



DET KONGELEGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 75 L

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringar i pasient- og brukarrettslova,  
helsepersonellova m.m. (styrking av  
rettsstillinga til barn ved yting av  
helse- og omsorgstenester m.m.)



# Innhald

<b>1</b>	<b>Hovudinnhaldet i proposisjonen</b> .....	5	<b>4</b>	<b>Regulering av rettane til både «pasient» og «brukar» i enkelte føresegner i pasient- og brukarrettslova</b> .....	39
<b>2</b>	<b>Høyringa</b> .....	8		<b>Innleiing og gjeldande rett</b> .....	39
2.1	Generell støtte frå høyringsinstansar til forslaga som gjeld barn .....	10	4.1	Forslag i høyringsnotatet .....	39
			4.2	Høyringsinstansane sitt syn .....	39
			4.3	Departementet sine vurderingar og forslag .....	40
<b>3</b>	<b>Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova</b> .....	12	4.4	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	40
3.1	Innleiing .....	12	4.5		
3.1.1	Generelt om foreldreansvaret .....	13	<b>5</b>	<b>Samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet</b> .....	41
3.1.2	Generelle merknader frå høyringsinstansane til forslaga til endringar i pasient- og brukarrettslova .....	14	5.1	Innleiing .....	41
3.2	Barn sin rett til medverknad .....	14	5.1.1	Om barnevaksinasjonsprogrammet .....	41
3.2.1	Innleiing .....	14	5.2	Gjeldande rett .....	42
3.2.2	Gjeldande rett .....	15	5.3	Forslag i høyringsnotatet .....	42
3.2.3	Forslag i høyringsnotatet .....	15	5.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	42
3.2.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	15	5.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	43
3.2.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	16	5.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	45
3.3	Foreldre sin rett til å få informasjon når pasienten eller brukaren er under 18 år .....	17	<b>6</b>	<b>Ivaretaking av barn som pårørande til søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken</b> .....	46
3.3.1	Innleiing .....	17	6.1	Innleiing .....	46
3.3.2	Gjeldande rett .....	17	6.2	Gjeldande rett og praksis .....	47
3.3.3	Forslag i høyringsnotatet .....	18	6.2.1	Regulering i helselovgivinga .....	47
3.3.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	19	6.2.2	Praktisering – resultat frå ein multisenterstudie .....	47
3.3.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	22	6.3	Forslag i høyringsnotatet .....	48
3.4	Avgrensa samtykkekompetanse for barn under 16 år .....	27	6.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	48
3.4.1	Innleiing .....	27	6.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	49
3.4.2	Gjeldande rett .....	27	6.5.1	Mindreårige barn som pårørande søsken .....	49
3.4.3	Forslag i høyringsnotatet .....	28	6.5.2	Mindreårige barn som etterlatne når foreldre eller søsken dør .....	51
3.4.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	29	6.5.3	Forslag til lovregulering .....	52
3.4.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	32	6.5.4	Nærmare om innhaldet i helsepersonellova § 10 a og § 10 b .....	52
3.5	Barn sin rett til å bli høyrde ved samtykke på vegner av barn .....	34	6.5.5	Om barneansvarleg personell .....	54
3.5.1	Innleiing .....	34	6.5.6	Om dekning av reiseutgifter for barn som pårørande og etterlatne .....	55
3.5.2	Gjeldande rett .....	34	6.5.7	Om behov for kompetanse og rettleiing .....	56
3.5.3	Forslag i høyringsnotatet .....	35			
3.5.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	35			
3.5.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	37			
3.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	38			

