



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse: 18/885
Vår referanse: 2018/00190
Dato: 07/06/2018

Høringsuttalelse – NOU 2017:16 På liv og død

1. Innledning

Vi viser til brev 20. februar 2018, med invitasjon til å komme med innspill til utredningen NOU 2017:16 På liv og død.

I samtale mellom Kirsten Kolstad Kvalø ved Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter og Kristin Løkke i Helse- og omsorgsdepartementet ble Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter gitt utsatt frist til fredag 8. juni.

Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter («NIM») har som hovedoppgave å fremme og beskytte menneskerettighetene i tråd med Grunnloven, menneskerettsloven og den øvrige lovgivning, internasjonale traktater og folkeretten for øvrig, jf. lov om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter § 1 annet ledd. NIM skal blant annet gi råd til regjeringen og andre offentlige organer om gjennomføringen av menneskerettighetene, jf. loven § 3 første ledd bokstav b og fremme opplæring, utdanning og forskning på menneskerettighetene, jf. loven § 3 bokstav d.

NIM har sett nærmere på utredningens kapittel 13, som berører flere menneskerettslige spørsmål. I tråd med NIMs mandat har vi vurdert de menneskerettslige konsekvensene av lovforslaget. Det er derimot ikke en del av NIMs mandat å vurdere hensiktsmessigheten av forslagene ut over de menneskerettslige konsekvensene, og vår uttalelse er derfor avgrenset mot å gå nærmere inn på dette.

I punkt to går vi inn på hovedspørsmålet i kapittel 13, om forholdet mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientens selvbestemmelse. I punkt 3 går vi nærmere inn på underspørsmålene som reises i kapittel 13 i utredningen vedrørende alvorlig syke barn.

2. Balansen mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientens selvbestemmelse

2.1. Innledning

I kapittel 13 vurderer utvalget balansen mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientens selvbestemmelsesrett. Utvalget mener at det bør sikres en reell rett til selvbestemmelse for personer som har en sykdom de kan dø av, uavhengig av om de er døende. Samtidig mener utvalget at det er fortsatt behov for en pliktbestemmelse som gir helsepersonell hjemmel og plikt til å agere i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Utvalget foreslår imidlertid at denne bestemmelsen skal tolkes innskrenkende, slik at balansen forskyves i retning av økt selvbestemmelse for pasienten. Utvalget foreslår også økt samtalefrekvens mellom helsepersonellet og den alvorlig syke, samt heving av den juridiske kompetansen hos helsepersonell som har ansvar for behandling av døende pasienter.

2.2. Det menneskerettslige rammeverket

Retten til respekt for ens fysiske integritet og rett til selvbestemmelse kan utledes av flere menneskerettighetsbestemmelser som gjelder i Norge. Flere av disse er nevnt av utvalget i utredningen.

Grunnloven § 102 gir rett til respekt for privatliv og familieliv, samt vern om den personlige integritet. Bestemmelsen bygger blant annet på EMK artikkel 8 og SP artikkel 17, og skal ifølge Høyesterett «tolkes i lys av de folkerettslige forbildene», dog med forbehold om at fremtidig praksis fra de internasjonale håndhevingsorganene ikke har samme prejudikatsvirkning ved tolkning av Grunnloven som ved konvensjonstolkningen.¹

EMK artikkel 8 nr. 1 beskytter retten til respekt for privatlivet. Inn under privatlivet faller blant annet respekten for den fysiske integritet. Etter EMK artikkel 8 nr. 2 kan det gjøres inngrep i rettighetene etter artikkel 8 dersom inngrepet har hjemmel i lov, er nødvendig (proporsjonalt) i et demokratisk samfunn, og forfølger et legitimt formål.

Også FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (i utredningen feilaktig benevnt «FNs konvensjon om sosiale og politiske rettigheter») inneholder en bestemmelse i artikkel 17 med nokså lik ordlyd som EMK artikkel 8.

