred rekke bestemmende faktorer i løpet av livsløpet.

17. Komitéen erkjenner at en rekke bestemmende faktorer må vurderes for å realisere barns rett til helse, inkludert individuelle faktorer som alder, kjønn, utdanning, sosioøkonomisk status og bosted; bestemmende faktorer på jobb i nærmiljøet til familier, kolleger, lærere og tjenesteleverandører, særlig vold som truer liv og overlevelse hos barn som en del av deres nærmiljø; og strukturelle bestemmende faktorer, inkludert policy, administrative strukturer og systemer, sosiale og kulturelle verdier og normer.⁸

18. Blant de viktigste faktorene for barns helse, ernæring og utvikling er realiseringen av mors rett til helse⁹ og rollen til foreldre og andre omsorgspersoner. Et betydelig antall spedbarnsdødsfall oppstår når barnet er nyfødt, knyttet til mors dårlige helse før og under svangerskapet og like etter fødselsperioden, og til mangelfull ammepraksis. Helse og helserelatert atferd hos foreldre og andre viktige voksne har stor innvirkning på barns helse.

⁶ Generell kommentar nr. 3 (2003) om HIV/AIDS og barnets rettigheter, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 59. møte, supplement nr. 41 (A/59/41)*, annekse IX.

⁷ Generell kommentar nr. 4 (2003) om unge menneskers helse og utvikling i sammenheng med FNs konvensjon om barns rettigheter, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 59. møte, supplement nr. 41 (A/59/41)*, annekse X, para. 10.

⁸ Se generell kommentar nr. 13 (2011) om barnets rett til å være fri fra alle former for vold, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 67. møte, supplement nr. 41 (A/67/41)*, annekse V.

⁹ Se Komitéen for avskaffelse av diskriminering av kvinner, generell anbefaling nr. 24 (1999) om kvinner og helse, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 54. møte, supplement nr. 38 (A/54/38/Rev.1)*, kap. I, seksj. A.

E. Barnets rett til å bli hørt

19. Artikkel 12 fremhever betydningen av barns medvirkning, og å gi barn rett til å uttrykke sine synspunkter og at synspunktene skal tas alvorlig, i henhold til alder og modenhet.¹⁰ Dette innbefatter deres syn på alle aspekter av helsebestemmelser, herunder for eksempel hvilke tjenester som trengs, hvordan og hvor de er best ivaretatt, barrierer for tilgang til eller bruk av tjenester, kvaliteten på tjenestene og holdningene til helsepersonell, hvordan styrke barnas evne til å ta økende mengder ansvar for egen helse og utvikling, og hvordan involvere dem mer effektivt i å tilby tjenester, som lærere for jevnaldrende. Statene oppfordres til å gjennomføre regelmessige deltakende konsultasjoner som er tilpasset barnets alder og modenhet, og forskning med barn, og å gjøre dette separat med deres foreldre, for å lære om deres helseutfordringer, utviklingsmessige behov og forventninger som bidrag til utformingen av effektive tiltak og helseprogrammer.

F. Utvikling av kapasitet og barnets livsløp

20. Barndommen er en periode med sammenhengende vekst fra fødsel til barndom, gjennom førskolealder til ungdomsårene. Hver fase er viktig siden betydelige utviklingsmessige endringer skjer i form av fysisk, psykisk, emosjonell og sosial utvikling, forventninger og normer. Stadiene i barnets utvikling er kumulative, og hvert trinn har en innvirkning på senere faser, påvirker barnas helse, potensial, risikoer og muligheter. Å forstå livsløpet er viktig for å forstå hvordan helseproblemer i barndommen påvirker folkehelsen generelt.

21. Komitéen erkjenner at barns gradvise utvikling har betydning for deres selvstendige beslutninger på deres helse spørsmål. Den bemerker også at det ofte er alvorlige avvik vedrørende slike selvstendige beslutninger, der barn som er særlig utsatt for diskriminering ofte er mindre i stand til å utøve denne selvstendigheten. Det er derfor viktig at det er på plass støttende policy og at barn, foreldre og helsepersonell har tilstrekkelig rettighetsbasert veiledning om samtykke, godkjenning og konfidensialitet.

22. For å reagere på og forstå barns gradvise utvikling og de ulike helseprioriteringene i livssyklusen, bør data og informasjon som er samlet inn og analysert deles opp etter alder, kjønn, funksjonshemming, sosioøkonomisk status og sosiokulturelle aspekter og geografisk plassering, i samsvar med internasjonale standarder. Det gjør det mulig å planlegge, utvikle, implementere og overvåke passende politikk og tiltak som tar hensyn til barns skiftende evner og behov over tid, og som bidrar til å gi relevante helsetjenester til alle barn.

III. Normativt innhold i artikkel 24

A. Artikkel 24, paragraf 1

«Statene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden»

23. Begrepet «den høyest oppnåelige helsestandarden» tar hensyn til både barnets biologiske, sosiale, kulturelle og økonomiske forutsetninger og statens tilgjengelige

¹⁰ Se generell kommentar nr. 12 (2009) om barnets rett til å bli hørt, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter*, 65. møte, supplement nr. 41 (A/65/41), annekset IV.

ressurser, supplert med ressurser som er gjort tilgjengelig av andre kilder, blant annet frivillige organisasjoner, det internasjonale samfunnet og privat sektor.

24. Barns rett til helse innebærer et sett friheter og rettigheter. Frihetene, som øker i betydning med økende kapasitet og modenhet, innbefatter retten til å kontrollere egen helse og kropp, inkludert seksuell og reproduktiv frihet til å ta ansvarlige valg. Rettighetene inkluderer tilgang til en rekke fasiliteter, varer, tjenester og forhold som gir like muligheter for alle barn til å nyte den høyest oppnåelige helsestandard.

«og til tilbud om behandling av sykdom og helserehabilitering»

25. Barn har rett til helsetilbud med god kvalitet, inkludert forebygging, helsefremming, behandling, rehabilitering og palliativ omsorg. På barnetrinnet må disse tjenestene være tilgjengelige i tilstrekkelig mengde og kvalitet, funksjonelle, innenfor fysisk og økonomisk rekkevidde for alle deler av barnebefolkningen, og akseptable for alle. Helsevesenet bør ikke bare gi støtte i helseomsorgen, men også rapportere informasjon til relevante myndigheter i tilfeller med brudd på rettigheter og urett. Omsorg på sekundært og tertiært nivå bør også gjøres tilgjengelig i den grad det er mulig, med funksjonelle henvisningssystemer som knytter sammen lokalsamfunn og familier på alle nivåer i helsevesenet.

26. Omfattende programmer for primærhelsevesenet skal leveres sammen med velprøvde samfunnsbaserte tiltak, herunder forebyggende pleie, behandling av konkrete sykdommer og ernæringsmessige intervensjoner. Intervensjoner på samfunnsnivå bør innbefatte informasjon, tjenester og varer, samt forebygging av sykdom og skade gjennom for eksempel investering i trygge offentlige rom, trafiksikkerhet og utdanning om skader, ulykker og voldsforebygging.

27. Statene bør sikre en hensiktsmessig utdannet arbeidsstyrke på tilstrekkelig størrelse for å støtte helsetjenester for alle barn. Tilstrekkelig regulering, tilsyn, lønn og vilkår for tjenesten er også nødvendig, blant annet for lokale helsearbeidere. Aktiviteter for å utvikle kapasitet bør sikre at tjenesteytere jobber på en barnevennlig, følsom måte, og ikke nekter barna noen tjenester som de har rett på etter loven. Mekanismer for ansvarlighet bør innarbeides for å sikre at standarder for kvalitetssikring blir opprettholdt.

«Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester»

28. Artikkel 24 paragraf 1 pålegger en sterk plikt til handling ved at partene skal sikre at helse og andre relevante tjenester er tilgjengelige og oppnåelige for alle barn, med spesiell oppmerksomhet på underbetjente områder og befolkninger. Det krever et omfattende primærhelsevesen, et tilstrekkelig lovverk og vedvarende oppmerksomhet på de underliggende faktorene for barns helse.