6.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	57	<b>11</b>	<b>Enkelte tekniske endringar i helsepersonellova .....</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>Tydeleggjering av ansvaret for kommunale helse- og omsorgstenester for barn plassert utanfor heimen etter barnevernlova .....</b>	<b>59</b>	11.1	Innleiing og forslag i høyringsnotatet .....	74
7.1	Innleiing .....	59	11.2	Høyringsinstansane sitt syn .....	74
7.2	Gjeldande rett .....	59	11.3	Departementet sine vurderingar og forslag .....	74
7.3	Departementet sine vurderingar og forslag .....	59	11.3.1	Helsepersonellova § 6 .....	74
7.4	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	60	11.3.2	Helsepersonellova § 11 .....	74
			11.3.3	Helsepersonellova § 38 .....	75
			11.3.4	Helsepersonellova § 62 .....	75
			11.3.5	Helsepersonellova § 74 .....	75
			11.4	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	75
<b>8</b>	<b>Harmonisering av straffeføregnene for brot på teieplikt ....</b>	<b>61</b>	<b>12</b>	<b>Oppheving av apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a .....</b>	<b>76</b>
8.1	Innleiing .....	61	12.1	Innleiing .....	76
8.2	Gjeldande rett .....	61	12.2	Gjeldande rett .....	76
8.2.1	Helsepersonellova .....	61	12.2.1	Krava til utdanning i apoteklova og helsepersonellova .....	76
8.2.2	Pasientjournallova .....	61	12.2.2	Multilaterale avtalar om gjensidig godkjenning .....	76
8.2.3	Helseregisterlova .....	61	12.2.3	Praktiseringa av gjeldande regelverk .....	77
8.2.4	Straffelova .....	62	12.3	Forslag i høyringsnotatet .....	78
8.3	Forslag i høyringsnotatet .....	62	12.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	78
8.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	62	12.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	79
8.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	63	12.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	80
8.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	65			
<b>9</b>	<b>Helsepersonellnemnda – forslag om å utvide delegasjonstilgangen ..</b>	<b>66</b>	<b>13</b>	<b>Tydeleggjering av verkeområdet for pasientskadelova .....</b>	<b>81</b>
9.1	Innleiing .....	66	13.1	Innleiing .....	81
9.2	Kort om Helsepersonellnemnda ...	66	13.2	Gjeldande rett .....	81
9.3	Gjeldande rett .....	66	13.3	Forslag i høyringsnotatet .....	82
9.4	Forslag i høyringsnotatet .....	67	13.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	82
9.5	Høyringsinstansane sitt syn .....	67	13.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	82
9.6	Departementet sine vurderingar og forslag .....	69	13.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	84
<b>10</b>	<b>Plikta til å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene ved fare for pasienttryggleiken .....</b>	<b>70</b>	<b>14</b>	<b>Merknader til dei enkelte paragrafane i lovforslaget .....</b>	<b>85</b>
10.1	Innleiing .....	70			
10.2	Gjeldande rett .....	70			
10.3	Forslag i høyringsnotatet .....	71			
10.4	Høyringsinstansane sitt syn .....	71			
10.5	Departementet sine vurderingar og forslag .....	72			
10.6	Økonomiske og administrative konsekvensar .....	73			
				<b>Forslag til lov om endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) .....</b>	<b>92</b>



DET KONGELEGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 75 L

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

## Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 31. mars 2017,  
godkjend i statsråd same dagen.  
(Regjeringa Solberg)*

### 1 Hovudinnhaldet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringar i fleire lover på helse- og omsorgstenestefeltet. Dei fleste av forslaga gjeld endringar i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukarrettigheter (heretter pasient- og brukarrettslova) og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (heretter helsepersonellova).

Ein større del av forslaga gjeld barn, blant anna barn sin rett til medverknad og medråderett ved yting av helse- og omsorgstenester, samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet og helsepersonell si ivaretaking av barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr.

Forslaget omfattar òg å harmonisere straffeføresegnene for brot på teieplikta etter helselovgivning med straffeføresegna for brot på teieplikta i lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (heretter straffelova), ei presisering og fleire endringar av meir teknisk karakter i helsepersonellova, å oppheve

kravet i lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek (heretter apoteklova) § 3-2 første ledd bokstav a og å tydeleggjere verkeområdet til lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (heretter pasientskadelova).

Nedanfor følger ei kort oppsummering av forslaga.

#### *Barn sin rett til medverknad og medråderett ved yting av helse- og omsorgstenester*

Utviklinga dei seinare åra, både samfunnsmessig og rettsleg, tilseier at vi bør gjennomgå føresegnene i pasient- og brukarrettslova om barn og unge sin rett til medverknad og medråderett ved yting av helse- og omsorgstenester. Departementet foreslår som følge av dette at:

- Retten barn har til å få informasjon og bli høyrde skal gå direkte fram av pasient- og brukarrettslova.

Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

- Det skal innførast ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, også når pasienten eller brukaren er under 12 år.
- Det skal gå fram av pasient- og brukarrettslova at barn mellom 12 og 16 år i spesielle avgrensa tilfelle har sjølvstendig samtykkekompetanse.
- Det skal innførast ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til at den som yter helsehjelp, i særlege tilfelle kan ta avgjersle om strengt nødvendig og avgrensa helsehjelp for barn under 12 år.
- Det skal gå fram av pasient- og brukarrettslova at frå eit barn er i stand til å danne seg egne synspunkt om det samtykket dreier seg om, skal barnet få informasjon og høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke til helsehjelp blir avgjort. Dette skal gjelde seinast frå barnet fyller 7 år. Det skal vidare leggast vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap, og frå fylte 12 år skal det leggast stor vekt på kva barnet meiner.

#### *Samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet*

Ut frå ei tolking av den gjeldande pasient- og brukarrettslova blir vaksinasjon i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet rekna som helsehjelp som er del av den daglege og ordinære omsorga for barnet. Dette gjer at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til slik vaksinasjon. Departementet foreslår at dette skal gå fram direkte av pasient- og brukarrettslova.