Et menneskerettslig rammeverk som har betydning for spørsmålet om selvbestemmelse, men som ikke er nevnt av utvalget, er FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Konvensjonen er ratifisert av Norge, men ikke gjort til en del av norsk lov med forrang gjennom Menneskerettsloven, som de ovenfor nevnte internasjonale menneskerettighetskonvensjonene. Eventuell motstrid mellom

¹ Rt.2015 s. 93

konvensjonens bestemmelser og norsk lov må her løses gjennom anvendelse av presumsjonsprinsippet.²

Nedsatt funksjonsevne er ikke skarpt definert i konvensjonen, men omfatter etter konvensjonens artikkel 1 «blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.»

Etter omstendighetene kan derfor pasienter med alvorlig sykdom regnes som mennesker med nedsatt funksjonsevne i konvensjonens forstand.

Særlig aktuelle bestemmelser i relasjon til retten til selvbestemmelse er artikkel 14 om retten til frihet og personlig sikkerhet, og artikkel 25 om retten til helse, som blant annet inneholder en formulering om at «behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, gjennom opplæring og iverksettelse av etiske standarder for offentlige og private helsetjenester (...)»

Ved ratifikasjonen av CRPD i 2013 avga Norge to tolkningserklæringer, hvorav den ene omhandlet artikkel 14 og 25:

"Artikkel 14 og 25

Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier."

Selv om Norges tolkningserklæring innebærer at forståelsen i norsk rett er at tvungen omsorg og behandling er tillatt, er konvensjonen likevel ikke uten betydning i spørsmålet om hvor grensene for retten til selvbestemmelse skal gå.

Relevant for problemstillingen som utredes av utvalget er også retten til liv, som følger av flere menneskerettighetsbestemmelser.

Grunnloven § 93 første ledd slår fast at «[e]thvert menneske har rett til liv.» Bestemmelser om retten til liv følger også av EMK artikkel 2 og SP artikkel 6, og inneholder

² HR 2016 – 2591-S. Det uttales at norske domstoler må forventes å utnytte alle de muligheter som anerkjente prinsipper for tolkning og anvendelse av rettsregler gir, for å unngå et folkerettsstridig resultat, men at ved motstrid vil den norske regelen gå foran.

også positive forpliktelser for statene til å i visse situasjoner beskytte livet. Også CRPD artikkel 10 slår fast ethvert menneskes «iboende rett til livet.»

2.3. *Nærmere om retten til selvbestemmelse og personlig autonomi sett i forhold til retten til liv*

Sentralt for problemstillingen som utredes av utvalget i kapittel 13, er forholdet mellom retten til selvbestemmelse og retten til liv etter menneskerettighetene.

Som utvalget nevner, uttalte EMD i saken *Pretty mot Storbritannia* at EMK artikkel 8 omfatter retten til selvbestemmelse og personlig autonomi:

“Although no previous case has established as such any right to self-determination as being contained in Article 8 of the Convention, the Court considers that the notion of personal autonomy is an important principle underlying the interpretation of its guarantees.”³

EMD uttalte videre at selv om retten til å nekte medisinsk behandling kan føre til død, vil påtvungen behandling representere et inngrep i artikkel 8 nr. 1 når man ikke har samtykke fra en samtykkekompetent voksen pasient:

“In the sphere of medical treatment, the refusal to accept a particular treatment might, inevitably, lead to a fatal outcome, yet the imposition of medical treatment, without the consent of a mentally competent adult patient, would interfere with a person’s physical integrity in a manner capable of engaging the rights protected under Article 8 § 1 of the Convention.”⁴

Også i saken *Jehovas Witnesses mot Russland* uttalte domstolen seg om retten til å nekte behandling som en del av prinsippene om selvbestemmelse og autonomi, forutsatt at pasienten er kompetent (må forstås som samtykkekompetent) og voksen:

“The freedom to accept or refuse specific medical treatment, or to select an alternative form of treatment, is vital to the principles of self-determination and personal autonomy. A competent adult patient is free to decide, for instance, whether or not to undergo surgery or treatment or, by the same token, to have a blood transfusion.”⁵

I saken *Haas mot Sveits*, som omhandlet assistert selvmord, var spørsmålet også balansen mellom artikkel 8 og artikkel 2. EMD pekte på at artikkel 2 forpliktet statene til å hindre selvmord når beslutningen ikke er tatt fritt og med full forståelse for hva det innebærer:

³ *Pretty v. UK*, sak 2346/02, para. 61.