29. Barrierer for barns tilgang til helsetjenester, inkludert økonomiske, institusjonelle og kulturelle barrierer, bør identifiseres og elimineres. Universell gratis fødselsregistrering er en forutsetning, og intervensjoner for sosial beskyttelse, inkludert sosialhjelp som barnetilskudd eller subsidier, pengeoverføringer og betalt foreldrepermisjon, bør iverksettes og sees på som komplementære investeringer.

30. Helsesøkende atferd formes av miljøet der den foregår, herunder bl.a. tilgjengeligheten på tjenester, nivå på helsekunnskaper, ferdigheter og verdier. Statene bør arbeide for et utviklende miljø for å oppmuntre passende helsesøkende atferd fra foreldre og barn.

31. I samsvar med voksende evner og anlegg, bør barn få tilgang til konfidensiell veiledning og rådgivning uten foreldrenes eller verge samtykke, der dette er vurdert av

fagfolk som arbeider med barn å være til barnets beste. Statene bør avklare de lovgivende prosedyrene for utpeking av egnede omsorgspersoner for barn uten foreldre eller verger som kan samtykke på barnets vegne, eller hjelpe barnet med å samtykke, avhengig av barnets alder og modenhet. Statene bør gjennomgå og vurdere å tillate barn å samtykke til enkelte medisinske behandlinger og intervensjoner uten tillatelse fra forelder, omsorgsperson eller verge, for eksempel HIV-testing og seksuelle og reproduktive helsetjenester, inkludert utdanning og veiledning om seksuell helse, prevensjon og trygg abort .

B. Artikkel 24, paragraf 2

32. I samsvar med artikkel 24, paragraf 2 bør statene få på plass en prosess for å identifisere og ta opp andre spørsmål som er relevante for barns rett til helse. Dette krever blant annet en grundig analyse av dagens situasjon i form av prioriterte helseproblemer og reaksjoner, og identifisering og gjennomføring av kunnskapsbaserte intervensjoner og policy som responderer på sentrale bestemmende faktorer og helseproblemer, i samråd med barn når det er hensiktsmessig.

Artikkel 24, paragraf 2 (a). «Å redusere spedbarns- og barnedødelighet»

33. Stater har en forpliktelse til å redusere barnedødeligheten. Komitéen oppfordrer spesielt til oppmerksomhet om neonatal dødelighet, som utgjør en økende andel av dødelighet under 5 år. I tillegg bør partene også rette søkelys på sykелighet og dødelighet hos ungdom, som vanligvis er underprioritert.

34. Inngrepene bør innbefatte hensyn til dødfødsler, komplikasjoner ved for tidlig fødsel, fødselskvelning, lav fødselsvekt, smitte av HIV fra mor til barn og andre seksuelt overførbare infeksjoner, neonatale infeksjoner, lungebetennelse, diaré, meslinger, under- og feilernæring, malaria, ulykker, vold, selvmord og sykелighet og dødelighet hos unge mødre. Det anbefales å styrke helsesystemene for å tilby slike intervensjoner til alle barn i forbindelse med spekteret av omsorg for reproduktiv helse, helse for nyfødte, mødre og barn, inkludert undersøkelser for fødselsskader, sikre fødselstjenester og omsorg for nyfødte. Granskning av maternal og perinatal dødelighet bør gjennomføres regelmessig i forbindelse med forebygging og ansvarlighet.

35. Statene bør legge særlig vekt på å skalere opp enkle, sikre og rimelige tiltak som har vist seg å være effektive, for eksempel nærmiljøbaserte behandlinger av lungebetennelse, diaré-sykdommer og malaria, og legge spesielt vekt på å sikre full beskyttelse og fremme ammepraksis.

Artikkel 24, paragraf 2 (b). «Å sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn, med vekt på utviklingen av primærhelsetjenesten»

36. Statene bør prioritere universell tilgang for barn til primære helsetjenester gitt så nært som mulig til der barn og deres familier bor, spesielt i lokalmiljøet. Selv om den nøyaktige konfigurasjonen og innholdet av tjenester vil variere fra land til land, vil i alle tilfeller effektive helsesystemer være nødvendige, inkludert: en robust finansieringsmekanisme, en godt trent og tilstrekkelig betalt arbeidsstyrke; pålitelig informasjon som grunnlag for beslutninger og policy; godt vedlikeholdte anlegg og logistikksystemer for å levere kvalitetsmedisiner og teknologi; og sterk ledelse og styring. Helsetjenestetilbudet innenfor skoler gir en viktig mulighet for helsefremmende arbeid, for å undersøke for sykdom, og øker tilgjengeligheten til helsetjenester for skolebarn.

37. Anbefalte tjenestepakker bør brukes, for eksempel Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health.¹¹ Statene har plikt til å gjøre alle livsviktige medisiner på Verdens helseorganisasjon sine Model Lists over essensielle legemidler, inkludert listen for barn (i pediatriske doseringer der det er mulig), tilgjengelig og rimelig.

38. Komitéen er bekymret over økningen i psykisk dårlig helse blant ungdom, herunder utviklings- og atferdsforstyrrelser; depresjon; spiseforstyrrelser; angst; psykiske traumer som følge av misbruk, vanskjøtsel, vold eller utnyttelse; alkohol, tobakk og narkotika; tvangshandlinger, slik som overdreven bruk av og avhengighet til Internett og annen teknologi; og selvskading og selvmord. Det er en økende erkjennelse for behovet for økt oppmerksomhet om atferdsmessige og sosiale spørsmål som undergraver barns psykiske helse, psykososiale velbefinnende og emosjonelle utvikling. Utvalget advarer mot overmedisinering og institusjonalisering, og oppfordrer statene til å gjennomføre en tilnærming basert på offentlig helse og psykososial støtte for å håndtere psykisk dårlig helse blant barn og unge, og til å investere i primærhelsetjenestetilnæringer som letter tidlig oppdagelse og behandling av barns psykososiale, emosjonelle og mentale problemer.

39. Statene er forpliktet til å gi adekvat behandling og rehabilitering for barn med psykiske og psykososiale lidelser, og samtidig avstå fra unødvendig medisinering. Resolusjonen fra 2012 til World Health Assembly om den globale byrden fra psykiske lidelser og behovet for en helhetlig, koordinert respons fra helse- og sosialsektoren på landsnivå¹² bemerker at det er økende bevis for effektiviteten og kostnadseffektiviteten av tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser, spesielt hos barn. Komitéen oppfordrer sterkt statene til å skalere opp disse tiltakene ved mainstreaming av dem gjennom en rekke sektorvise policy og programmer, inkludert helse, utdanning og beskyttelse (strafferett), med involvering av familier og lokalsamfunn. Barn som er i risiko på grunn av sin familie og sosiale miljøer krever spesiell oppmerksomhet for å forbedre sin mestring og livsferdigheter og fremme beskyttende og støttende miljøer.

40. Det er behov for å anerkjenne de spesielle utfordringene vedrørende barns helse for barn berørt av humanitære kriser, inkludert de som resulterer i store flyktningstrømmer på grunn av naturlige eller menneskeskapt katastrofer. Alle mulige tiltak bør iverksettes for å sikre at barn har uavbrutt tilgang til helsetjenester, å (gjen-)forene dem med sine familier, og for å beskytte dem ikke bare med fysisk støtte, for eksempel mat og rent vann, men også oppmuntre spesielt foreldre eller annen psykososial omsorg til å forebygge eller håndtere frykt og traumer.