#### *Helsepersonell si ivaretaking av barn som pårørande til søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken*

I 2009 blei det innført nye føresegner i helsepersonellova og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m. (heretter spesialisthelsetelova) for å sikre at helsepersonell skal bidra til å identifisere og sikre det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn kan ha som følge av at dei er pårørande til foreldre som er pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

For å sikre at helsepersonell skal bidra til å identifisere og sikre det informasjons- og oppfølgingsbehovet også mindreårige barn kan ha som pårørande til søsken med same alvorlege helseproblem som foreldre nemnd ovanfor, eller som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, fore-

slår departementet at lovgivinga også skal regulere dette.

#### *Tydeleggjering av ansvaret for kommunale helse- og omsorgstenester for barn som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova*

Barn som oppheld seg i kommunen og som er plassert utanfor heimen etter lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (heretter barnevernlova), er omfatta av ansvaret den kommunale helse- og omsorgstenesta har for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen. Dette gjeld uavhengig av kva som er grunnlaget for dette etter barnevernlova, og uavhengig av kva plasseringsalternativ barnet har opphald ved i kommunen.

I praksis viser det seg likevel at barn som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova, ikkje alltid får eit tilstrekkeleg helsetilbod. Slik departementet vurderer det, er det viktig å sørge for at det ikkje er tvil om ansvaret den kommunale helse- og omsorgstenesta har overfor denne særlig utsatte og sårbare gruppa. Departementet foreslår derfor å tydeleggjere dette i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (heretter helse- og omsorgstenestelova).

#### *Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplik*

Brot på teieplikta etter helsepersonellova, lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (heretter pasientjournallova) og lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (heretter helseregisterlova) blir ramma både av den generelle straffeføresegna i straffelova § 209 og straffeføresegnene i dei nemnde lovene. Departementet foreslår å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplik. Dette inneber at strafferamma for brot på teieplik etter dei nemnde lovene blir endra frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Departementet foreslår vidare å presisere at medverknad til brot på teieplikta etter dei nemnde særlovene framleis skal kunne straffast. I tillegg foreslår departementet å oppretthalde den særskilde påtaleregelen i helsepersonellova § 67.

Slik departementet vurderer det bør strafferamma i helsepersonellova vere den same for andre brot på lova. Departementet foreslår derfor å endre strafferamma for brot på helsepersonellova frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller

fengsel inntil 1 år. På denne måten blir det samsvar mellom straffenivået for brot på teieplikt og brot på dei andre føresegnene i helsepersonellova.

#### *Plikta til å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene ved fare for pasienttryggleiken*

Det har blitt reist spørsmål om opplysningsplikta i helsepersonellova § 17 inneber at helsepersonell pliktar å gi tilsynsstyresmaktene opplysningar som er omfatta av teieplikta, og som dei er kjende med i kraft av å yte helsehjelp til anna helsepersonell, når vilkåra i føresegna er oppfylt. Departementet foreslår å føye til ei presisering i føresegna, slik at det klart går fram at føresegna ikkje gir noko fritak frå teieplikta om dei helsemessige eller personlege forholda til pasientar.

#### *Enkelte tekniske endringar i helsepersonellova*

Departementet foreslår å gjere ei rekke tekniske endringar i føresegner i helsepersonellova, som skal bidra til å gjere innhaldet i føresegnene tydelegare. I tillegg foreslår vi å oppheve helsepersonellova § 38, som ikkje har tredd i kraft.

#### *Oppheving av apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a*

Departementet foreslår å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a, som gjeld vilkår for konsesjon til drift av apotek (apotekar). Føresegna stiller opp eit sjølvstendig krav til utdanning som etter ordlyden inneber at kandidatar med utdanning frå andre EØS-land eller land utanfor EØS (tredjeland), og som har fått autorisasjon som provisor-farmasøyt, likevel kan bli nekta driftskonsesjon. Departementet meiner ordlyden kan vere i strid

med forpliktingane våre etter EØS-avtalen og har derfor bede Statens legemiddelverk om å legge til grunn ei forståing av § 3-2 første ledd bokstav a som ikkje strider mot dei forpliktingane Noreg har etter EØS-avtalen. For å oppnå samsvar mellom ordlyden i apoteklova og gjeldande praksis foreslår departementet å oppheve kravet.

#### *Tydeleggjering av verkeområdet til pasientskadelova*

Pasientar som har blitt påført ein skade som kjem av behandling, undersøking, diagnostisering eller oppfølging hos helsepersonell eller personell ved institusjonar i helse- og omsorgstenesta, kan ha krav på erstatning etter pasientskadelova.