⁴ *Ibid.*, para 63.

⁵ *Jehovas Witnesses v. Russia*, no. 302/02, para. 136.

“For the Court, this latter Article obliges the national authorities to prevent an individual from taking his or her own life if the decision has not been taken freely and with full understanding of what is involved.”⁶

I saken *Arskaya mot Ukraina* siterte domstolen *Haas mot Sveits*, og uttalte:

“It follows that one of the central issues in determining the validity of a refusal to undergo medical treatment by a patient is the issue of his or her decision-making capacity.”⁷

Det er altså sentralt for gyldigheten av en nektelse av å ikke la seg behandle i hvilken grad pasienten har samtykkekompetanse.

Sondringen mellom samtykkekompetent og ikke samtykkekompetent gjenfinnes imidlertid ikke i CRPD eller praksis som tilhører denne konvensjonen. Som nevnt inneholder artikkel 25 en bestemmelse om at «behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke», og av artikkel 12 nr. 3 følger det at «[p]artene skal treffe hensiktsmessige tiltak for å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne tilgang til den støtte de kan trenge for å kunne utøve sin rettslige handleevne.» Det kan derfor diskuteres hvorvidt det etter konvensjonen overhodet er tillatt å anse enkelte pasienter som «ikke samtykkekompetente». Norge har imidlertid som nevnt avgitt tolkningserklæringer som gjør at dagens system med skille mellom samtykkekompetanse og ikke samtykkekompetanse må kunne opprettholdes.

2.4. Om utvalgets forslag

NIM er enig med utvalget i at det fortsatt er behov for en bestemmelse om helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. NIM mener også at en slik inngrepshjemmel må kunne begrenses av hensyn til pasientens rett til selvbestemmelse.

NIM er enig med utvalget i at utviklingen i praksis fra EMD har forskjøvet tyngdepunktet i retning av å legge økt fokus på selvbestemmelse og personlig autonomi. Også Norges tiltredelse til CRPD innebærer at myndighetene forplikter seg til å i større grad se hen til personers rett til frihet og personlig sikkerhet, herunder rett til selvbestemmelse, også i helse spørsmål.

NIM støtter også utvalget i at senere praksis fra konvensjonsorganene understreker at sentralt for spørsmålet om en nektelse av medisinsk behandling, er spørsmålet om i hvilken grad pasienten har samtykkekompetanse, eller tidligere fritt har gitt uttrykk for sine synspunkter.

NIM støtter derfor utvalgets forslag om at pasienter som er samtykkekompetente og motsetter seg behandling, og pasienter som ikke er samtykkekompetente, men som på

⁶ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, para. 54.

⁷ *Arskaya v. Ukraine*, no. 45076/05, para. 69.

et tidligere tidspunkt har gitt uttrykk for at de motsetter seg behandlingen, ikke skal være omfattet av helsepersonells inngrepsplikt etter helsepersonelloven § 7, når disse pasientene befinner seg i en såkalt «uegentlig» øyeblikkelig hjelp-situasjon.

NIM mener imidlertid at en endring av gjeldende rett på dette området burde komme til uttrykk gjennom en lovendring. For det første peker vi på at inngrep i medhold av helsepersonelloven § 7 etter omstendighetene kan regnes som et inngrep i retten til personlig frihet og sikkerhet etter EMK artikkel 8, for de pasientene som *ikke* skal omfattes av unntaket fra inngrepsplikten. For at inngrepet skal kunne legitimeres, må det i samsvar med EMK artikkel 8 nr. 2 ha hjemmel i lov. Lovskravet er nærmere utpenslet i EMDs praksis, og EMD har blant annet gitt uttrykk for at hjemmelen må være tilgjengelig, og formulert på en slik måte at borgerne kan forutberegne sin rettsstilling etter den.⁸ Med utvalgets forslag vil den som utsettes for et inngrep gjennom at helsepersonell behandler etter øyeblikkelig hjelp-paragrafen, ikke lett kunne orientere seg om vilkårene for inngrep og hva som faller innenfor og utenfor. NIM mener derfor at en eventuell endring i gjeldende rett bør se hen til hvilke krav som følger av lovskravet etter EMK artikkel 8 nr. 2.