Artikkel 24, paragraf 2 (c). «Å bekjempe sykdom og feilernæring, også innenfor rammen av primærhelsetjenesten, ved bl.a. å anvende allerede tilgjengelig teknologi og gjennom å stille til rådighet tilstrekkelig næringsrike matvarer og rent drikkevann, med hensyn til farene og risiko ved miljøforurensning»

(a) Anvende allerede tilgjengelig teknologi

41. Når nye, utprøvde teknologier innen barns helse, herunder legemidler, utstyr og intervensjoner blir tilgjengelige, bør statene introdusere dem i politikk og tjenester. Mobilordninger og nærmiljøbasert innsats kan redusere noe risiko og bør gjøres allment tilgjengelig, og dette innbefatter: immunisering mot de vanlige barnesykdommene; overvåking av vekst og utvikling, spesielt i tidlig barndom; vaksinasjon mot humant

¹¹ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (Geneve, 2011).

¹² Resolusjon WHA65.4, vedtatt på 65. World Health Assembly, 25. mai 2012.

papillomavirus for jenter; tetanustoksoidinjeksjoner for gravide; tilgang til oral rehydreringsterapi og sinktilskudd for behandling av diaré; essensielle antibiotika og antivirale medikamenter; tilskudd av vitaminer og mineraler, slik som vitamin A og D, salt tilsatt jod og jerntilskudd; og kondomer. Helsearbeidere bør informere foreldrene om hvordan de kan få tilgang til og administrere disse enkle teknologiene etter behov.

42. Den private sektoren, som omfatter bedrifter og idealistiske organisasjoner som påvirker helse, antar en stadig viktigere rolle i utvikling og forbedring av teknologi, medisiner, utstyr, intervensjoner og prosesser som kan bidra til betydelige fremskritt innen barns helse. Statene bør sikre at fordelene når fram til alle barn som trenger dem. Statene kan også oppfordre til offentlig-private samarbeid og bærekraftige initiativer som kan øke tilgang og senke kostnader for helseteknologi.

(b) Stille til rådighet tilstrekkelig nærende matvarer

43. Tiltak for å oppfylle statenes forpliktelser når det gjelder å sikre tilgang til ernæringsmessig adekvat, kulturelt hensiktsmessig og trygg mat¹³ og for å bekjempe feilernæring må tas i bruk i henhold til den spesifikke konteksten. Effektive direkte ernæringsstiltak for gravide kvinner omfatter å bekjempe anemi og mangel på folsyre og jod, og gi kalsiumtilskudd. Forebygging og behandling av preeklampsi og eklampsi bør sikres for alle kvinner i reproduktiv alder for å sikre deres helse og sunn foster- og spedbarnsutvikling.

44. Fullamming for spedbarn opp til 6 måneders alder bør vernes og fremmes, og amming bør fortsette sammen med hensiktsmessige komplementære matvarer helst til to år, der det er mulig. Statenes forpliktelser på dette området er definert i «beskytte, fremme og støtte»-rammeverket, som ble vedtatt enstemmig av World Health Assembly.¹⁴ Statene er forpliktet til å innføre i nasjonal lovgivning, iverksette og håndheve internasjonalt godkjente standarder vedrørende barns rett til helse, inkludert Den internasjonale kodeksen om markedsføring av brystmelkerstatninger og relevante påfølgende resolusjoner fra World Health Assembly, samt Rammekonvensjonen om tobakkskontroll fra WHO. Spesielle tiltak bør iverksettes for å fremme lokalsamfunnets og arbeidsplassens støtte til mødre i forhold til graviditet og amming og gjennomførbart og rimelig barnepass, og overholdelse av International Labour Organization konvensjon nr. 183 (2000) om revisjonen av Mødrevernkonvensjonen (revidert), 1952.

45. Utilstrekkelig ernæring og vekstovervåking i tidlig barndom er spesielt viktig. Der det er nødvendig, bør integrert styring av alvorlig, akutt underernæring utvides gjennom fasilitets- og nærmiljøbaserte tiltak, samt behandling av moderat akutt underernæring, inkludert terapeutiske intervensjoner for mating.

46. Skolemat er ønskelig for å sikre at alle elever har tilgang til et fullverdig måltid hver dag, som også kan styrke barns oppmerksomhet for læring og øke oppmøtet på skolen. Komitéen anbefaler at dette kombineres med ernærings- og helseutdanning, inkludert å konstruere skolehager og opplæring av lærere for å bedre barns ernæring og styrke sunne matvaner.

¹³ Se International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 11, og Committee on Economic, Social and Cultural Rights, generell kommentar nr. 12 (1999) om retten til tilstrekkelig mat, *Det økonomiske og sosiale rådets offisielle dokumenter, 2011, supplement nr. 2 (E/2000/22)*, annek V.

¹⁴ Se WHO og FNs barnefond (UNICEF), *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Geneve, 2003).

47. Statene bør også ta opp fedme hos barn, da det er forbundet med hypertensjon, tidlige markører for kardiovaskulær sykdom, insulinresistens, psykologiske virkninger, høyere sannsynlighet for voksen fedme og tidlig død. Barns eksponering for hurtigmat med mye fett, sukker eller salt, mye energi og lavt innhold av vitaminer og mineraler, og drikker som inneholder mye koffein eller andre potensielt skadelige stoffer, bør begrenses. Markedsføringen av disse stoffene – spesielt når slik markedsføring er rettet mot barn – bør reguleres, og deres tilgjengelighet i skoler og andre steder kontrolleres.

(c) Anskaffelse av rent drikkevann

48. Trygt og rent drikkevann og sanitære forhold er avgjørende for full glede av livet og alle andre menneskerettigheter.¹⁵ Offentlige etater og lokale myndigheter med ansvar for vann og sanitærtjenester bør vedkjenne seg sin forpliktelse til å bidra til å realisere barns rett til helse, og aktivt vurdere barnets indikatorer på underernæring, diaré og andre vannrelaterte sykdommer og husholdningsstørrelse ved planlegging og gjennomføring av infrastrukturekspansjon og vedlikehold av vann tjenester, og ved beslutninger om beløp for gratis minstebruk og tjenesteavbrudd. Statene er ikke fritatt fra sine forpliktelser selv når de har privatisert vann og sanitærtjenester.

(d) Miljøforurensning

49. Statene bør iverksette tiltak for å møte de farer og risikoer som lokal miljøforurensning utgjør for barns helse i alle miljøer. Tilstrekkelig bolig som inkluderer trygge matlagingsmuligheter, et røykfritt miljø, riktig ventilasjon, effektiv håndtering av avfall og avhending av søppel fra boligkvarter og de nærmeste omgivelsene, fravær av mugg og andre giftige stoffer og familiehygiene er kjernekrav til en sunn oppdragelse og utvikling. Statene bør regulere og overvåke miljøpåvirkningen fra virksomheter som kan kompromittere barns rett til helse, matsikkerhet og tilgang til rent drikkevann og sanitære forhold.

50. Komitéen peker på relevansen til miljøet, utover miljøforurensning, for barns helse. Miljømessige inngrep bør blant annet omhandle klimaendringer, da dette er en av de største truslene mot barns helse og forverrer helseforskjeller. Statene bør derfor sette barns helse spørsmål i sentrum for deres klimatilpasning og utslippsreducerende strategier.

Artikkel 24, paragraf 2 (d). «Å sikre passende prenatal og postnatal helseomsorg for mødre»

51. Komitéen konstaterer at dødelighet og sykkelighet for mødre som kan avverges utgjør alvorlige brudd på menneskerettighetene til kvinner og jenter, og utgjør alvorlige trusler mot deres og barnas rett til helse. Graviditet og barnefødsel er naturlige prosesser med kjente helserisikoer som både kan forebygges og behandles, hvis de identifiseres tidlig. Risikosituasjoner kan oppstå under graviditet, fødsel og ante- og postnatale perioder, og har både kortsiktige og langsiktige effekter på helse og velvære for både mor og barn.