For det andre mener vi at en slik lovendring i større grad gir pasienter og deres pårørende anledning til å vurdere sin egen rettsstilling, og dermed ta inn over seg og kunne forberede seg på å måtte treffe vanskelige valg underveis i behandlingsløpet. En lovfesting av adgangen til å kunne gi uttrykk for på forhånd i hvilken grad man ønsker øyeblikkelig hjelp eller ikke også for det tilfellet at man underveis skulle miste samtykkekompetanse, vil gi en oppfordring til pasienter om å gjøre seg opp en mening på forhånd og formidle dette, noe som kan redusere tilfeller av behandling som pasienten ikke ville samtykket i dersom denne var samtykkekompetent, og dermed også større grad av behandling i samsvar med pasientens ønsker og vilje.

For det tredje vil også en lovendring gi en klarere veiledning til helsepersonell enn en tolkningsendring gjennom lovforarbeidene. Det er viktig at helsepersonell forstår de nøyaktige grensene for sin inngrepsplikt. En feil forståelse av kompetansen kan i verste fall føre til krenkelser av både retten til liv, dersom kompetansen tolkes for smalt, og retten til vern om personlig frihet og sikkerhet, dersom kompetansen tolkes for bredt. Vi antar at en tydeliggjøring av retningslinjene for inngrepsplikten i loven øker sjansen for at helsepersonell opptrer i tråd med regelverket.

Vi antar at det er tilstrekkelig at en begrensningshjemmel følger av pasient- og brukerrettighetsloven, som i dag, og at det henvises til denne bestemmelsen fra helsepersonelloven § 7. En lovteknisk enkel løsning vil være å gjennomføre lovendringen ved endringer av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 annet ledd. Dersom sondringen mellom døende og ikke-døende pasienter ikke anses hensiktsmessig å opprettholde, slik

⁸ Se bl.a. Silver v. UK, no. 5947//72, para. 87-88.

utvalget antyder, bør bestemmelsen antakelig endres uansett, for å ikke skape ytterligere forvirring. Det bør også vurderes om sondringen mellom «egentlige» og «uegentlige» øyeblikkelig hjelp-situasjoner bør komme til uttrykk i lovverket.

3. Alvorlig syke barn

3.1. Innledning

I utredningens kapittel 13.3.5 og 13.3.6 behandler utvalget situasjonen for alvorlig syke barn. Utvalget gjennomgår reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om hvem som kan samtykke på vegne av et barn, og redegjør for at øyeblikkelig hjelp-bestemmelsen i helsepersonelloven § 7 også gjelder for barn. Videre behandles prinsippet om barnets beste som et grunnleggende hensyn, som ifølge utvalget vil være «særlig fremtredende, da fokus blir rettet mot det pasientsentrerte (pasienten med sykdommen) framfor kun det sykdomsrettede.» Utvalget foreslår videre at prinsippet om barnets beste som et grunnleggende hensyn kodifiseres i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Utvalget begrunner forslaget slik:

“En kodifisering av hensynet til barnets beste vil i større grad sikre helsepersonell forståelsen av at de alltid må se hen til barnets behov, et pasientsentrert fokus, i de beslutninger som fattes, også når foreldrene strever med å akseptere at helbredelse ikke lenger er mulig.»