52. Komitéen anmoder statene til å tilegne seg barnefølsomme tilnæringer for helse gjennom ulike perioder av barndommen som (a) det baby-vennlige sykehusinitiativet¹⁶ som beskytter, fremmer og støtter amming og at mor og barn deler rom; (b) barnevennlig helsepolitikk fokusert angående opplæring av helsearbeidere fokusert på å levere kvalitetstjenester på en måte som minimerer frykt, angst og lidelse for barn og deres familier; og (c) ungdomsvennlige helsetjenester som krever at helsepersonell og fasiliteter

¹⁵ Generalforsamlingens resolusjon 64/292 om menneskets rett til vann og sanitærtjenester.

¹⁶ UNICEF/WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative (1991).

skal være imøtekommende og følsomme for ungdom, respektere konfidensialitet og levere tjenester som er akseptable for ungdom.

53. Omsorgen kvinner får før, under og etter svangerskapet har dyptgripende konsekvenser for helsen og utviklingen til barna. Å oppfylle plikten til å sikre universell tilgang til en omfattende pakke seksuelle og reproduktive helseintervensjoner bør være basert på konseptet om en sammenhengende enhet omsorg fra førgraviditet, gjennom svangerskapet, til fødsel og gjennom hele post-partum-perioden. Betimelig omsorg av god kvalitet gjennom disse periodene gir viktige muligheter til å hindre overføring av dårlig helse mellom generasjonene, og har stor innvirkning på helsen til barnet gjennom hele livsløpet.

54. Intervensjonene som bør gjøres tilgjengelig på tvers av denne sammenhengende enheten inkluderer, men er ikke begrenset til: grunnleggende helseforebygging og forfremmelse, og kurativ behandling, herunder forebygging av neonatal stivkrampe, malaria i svangerskapet og medfødt syfilis; ernæringsmessig omsorg; tilgang til seksuell og reproduktiv helseopplysning, informasjon og tjenester; utdanning innen helseatferd (for eksempel knyttet til røyking og bruk av rusmidler); fødselsberedskap; tidlig gjenkjennelse og behandling av komplikasjoner; trygge aborttjenester og omsorg etter abort; nødvendig omsorg ved fødsel og forebygging av overføring av HIV fra mor til barn, og omsorg og behandling av HIV-smittede kvinner og spedbarn. Omsorg for mødre og nyfødte etter fødsel bør sikre mot unødig atskillelse av mor og barn.

55. Komitéen anbefaler sosiale beskyttelseiltak som omfatter å sikre universell dekning eller økonomisk tilgang til omsorg, betalt foreldrepermisjon og andre trygdeytelser, og lovgivning for å begrense upassende markedsføring og profilering av brystmelkeerstatning.

56. Gitt de høye andelene graviditet blant ungdom globalt og de ekstra risikoene assosiert med sykелighet og dødelighet, bør statene sikre at helsesystemer og tjenester er i stand til å møte de spesifikke seksuelle og reproduktive helsebehovene til ungdom, inkludert familieplanlegging og trygge aborttjenester. Statene bør arbeide for at jenter skal kunne ta selvstendige og informerte beslutninger om sin reproduktive helse. Diskriminering på grunnlag av ungdomsgraviditet, for eksempel utvisning fra skolen, bør forbys, og muligheter for kontinuerlig opplæring bør sikres.

57. Tatt i betraktning at gutter og menn er avgjørende for planlegging og sikring av friske svangerskap og fødsler, bør statene integrere utdanning, bevisstgjøring og dialogmuligheter for gutter og menn i sin policy og planer for seksuelt, reproduktivt og barnehelsetilbud.

Artikkel 24, paragraf 2 (e). «Å sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om, og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring, fordelene ved amming, hygiene, miljøhygiene og forebygging av ulykker»

58. Forpliktelsene etter denne bestemmelsen er å gi helserelatert informasjon og støtte i bruk av denne informasjonen. Helserelatert informasjon bør være fysisk tilgjengelig, forståelig og hensiktsmessig i forhold til barns alder og utdanningsnivå.

59. Barn trenger informasjon og opplæring i alle aspekter av helse for å gjøre dem i stand til å foreta informerte valg i forhold til deres livsstil og tilgang på helsetjenester. Informasjon og utdanning i livsferdigheter bør angripe et bredt spekter av helseproblemer, blant annet: sunn kost og å fremme fysisk aktivitet, idrett og rekreasjon; ulykke og skadeforebygging; sanitærtjenester, håndvask og annen personlig hygienepraksis; og farene ved alkohol, tobakk og bruk av psykoaktive stoffer. Informasjon og opplæring bør omfatte relevant informasjon om barns rett til helse, forpliktelser for stater, hvordan og hvor man

skal få tilgang til helseinformasjon og tjenester, og skal gis som en sentral del av skolens læreplan, samt gjennom helsetjenesten og i andre miljøer for barn som ikke går på skolen. Materiale som gir informasjon om helse bør være utformet i samarbeid med barn og formidles til et bredt spekter av offentlige miljøer.

60. Seksuell og reproduktiv helseutdanning bør omfatte selvbevissthet og kunnskap om kroppen, inkludert anatomiske, fysiologiske og emosjonelle aspekter, og bør være tilgjengelig for alle barn, jenter og gutter. Det bør inneholde informasjon relatert til seksuell helse og trivsel, for eksempel informasjon om kroppens forandringer og modningsprosesser, og utformes på en måte der barn er i stand til å tilegne seg kunnskap om reproduktiv helse og forebygging av kjønnsbasert vold, og vedta ansvarlig seksuell atferd.

61. Informasjon om barns helse bør gis til alle foreldre enkeltvis eller i grupper, utvidet familie og andre omsorgspersoner gjennom ulike metoder, blant annet helsestasjoner, foreldreopplæring, offentlige informasjonsbrosjyrer, faginstanser, lokale organisasjoner og media.

Artikkel 24, paragraf 2 (f). «Å utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning og undervisning og tjenester for familieplanlegging»

(a) Forebyggende helsearbeid

62. Forebygging og helsefremmende arbeid bør ta opp de største helsemessige utfordringene for barn i samfunnet og landet som helhet. Disse utfordringene inkluderer sykdommer og andre helsemessige utfordringer, som ulykker, vold, rusmisbruk og psykososiale og psykiske helseproblemer. Forebyggende helsearbeid bør ta opp smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, og innlemme en kombinasjon av biomedisinske, atferdsmessige og strukturelle tiltak. Forebygging av ikke-smittsomme sykdommer bør starte tidlig i livet gjennom å fremme og støtte sunn og ikke-voldelig livsstil for gravide kvinner, deres ektefeller/samboere og små barn.

63. Å redusere byrden av barnets skader krever strategier og tiltak for å redusere forekomsten av drukning, brannskader og andre ulykker. Slike strategier og tiltak bør omfatte lovgivning og håndheving; endringer i produkter og miljø, støttende hjemmebesøk og promotering av sikkerhetsfunksjoner; opplæring, kompetanseutvikling og atferdsendring; nærmiljøbaserte prosjekter, akutt pleie og pleie før sykehusinnleggelse, samt rehabilitering. Arbeidet med å redusere trafikkulykker bør omfatte lovgivning for bruk av bilbelte og annet sikkerhetsutstyr, sikre tilgang til trygg transport for barn og å ta passende hensyn til dem i veiplanlegging og trafikkontroll. Støtte fra industri og media er viktig i denne sammenhengen.

64. Ved å erkjenne vold som en vesentlig årsak til dødelighet og sykkelighet hos barn, spesielt ungdom, understreker komitéen behovet for å skape et miljø som beskytter barn mot vold og oppfordrer til deltakelse i holdningsmessige og atferdsmessige endringer hjemme, på skoler og i det offentlige rom; for å støtte foreldre og omsorgspersoner i sunn barneoppdragelse; å utfordre holdninger som opprettholder toleranse og kondisjonering av vold i alle former, blant annet ved å regulere skildring av vold fra massemedia.

65. Statene bør beskytte barn mot løsemidler, alkohol, tobakk og illegale stoffer, øke innsamling av relevante bevis og treffe hensiktsmessige beslutninger for å redusere bruken av slike stoffer blant barn. Det anbefales å regulere reklame og salg av stoffer som er skadelige for barns helse, og det å fremme slike ting på steder der barn ferdes, samt i mediekkanaler og publikasjoner som brukes av barn.

66. Komitéen oppfordrer statene som ennå ikke har gjort dette til å ratifisere de internasjonale konvensjonene om narkotikakontroll¹⁷ og Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om tobakkskontroll. Komitéen understreker viktigheten av å vedta en rettighetsbasert tilnærming til rusmiddelbruk, og anbefaler at skadereduserende strategier bør benyttes der de er passende for å minimere de negative helseeffektene av rusmisbruk.

(b) Veiledning for foreldre

67. Foreldre er den viktigste kilden til tidlig diagnose og primæromsorg for små barn, og den viktigste beskyttende faktoren mot høy risikoatferd hos ungdom, som for eksempel rusmiddelbruk og usikker sex. Foreldre spiller også en sentral rolle i å fremme sunn barneutvikling, å beskytte barn mot skade som følge av ulykker, skader og vold, og dempe de negative virkningene av risikoatferd. Barns sosialiseringprosesser, som er avgjørende for å forstå og tilpasse seg den verden de vokser opp i, er sterkt påvirket av sine foreldre, utvidet familie og andre omsorgspersoner. Statene bør vedta evidensbaserte intervensjoner for å støtte gode foreldre, inkludert undervisning om foreldreferdigheter, støttegrupper og familievern, spesielt for familier som opplever sosiale utfordringer og utfordringer tilknyttet barns helse.

68. I lys av virkningen av fysisk avstraffelse på barns helse, inkludert fatal og ikke-fatal skade og psykologiske og følelsesmessige konsekvenser, minner komitéen statene om plikten til å treffe alle egnede lovgivnings-, administrative, sosiale og opplæringstiltak for å avskaffe fysisk avstraffelse og andre grusomme eller nedverdiggende former for straff i alle sammenhenger, blant annet i hjemmet.¹⁸

(c) Familieplanlegging

69. Familieplanleggingstjenester bør plasseres innenfor omfattende seksuelle og reproduktive helsetjenester, og bør omfatte utdanning om seksualitet, herunder rådgivning. De kan betraktes som en del av en sammenhengende mengde tjenester beskrevet i artikkel 24, paragraf 2 (d), og bør være utformet slik at alle par og enkeltpersoner skal kunne ta seksuelle og reproduktive avgjørelser fritt og ansvarlig, herunder antall, tidsavstand og tidspunkt på fødsel av barn, og gi dem informasjon og midler til å gjøre det. Oppmerksomhet bør vies for å sikre konfidensiell, universell tilgang til varer og tjenester for både gift og ugift ungdom av begge kjønn. Statene skal sørge for at ungdom ikke blir fratatt noen seksuell og reproduktiv helseinformasjon eller helsetjeneste på grunn av tilbydernes samvittighetsfulle innvendinger.

70. Kortsiktige prevensjonsmetoder som kondom, hormonelle metoder og nødprevensjon bør gjøres enkelt og lett tilgjengelig for seksuelt aktive ungdommer. Langsiktige og permanente prevensjonsmetoder bør også tilbys. Komitéen anbefaler at statene sikrer tilgang til trygg abort og omsorgstjenester etter abort, uavhengig av om abort i seg selv er lovlig.

¹⁷ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961; Convention on Psychotropic Substances, 1971; United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988.

¹⁸ Generell kommentar nr. 8 (2006) om barns rett til beskyttelse mot fysisk avstraffelse og andre grusomme eller nedverdiggende former for straff, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter*, 63. møte, supplement nr. 41 (A/63/41), annekts II.

IV. Forpliktelser og ansvar

A. Statenes forpliktelser til å respektere, beskytte og oppfylle

71. Statene har tre typer forpliktelser knyttet til menneskerettigheter, herunder barns rett til helse: å respektere friheter og rettigheter, å beskytte både friheter og rettigheter fra tredjeparter eller fra sosiale eller miljømessige trusler, og å oppfylle rettighetene gjennom tilrettelegging eller direkte bestemmelse. I henhold til artikkel 4 i konvensjonen, skal statene oppfylle rettigheter som inngår i barns rett til helse til det maksimale innenfor sine tilgjengelige ressurser, om nødvendig innenfor rammen av internasjonalt samarbeid.

72. Alle stater, uavhengig av deres utviklingsnivå, er pålagt å iverksette umiddelbare tiltak for å gjennomføre disse forpliktelsene som en prioritert sak, og uten diskriminering av noe slag. Der de tilgjengelige ressursene er klart utilstrekkelige, må statene fortsatt gjennomføre målrettede tiltak for å bevege seg så raskt og effektivt som mulig mot full virkeliggjøring av barns rett til helse. Uavhengig av ressurser, har statene plikt til å ikke ta noen skritt tilbake som kan hemme benyttelsen av barns rett til helse.

73. Kjerneforpliktelsene under barns rett til helse innbefatter:

(a) Gjennomgang av det nasjonale og undernasjonale miljøet for juss og policy, og om nødvendig, endre lover og regler;

(b) Sikre universell dekning av kvalitetsprimærhelsetjenester, inkludert forebygging, helsefremmende arbeid, omsorgs- og behandlingstjenester, og livsviktige medisiner;

(c) Gi tilstrekkelig svar på de underliggende faktorene for barns helse; og

(d) Utvikle, implementere, oppfølge og evaluere policy og budsjetterte handlingsplaner som utgjør en rettighetsbasert tilnærming for å oppfylle barns rett til helse.

74. Statene bør vise sin forpliktelse til progressiv oppfyllelse av alle forpliktelser i henhold til artikkel 24, og prioritere dette selv i sammenheng med politisk eller økonomisk krise eller krisesituasjoner. Dette krever at barns helse og relatert policy, programmer og tjenester planlegges, prosjekteres, finansieres og gjennomføres på en bærekraftig måte.

B. Ansvar for ikke-statlige aktører

75. Staten er ansvarlig for å realisere barns rett til helse uavhengig av hvorvidt den videreformidler levering av tjenester til ikke-statlige aktører eller ikke. I tillegg til staten, tilbyr et bredt spekter av ikke-statlige aktører informasjon og tjenester relatert til barns helse og deres underliggende bestemmende faktorer har spesifikt ansvar og innflytelse i denne forbindelsen.

76. Statenes forpliktelser innebærer en plikt til å fremme bevissthet om ikke-statlige aktørers ansvar og sørge for at alle ikke-statlige aktører anerkjenner, respekterer og oppfyller sine plikter i forhold til barnet, og anvender prosedyrer for rimelige hensyn der det er nødvendig.

77. Komitéen oppfordrer alle ikke-statlige aktører som driver helsefremmende tiltak og tjenester, særlig i privat sektor, inkludert den farmasøytiske bransjen og helsebransjen, så vel som massemedia og helsetjenesteleverandører å handle i samsvar med bestemmelsene i konvensjonen, og å sikre etterlevelse fra eventuelle samarbeidspartnere som leverer tjenester på deres vegne. Slike partnere innbefatter internasjonale organisasjoner, banker, regionale finansinstitusjoner, globale fellesskap, privat sektor (private stiftelser og fond),

donorer og eventuelle andre enheter som yter tjenester eller økonomisk støtte til barns helse, særlig under humanitære kriser eller politisk ustabile situasjoner.

1. Ansvarsområdet til foreldre og andre omsorgspersoner

78. Ansvar til foreldre og andre omsorgspersoner er uttrykkelig nevnt i flere bestemmelser i konvensjonen. Foreldrene bør ivareta sine oppgaver samtidig som de alltid opptrer til det beste for barnet, hvis nødvendig med støtte fra staten. Foreldre og omsorgspersoner bør ta hensyn til barns utviklende evner, gi dem næring, og beskytte og støtte barn slik at de kan vokse og utvikle seg på en sunn måte. Selv om det ikke eksplisitt uttrykkes i artikkel 24, paragraf 2 (f), forstår komitéen at enhver referanse til foreldrene også omfatter andre omsorgspersoner.