3.2. Til utredningens forslag om kodifisering av prinsippet om barnets beste

NIM støtter utvalgets forslag om en kodifisering av hensynet til barnets beste i helselovgivningen. Vi viser blant annet til FNs barnekomités avsluttende merknader til Norges femte og sjette rapport om FNs barnekonvensjon, som ba Norge om å styrke innsatsen for større integrasjon av prinsippet om barnets beste i blant annet lovverket, med følgende anbefaling:

“Ensure that this right is appropriately integrated and consistently interpreted and applied in all legislative, administrative and judicial proceedings and decisions as well as in all policies, programmes, projects and international cooperation relevant to and having an impact on children.”⁹

Anbefalingen om å kodifisere hensynet til barnets beste følger også av barnekomiteens generelle kommentar nr. 15 om barnets rett til at hans eller hennes beste skal være et grunnleggende hensyn:

«To ensure compliance, States parties should undertake a number of implementation measures in accordance with articles 4, 42 and 44, paragraph 6, of

⁹ FNs barnekomités avsluttende merknader til Norge, 2018, avsnitt 13 b.

the Convention, and ensure that the best interests of the child are a primary consideration in all actions, including: CRC/C/GC/14 6

(a) Reviewing and, where necessary, amending domestic legislation and other sources of law so as to incorporate article 3, paragraph 1, and ensure that the requirement to consider the child's best interests is reflected and implemented in all national laws and regulations, provincial or territorial legislation, rules governing the operation of private or public institutions providing services or impacting on children, and judicial and administrative proceedings at any level, both as a substantive right and as a rule of procedure;”¹⁰

Videre viser vi til barnekomiteens generelle kommentar nr. 15 om barnets rett til den høyest oppnåelige helsestandard, som understreker at barnets beste skal være grunnlaget for alle avgjørelser om både å gi, holde tilbake eller å avslutte helsehjelp for barn:

“The Committee underscores the importance of the best interests of the child as a basis for all decision-making with regard to providing, withholding or terminating treatment for all children. States should develop procedures and criteria to provide guidance to health workers for assessing the best interests of the child in the area of health, in addition to other formal, binding processes that are in place for determining the child’s best interests.”¹¹

Vi viser også til vår høringsuttalelse til NOU 2017:12 Svikt og svik, hvor det fremgår at vi støtter utvalgets forslag om å integrere barnets beste i flere lover som berører barn.¹² Til sist viser vi også til vedlegg 3 til utredningen NOU 2017:12 Svikt og svik, «Barnets beste i lovgivningen» av Kirsten Sandberg. I denne utredningen foretas det blant annet en vurdering av hvordan prinsippet om barnets beste kan integreres i helsepersonelloven, som kan være til veiledning ved utarbeidelse av en eventuell lovendring.¹³

3.3. Mangler ved utredningen: nektelse av helsehjelp er ikke tematisert

Som nevnt over støtter vi utredningens forslag til tiltak om kodifisering av prinsippet om barnets beste. Imidlertid mener vi at utredningen som sådan lider av noen mangler hva gjelder barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse etter barns menneskerettigheter. Etter vårt syn er utredningens kapittel 13.3.5 og 13.3.6 om alvorlig syke barn i liten grad knyttet opp til hovedtemaet for kapittel 13 for øvrig, som fremgår av mandatet, gjengitt i kapittel 13.1. Etter mandatet skal utredningen «utrede reglene om helsepersonells inngrepsplikt i helsepersonelloven § 7 og pasienters rett til å nekte

¹⁰ General Comment No. 14 (2013), avsnitt 14.

¹¹ General Comment No. 15 (2013), avsnitt 14.

¹² Høringsuttalelse fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter til NOU 2017:12 Svikt og svik, 4. desember 2017.

¹³ Sandberg, Kirsten: Barnets beste i lovgivningen, Betenkning til Barnevoldsutvalget, s. 35 flg.

livreddende og livsforlengende behandling.» Utredningens del om alvorlig syke barn tematiserer ikke nektelse av livreddende og livsforlengende behandling. Vi antar at årsaken til at spørsmålet om nektelse ikke er tematisert av utvalget, er at i situasjoner med alvorlig syke barn vil uenigheten mellom helsepersonell og pårørende ofte være speilvendt i forhold til alvorlig syke voksne: barnets foreldre ønsker fortsatt behandling, mens helsepersonell anbefaler å avslutte denne.