2. Ikke-statlige tjenesteleverandører og andre ikke-statlige aktører

(a) Ikke-statlige tjenesteleverandører

79. Alle helsetjenesteleverandører, inkludert ikke-statlige aktører, må innarbeide og anvende på utforming, gjennomføring og evaluering av sine programmer og tjenester alle relevante bestemmelser i konvensjonen, samt kriteriene for tilgjengelighet, adgang, akseptabilitet og kvalitet, slik de er beskrevet i kapittel VI, avsnitt E i denne generelle kommentaren.

(b) Privat sektor

80. Alle bedrifter har en forpliktelse til å ta rimelige hensyn til menneskerettigheter, som inkluderer alle rettigheter nedfelt i konvensjonen. Statene bør kreve at virksomheter gjennomfører barns rettigheter med rimelige hensyn. Dette vil sikre at virksomhetene identifiserer, forebygger og reduserer sin negative innvirkning på barns rett til helse, inkludert innvirkning over sine forretningsforbindelser og innen alle globale operasjoner. Store bedrifter bør oppmuntres, og der det er passende, avkreves å offentliggjøre sin innsats for å ta opp sin innvirkning på barns rettigheter.

81. Blant andre oppgaver og i alle sammenhenger bør private selskaper: avstå fra å engasjere barn i farlig arbeid og samtidig sikre at de overholder minstealder for barnearbeid; samsvare med den internasjonale kodeksen for markedsføring av brystmelkerstatning og relevante påfølgende resolusjoner fra World Health Assembly; begrense reklame for matvarer med høyt innhold av energi og lavt innhold av vitaminer og mineraler og drikke som inneholder mye koffein eller andre stoffer som potensielt er skadelige for barn; og avstå fra annonsering, markedsføring og salg av tobakk, alkohol og andre giftige stoffer til barn, eller bruke bilder av barn.

82. Komitéen erkjenner den dype virkningen av den farmasøytiske sektoren på helsen til barn og oppfordrer farmasøytiske selskaper til å vedta tiltak mot å øke tilgang til medisiner for barn, med særlig vekt på Menneskerettighetsretningslinjene for farmasøytiske selskaper i forhold til tilgang på medisiner.¹⁹ På samme tid skal statene påse at farmasøytiske selskaper overvåker bruk, og avstår fra å fremme overdreven utskrivning og bruk av legemidler og medisiner til barn. Opphavsrettigheter bør ikke brukes på måter som fører til at nødvendige medisiner eller varer blir uoverkommelige for fattige.

83. Private helseforsikringselskaper bør sørge for at de ikke diskriminerer gravide, barn eller mødre på noe forbudt grunnlag, og at de fremmer likestilling gjennom samarbeid med

¹⁹ Se også Menneskerettighetsresolusjon 15/22 om alles rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden når det gjelder både fysisk og psykisk helse.

statlige trygdeordninger basert på solidaritetsprinsippet, og at manglende evne til å betale ikke begrenser tilgang til tjenester.

(c) Masse- og sosiale medier

84. Artikkel 17 i konvensjonen skisserer ansvarsområdene til massemediaorganisasjoner. I sammenheng med helse, kan disse bli ytterligere utvidet til å omfatte å fremme helse og sunn livsstil blant barn; gi gratis annonseplass for helsefremming, sikre personvernet og konfidensialitet for barn og unge; fremme tilgang til informasjon; å ikke produsere kommunikasjonsprogrammer og materiell som er skadelig for barn og generell helse; og å ikke vedlikeholdende helserelevante stigma.

(d) Forskere

85. Komitéen understreker instansers ansvar, inkludert akademikere, private selskaper og andre, for at forskning som involverer barn respekterer prinsippene og bestemmelsene i konvensjonen og de Internasjonale etiske retningslinjene for biomedisinsk forskning som omfatter mennesker.²⁰ Komitéen minner forskerne om at det beste for barnet alltid skal gjelde foran hensynet til samfunnet generelt, eller vitenskapelig framgang.

V. Internasjonalt samarbeid

86. Statene som er med i konvensjonen har forpliktelser til ikke bare å implementere barns rett til helse innenfor egen jurisdiksjon, men også å bidra til global implementering gjennom internasjonalt samarbeid. Artikkel 24, paragraf 4 krever at stater og flerstatlige etater er spesielt oppmerksomme på barns helseprioriteringer blant de fattigste delene av befolkningen og i utviklingsland.

87. Konvensjonen skal lede alle internasjonale aktiviteter og programmer for giver- og mottakerstater relatert direkte eller indirekte til barns helse. Den krever at deltagerstatene identifiserer de store helseproblemene som påvirker barn, gravide kvinner og mødre i mottakerlandene og tar dem opp i samsvar med de prioriteringene og prinsippene som er fastsatt i artikkel 24. Internasjonalt samarbeid bør støtte statsledede helsesystemer og nasjonale helseplaner.

88. Stater har individuelt og felles ansvar, blant annet gjennom FN-mekanismer, for å samarbeide i å gi katastrofehjelp og humanitær hjelp i krisetider. I disse tilfellene bør statene vurdere å prioritere arbeidet med å realisere barns rett til helse, blant annet gjennom hensiktsmessig internasjonal medisinsk hjelp; distribusjon og forvaltning av ressurser, for eksempel trygt og drikkevann, mat og medisinske forsyninger; og økonomisk støtte til de mest sårbare og marginaliserte barna.

89. Komitéen minner statene på å møte FN's målsetting om å fordele 0,7 prosent av brutto nasjonalinntekt til internasjonal bistand, siden økonomiske ressurser har viktige implikasjoner for realiseringen av barns rett til helse i ressursbegrensede stater. For å sikre den beste effekten, oppfordres stater og flerstatlige etater til å bruke Paris-prinsippene om bistandseffektivitet og prinsippene i Accra-agendaen for handling.

²⁰ Council for International Organizations of Medical Sciences/WHO, Geneve, 1993.

VI. Rammeverk for gjennomføring og ansvarlighet

90. Ansvarlighet er i kjernen av benyttelsen av barns rett til helse. Komitéen minner staten om sine forpliktelser for å sikre at relevante offentlige myndigheter og tjenesteytere blir holdt ansvarlige for å opprettholde de høyest mulige standarder for barns helse og helsetjenester til de når 18 år.

91. Statene bør tilby et miljø som fremmer iverksettelse av alle ansvarsbæreres plikter og ansvar når det gjelder barns rett til helse og et regulatorisk rammeverk hvor alle aktører skal drive og kan overvåkes, blant annet ved å mobilisere politisk og økonomisk støtte for barns helserelaterte problemstillinger, og øke kapasiteten til ansvarsbærere for å oppfylle sine forpliktelser og at barn skal få hevde sin rett til helse.

92. Med aktivt engasjement fra regjeringen, parlamentet, lokalsamfunn, det sivile samfunnet og barn, må de nasjonale ansvarlighetsmekanismene være effektive og transparente og ta sikte på å holde alle aktører ansvarlige for sine handlinger. De bør blant annet vie oppmerksomhet til de strukturelle faktorene som påvirker barns helse, inkludert lover, policy og budsjetter. Deltakende sporing av økonomiske ressurser og deres innvirkning på barns helse er viktige for statlige ansvarlighetsmekanismer.

A. Fremme kunnskap om barns rett til helse (art. 42)

93. Komitéen oppfordrer statene til å vedta og gjennomføre en helhetlig strategi for å utdanne barn, deres omsorgspersoner, taktikkplanleggere, politikere og fagfolk som arbeider med barn om barns rett til helse, og de bidragene de kan gi til realiseringen.

B. Lovgivende tiltak

94. Konvensjonen pålegger statene å treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for gjennomføring av barns rett til helse uten diskriminering. Nasjonale lover skal pålegge en lovfestet plikt for staten til å yte de tjenestene, programmene, menneskelige ressurser og infrastrukturen som trengs for å realisere barns rett til helse og gi en lovfestet rett til nødvendige, barnesensitive kvalitetshelsetjenester og relaterte tjenester for gravide og barn, uavhengig av deres evne til å betale. Lover bør gjennomgås for å vurdere eventuelle diskriminerende virkninger eller hindere for å realisere barns rett til helse, og tilbakekalles der det er nødvendig. Der det er nødvendig, skal internasjonale organisasjoner og givere gi bistand og teknisk assistanse til slike juridiske reformer.

95. Lovverket bør oppfylle en rekke ekstra funksjoner i realiseringen av barns rett til helse ved å definere omfanget av retten og erkjenne barn som rettighetshavere; avklare roller og ansvar for alle ansvarsbærere; avklare hvilke tjenester barn, gravide kvinner og mødre har rett til å kreve; og regulere tjenester og medisiner for å sikre at de er av god kvalitet og ikke forårsaker skade. Statene må sikre at tilstrekkelige lovgivningsmessige og andre sikringstiltak eksisterer for å beskytte og fremme arbeidet med menneskerettighetsforkjempere som arbeider med barns rett til helse.

C. Styling og koordinering

96. Statene oppfordres til å ratifisere og implementere internasjonale og regionale menneskerettighetskonvensjoner som er relevante for barns helse, og å følgelig rapportere om alle aspekter av barns helse.

97. Bærekraft i barns helsepolicy og -praksis krever en langsiktig nasjonal plan som er støttet og forankret som en nasjonal prioritet. Komitéen anbefaler at statene etablerer og gjør bruk av et helhetlig og sammenhengende nasjonalt koordinerende rammeverk om barns helse, bygget på prinsippene i konvensjonen, for å lette samarbeidet mellom departementer og ulike nivåer av regjeringen, samt interaksjon med sivile samfunnsorganisasjoner, inkludert barn. Gitt det høye antallet offentlige etater, lovgivende avdelinger og departementer som arbeider med helserelatert policy og tjenester på ulike nivåer, anbefaler utvalget at roller og ansvar for hver av dem blir avklart i det juridiske og regulatoriske rammeverket.

98. Det må vies spesiell oppmerksomhet til identifisering og prioritering av marginaliserte og ressursvake grupper av barn, samt barn som er i fare for noen form for vold og diskriminering. Alle aktiviteter bør være fullt bekostet, finansiert og gjort synlige i statsbudsjettet.

99. En «barnets helse i all policy»-strategi bør brukes, og fremheve sammenhengen mellom barns helse og underliggende bestemmende faktorer. Alle anstrengelser bør gjøres for å fjerne flaskehalser som hindrer åpenhet, koordinering, samarbeid og ansvarlighet i tilbudet av tjenester som påvirker barns helse.

100. Mens desentralisering er nødvendig for å møte de særskilte behovene til lokaliteter og sektorer, reduserer ikke dette det direkte ansvaret den sentrale eller nasjonale regjeringen har for å oppfylle sine forpliktelser overfor alle barn innenfor sin jurisdiksjon. Vedtak om tildeling til de ulike nivåene av tjenester og geografiske områder bør gjenspeile de sentrale elementene i tilnærming til primærhelsetjenesten.

101. Statene bør engasjere alle sektorer i samfunnet, inkludert barn, i gjennomføringen av barns rett til helse. Utvalget anbefaler at et slikt engasjement inkluderer: etablering av forhold som legger til rette for kontinuerlig vekst, utvikling og bærekraft for sivilsamfunnsorganisasjoner, inkludert grupper på grasrotnivå og nærmiljønivå; aktiv tilrettelegging av deres engasjement i utvikling, gjennomføring og evaluering av barns helsepolitikk og tjenester; og å sørge for tilfredsstillende økonomisk støtte eller hjelp med å få økonomisk støtte.

1. Rollen til parlament/Storting i nasjonal ansvarlighet

102. Når det gjelder barns helserelaterte problemer, har parlament/Storting ansvaret for å vedta lover, sikre åpenhet og inkludering, og stimulere til kontinuerlig offentlig debatt og en ansvarlighetskultur. De bør skape en offentlig plattform for rapportering, og diskutere ytelse og fremme offentlig deltakelse i uavhengige gjennomgangsmekanismer. De bør også holde den utøvende part ansvarlig for gjennomføringen av anbefalingene som resulterer fra uavhengige vurderinger, og sikre at resultatene av vurderingene gir informasjon til påfølgende nasjonale planer, lover, policy, budsjetter og ytterligere ansvarlighetstiltak.

2. Rollen til nasjonale menneskerettighetsinstitusjoner i nasjonal ansvarlighet

103. Nasjonale menneskerettighetsinstitusjoner har en viktig rolle å spille i å vurdere og fremme ansvarlighet, og gi barn støtte ved brudd på deres rett til helse og argumentere for systemendring for å realisere denne retten. Komitéen minner om sin generelle kommentar nr. 2, og minner statene om at mandatet til barnas kommisjonærer eller barneombudsmannen bør inkludere å sikre retten til helse, og mandatholderne bør ha gode ressurser og være uavhengige av regjeringen.²¹

²¹ Se generell kommentar nr. 2 (2002) om rollen til uavhengige nasjonale

D. Investering i barns helse

104. I sine beslutninger om budsjettildeling og utgifter, bør statene bestrebe seg på å sikre tilgjengelighet, adgang, akseptabilitet og kvalitet på essensielle barnehelsetilbud til alle, uten diskriminering.

105. Statene bør kontinuerlig vurdere effekten av makroøkonomiske policy-beslutninger om barns rett til helse, spesielt barn i sårbare situasjoner, forebygge eventuelle beslutninger som kan kompromittere barns rettigheter, og bruke «barnets beste»-prinsippet ved slike vedtak. Statene bør også vurdere forpliktelser i henhold til artikkel 24 i alle aspekter av sine forhandlinger med internasjonale finansinstitusjoner og andre givere, for å sikre at barns rett til helse er tilstrekkelig ivarettatt i internasjonalt samarbeid.

106. Komitéen anbefaler at partene:

(a) lovfester at en bestemt andel av offentlige utgifter skal fordeles til barns helse og skaper en medfølgende mekanisme som gjør det mulig for systematisk uavhengig evaluering av disse utgiftene;

(b) møter Verdens helseorganisasjons anbefalte minimum for helseutgifter per innbygger og prioriterer barns helse i bevilgninger;

(c) gjør investeringer i barn synlig i statsbudsjettet gjennom detaljert samling av ressurser avsatt og brukt til dem; og

(d) gjennomfører rettighetsbasert budsjettovervåking og analyse, samt barnets konsekvensutredninger om hvordan investeringer, særlig i helsesektoren, kan tjene til det beste for barnet.

107. Komitéen understreker betydningen av kartleggingsverktøy i bruken av ressurser, og erkjenner behovet for å utvikle målbare indikatorer for å bistå partene i å overvåke og evaluere fremgang i gjennomføringen av barns rett til helse.

E. Handlingssyklusen

108. Statenes oppfyllelse av sine forpliktelser i henhold til artikkel 24 krever at de engasjerer seg i en syklisk prosess med planlegging, gjennomføring, overvåking og evaluering for deretter å informere videre planlegging, endret gjennomføring og fornyet overvåking og evalueringsinnsats. Statene bør sikre meningsfull deltakelse for barn og innlemme tilbakemeldingsmekanismer for å lette nødvendige tilpasninger gjennom hele syklusen.