Selv om spørsmålet om øyeblikkelig hjelp og livsforlengende behandling i praksis ofte vil fortone seg annerledes med små barn enn med voksne, bør også den mindreårige pasientens rett til selvbestemmelse vurderes ut fra et menneskerettslig perspektiv. Det er flere grunner til dette: For det første er også barn rettssubjekter etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, og har rett til respekt for sin personlige integritet (dog slik at selvbestemmelsesretten dels ivaretas ved representasjon, og slik at EMD i sin praksis setter vilkår for selvbestemmelse om at pasienten er samtykkekompetent og voksen, jf. blant annet Pretty mot Storbritannia, sitert ovenfor.) For det andre er det slik at mindreårige over 16 år (og i enkelte tilfeller over 12 år) har selvbestemmelsesrett på det medisinske området, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b og c. Mindreåriges selvbestemmelsesrett suspenderes imidlertid på dette området av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 tredje ledd, som stiller krav om at pasienten skal ha fylt 18 år for å kunne nekte behandling. For det tredje har også de mindreårige som er under den helserettslige myndighetsalder rett til medvirkning over de beslutningene som skal treffes på vegne av dem. Dette følger av Grunnloven § 104 første ledd annet punktum, Barnekonvensjonen artikkel 12, og er nedfelt og konkretisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 femte ledd. Sistnevnte bestemmelse er endret fra 1.1.2018 for å være mer i overensstemmelse med Grunnloven og FNs barnekonvensjonen, og lyder nå:

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.

Spørsmålet om pasientautonomi sett fra barnets perspektiv foranlediger slik vi ser det flere spørsmål. Blant annet savnes det en vurdering av om utredningens hovedkonklusjon fra kapittel 13, om at det bør legges opp til en innskrenkende tolkning av øyeblikkelig hjelp-bestemmelsen, skal gjelde også overfor barn, og i hvilke situasjoner. Herunder savnes utredet om utvalgets forslag om innskrenkende fortolkning slik at samtykkekompetente personer skal ha rett til å nekte øyeblikkelig helsehjelp skal følge hovedregelen om medisinsk myndighetsalder på 16 år, eller om aldersgrensen på 18 år etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 tredje ledd kommer til anvendelse her. Det

er også et spørsmål om hvorvidt foreldre på vegne av et barn som mangler samtykkekompetanse skal kunne nekte øyeblikkelig helsehjelp for barnet.

For det tilfellet at mindreårige skal kunne nekte øyeblikkelig hjelp når de er over den helserettslige myndighetsalder, er det et spørsmål om hvorvidt prinsippet om barnets beste slik det er foreslått inntatt i lovverket på området, kan tilsidesette nektelse av øyeblikkelig helsehjelp fra en samtykkekompetent mindreårig.

Til sist savnes en vurdering av barnets rett til å bli hørt i saker der barnet selv ikke har rett til å ta beslutninger, men representeres av foreldrene. Et spørsmål her er hva det innebærer for den konkrete vurderingen av hvorvidt det skal unnlates å gi øyeblikkelig hjelp eller ikke om barnet har uttalt seg overfor verge om den aktuelle behandlingen. Det kan med fordel utredes om den nye medvirkningsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 femte ledd, herunder aldersangivelsene som blant annet sier at det skal legges stor vekt på hva et barn over 12 år sier, bør gjelde i disse sakene.

NIM har ikke tatt stilling til disse spørsmålene, men vil anmode om at det gjøres en grundigere vurdering av disse spørsmålene i en eventuell lovprosess, der man særlig vurderer barnets egen partsautonomi og rett til med- og selvbestemmelse etter menneskerettighetene.

Vennlig hilsen

for Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Petter Wille

Direktør

Kirsten Kolstad Kvalø

Seniorrådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har dermed ingen signatur.