109. Tilgjengeligheten av relevante og pålitelige data er sentrale i utviklingen, implementeringen og oppfølgingen av policy, programmer og tjenester som tar sikte på å realisere barns rett til helse. Dette bør omfatte: hensiktsmessig oppdelte data over livsløpet til barnet, med tilbørlig hensyn til sårbare grupper, og data om prioriterte helseproblemer, inkludert nye og neglisjerte årsaker til dødelighet og sykdom, og data om de viktigste faktorene for barns helse. Strategisk informasjon krever data som samles inn gjennom rutinemessige helseinformasjonssystemer, særlige undersøkelser og forskning, og bør omfatte både kvantitative og kvalitative data. Disse dataene skal samles inn, analyseres, formidles og brukes til å informere nasjonal og undernasjonal policy og programmer.

menneskerettighetsinstitusjoner i å fremme og beskytte rettighetene til barnet, *Generalforsamlingens offisielle dokumenter, 59. møte, supplement nr. 41 (A/59/41)*, annekks VIII.

1. Planlegging

110. Komitéen merker seg at for å informere gjennomføringen, overvåkingen og evalueringen av aktiviteter for å oppfylle forpliktelsene i henhold til artikkel 24, bør statene gjennomføre situasjonsanalyser av eksisterende problemstillinger og infrastruktur for levering av tjenester. Analysen bør vurdere den institusjonelle kapasiteten og tilgjengeligheten av menneskelige, finansielle og tekniske ressurser. Basert på resultatet av analysen, bør en strategi utvikles som involverer alle interessenter, både statlige og ikke-statlige aktører og barn.

111. Situasjonsanalysen vil gi en klar idé om nasjonale og undernasjonale prioriteringer og strategier for prestasjonen deres. Referansepunkt og mål, budsjetterte handlingsplaner og operasjonelle strategier bør etableres sammen med et rammeverk for overvåking og evaluering av policy, programmer og tjenester, og fremme ansvarlighet for barns helse. Dette vil synliggjøre hvordan man skal bygge og styrke eksisterende strukturer og systemer for å være i harmoni med konvensjonen.

2. Kriterier for ytelse og implementering

112. Statene bør sikre at alle barns helsetjenester og programmer er i samsvar med kriteriene for tilgjengelighet, tilgang, akseptabilitet og kvalitet.

(a) Tilgjengelighet

113. Statene skal sørge for at det finnes fungerende helsefasiliteter for barn, varer, tjenester og programmer i tilstrekkelig mengde. Statene må sikre at de har tilstrekkelig med sykehus, klinikker, helsepersonell, ambulanseteam og fasiliteter, lokale helsearbeidere, utstyr og viktige legemidler for å gi helsehjelp til alle barn, gravide kvinner og mødre i staten. Tilstrekkelighet bør måles etter behov med særlig vekt på befolkning som er underbetjent og vanskelig å nå.

(b) Tilgang

114. Elementet av tilgang har fire dimensjoner:

(a) *Ikke-diskriminering*: Helse- og relaterte tjenester, samt utstyr, må gis tilgang til for alle barn, gravide kvinner og mødre, i loven og i praksis, uten diskriminering av noe slag;

(b) *Fysisk tilgang*: Helseinstitusjoner må være innenfor tilgjengelig avstand for alle barn, gravide kvinner og mødre. Fysisk tilgang kan kreve ekstra oppmerksomhet til behovene til barn og kvinner med nedsatt funksjonsevne. Komitéen anmoder statene om å prioritere etablering av fasiliteter og tjenester i underbetjente områder og til å investere i mobile oppsøkende tilnærminger, innovative teknologier og velopplærte og støttede lokale helsearbeidere, som måter å nå særlig utsatte grupper av barn på;

(c) *Økonomisk tilgang/overkommelighet*: Manglende evne til å betale for tjenester, utstyr eller medisiner bør ikke resultere i tilgangsnekt. Komitéen oppfordrer statene til å avskaffe egenandeler og gjennomføre helsefinansieringssystemer som ikke diskriminerer kvinner og barn på grunnlag av manglende evne til å betale. Risikosamlende mekanismer som skatt og forsikring bør implementeres på grunnlag av likeverdige, middelbaserte bidrag;

(d) *Informasjonstilgang*: Informasjon om helsefremmende arbeid, helsetilstand og behandlingstilbud bør gis til barn og deres omsorgspersoner i et språk og et format som er tilgjengelig og klart forståelig for dem.

(c) Akseptabilitet

115. I sammenheng med barns rett til helse, definerer komitéen akseptabilitet som plikten til å utarbeide og implementere alle helserelevante anlegg, varer og tjenester på en måte som tar fullt ut hensyn og viser respekt for medisinsk etikk, samt barnas behov, forventninger, kulturer, synspunkter og språk, og viser spesiell oppmerksomhet til visse grupper, der det er nødvendig.

(d) Kvalitet

116. Helserelevante anlegg, varer og tjenester skal være vitenskapelig og medisinsk hensiktsmessige og av god kvalitet. Sikring av kvalitet krever blant annet at (a) behandlinger, intervensjoner og medisiner er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen; (b) medisinsk personell er dyktige og utstyrt med tilstrekkelig opplæring om mødres og barns helse, og prinsippene og bestemmelsene i konvensjonen; (c) sykehusutstyr er vitenskapelig godkjent og egnet for barn; (d) legemidler er vitenskapelig godkjent, ikke har utløpt, er barnespesifikt (ved behov) og blir overvåket for bivirkninger; og (e) regelmessige vurderinger av kvaliteten på pleie hos helseinstitusjoner er gjennomført.

3. Overvåking og evaluering

117. Et godt strukturert og hensiktsmessig oppdelt sett av indikatorer bør etableres for overvåking og evaluering for å oppfylle kravene i henhold til ytelseskriteriene ovenfor. Dataene skal brukes til å redesigne og forbedre policy, programmer og tjenester til støtte for oppfyllelse av barns rett til helse. Helseinformasjonssystemene bør sørge for at dataene er pålitelige, transparente og konsekvente, samtidig som de beskytter retten til privatliv for enkeltpersoner. Statene bør regelmessig gjennomgå helseinformasjonssystemet sitt, inkludert viktig registrering og overvåking av sykdom, med sikte på forbedring.

118. Nasjonale ansvarlighetsmekanismer bør overvåke, vurdere og handle basert på funnene deres. Overvåking betyr å gi data om helsetilstanden til barn, regelmessig gjennomgang av kvaliteten på barns helsetjenester og hvor mye som brukes på det og hvor, om hva og hvem det brukes på. Dette bør omfatte både løpende oppfølging og regelmessige, grundige evalueringer. Gjennomgang betyr å analysere data og konsultere barn, familier, andre omsorgspersoner og det sivile samfunnet for å fastslå om barns helse har bedret seg, og om regjeringer og andre aktører har oppfylt sine forpliktelser. Handling betyr å bruke bevis som dukker opp fra disse prosessene til å gjenta og utvide det som fungerer, og rette opp og reformere det som ikke fungerer.

F. Rettsmidler mot brudd på retten til helse

119. Komitéen oppfordrer sterkt statene til å få på plass funksjonelle og tilgjengelige klagemekanismer for barn som er nærmiljøbaserte og gjør det mulig for barn å søke og få rettsmidler når deres rett til helse er krenket eller utsatt. Statene bør også sørge for brede rettslige rettigheter, herunder gruppesøksmål.

120. Statene bør sikre og lette tilgangen til domstolene for det enkelte barnet og deres omsorgspersoner, og iverksette tiltak for å fjerne eventuelle barrierer for å få tilgang til sanksjoner mot brudd på barns rett til helse. Nasjonale menneskerettighetsinstitusjoner, barneombud, helserelevante faglige foreninger og forbrukerforeninger kan spille en viktig rolle i denne forbindelsen.

VII. Formidling

121. Komitéen anbefaler at statene formidler denne generelle kommentaren bredt innen Stortinget og staten, inkludert innen organer som arbeider med barns helse i departementer, etater og på kommunalt og lokalt nivå.