Departementet foreslår å tydeleggjere verkeområdet for pasientskadelova for dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helserelatert behandling» etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. (heretter alternativ behandlingslova).

#### *Departementet foreslår ikkje å utvide tilgangen til å delegere vedtakskompetanse frå Helsepersonellnemnda til sekretariatet*

Forslaget møtte stor motstand blant høyringsinstansane. Etter ei ny vurdering har departementet derfor komme fram til at lovendringsforslaget ikkje bør vidareførast.

#### *Svalbard og Jan Mayen*

Forslaga i proposisjonen fører ikkje til behov for endringar i forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen.

## 2 Høyringa

Høyringsnotatet om barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova, helsepersonell si ivaretaking av barn som pårørande og etterlatne, diverse andre endringar i helsepersonellova m.m. blei sendt på alminneleg høyring 4. oktober 2016 med høyringsfrist 5. desember 2016. Høyringsnotatet blei sendt til desse instansane:

Departementene

Landets fylkesmenn  
Sysselmannen på Svalbard

Riksrevisjonen  
Stortingets ombudsmann for forvaltningen  
Sametinget

Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Barneombudet  
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet  
BarnsBeste (nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende)  
Datatilsynet  
Domstoladministrasjonen  
Folkehelseinstituttet  
Forbrukerombudet  
Forbrukerrådet  
Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker  
Helsedirektoratet  
Helseklage, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten  
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, IMDi  
Kriminalomsorgsdirektoratet  
Landets helseforetak  
Landets høyskoler (m/helsefagleg utdanning)  
Landets pasient- og brukerombud  
Landets private sykehus  
Landets regionale helseforetak  
Landets universiteter  
Likestillings- og diskrimineringsnemnda  
Likestillings- og diskrimineringsombudet  
Likestillingssenteret  
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Nasjonalt kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress (NKVTS)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse  
Norges forskningsråd  
Norsk pasientskadeerstatning (NPE)  
NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Norsk senter for barneforskning (NTNU)  
Norsk senter for menneskerettigheter (SMR, UiO)  
Pasientskadenemnda  
Personvernemnda  
Politidirektoratet  
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse  
Regjeringsadvokaten  
Riksadvokaten  
RVTS Sør  
Seksjon for sorgstøtte – A-hus  
Senter for krisepsykologi  
Senter for medisinsk etikk  
SINTEF Helse  
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell  
Statens helsepersonellnemnd  
Statens helsetilsyn  
Statens legemiddelverk  
Statistisk sentralbyrå (SSB)  
Statsadvokatembetene  
Utdanningsdirektoratet

Landets fylkeskommuner  
Landets kommuner

Actis  
ADHD Norge  
A-larm  
Aleneforeldreforeningen  
Amnesty international Norge  
ANSA  
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiske helseproblemer  
Autismeforeningen i Norge  
Barn av rusmisbrukere (BAR)  
Blå Kors Norge  
Brukerforeningen LAR-Nett Norge  
Fagrådet innen rusfeltet i Norge  
Forandringsfabrikken  
Foreningen 2 foreldre



Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

Foreningen for hjertesyke barn (FFHB)	Stine Sofies Stiftelse
Forskningstiftelsen FAFO	Unge funksjonshemmede
Forum for Barnekonvensjonen	UngOrg
Frelsesarmeen	Voksne for Barn
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	
Hvite Ørn – interesse og brukerorganisasjon for psykisk helse	Akademikerne
JURK	Apotekerforeningen
Juss-Buss	Arbeidsgiverforeningen Spekter
Jussformidlingen	Barnesykepleierforbundet
Jusshjelpe	Delta
Kirkens bymisjon	Den Norske Advokatforening
Kreftforeningen	Den norske Dommerforening
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)	Den norske jordmorforening
Landsforeningen for barnevernsbarn	Den norske legeforening
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Den norske tannlegeforening
Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord	Fagforbundet
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Fellesorganisasjonen (FO)
Landsforeningen for Oppsøkende Sosialt Ungdomsarbeid	Helsetjenestens Lederforbund
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Hovedorganisasjonen Virke
Landsforeningen We Shall Overcome	KS – Kommunesektorens organisasjon
Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner	Landsgruppen av helsesøstre NSF
LAR Nett Norge	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Mental Helse Norge	Norges Farmaceutiske Forening
Mental Helse Ungdom	Norges Juristforbund
MIRA-senteret	Norges Tannteknikerforbund
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Norsk barnelegeforening
Norges Handikapforbund	Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk forbund for utviklingshemmede	Norsk Helse- og velferdsforum
Norsk forening for barn og unges psykiske helse (NBUP)	Norsk Kiropraktorforening
Norsk forening for psykisk helsearbeid	Norsk Manuellterapeutforening
Norsk Pasientforening	Norsk psykiatrisk forening
Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH)	Norsk psykologforening
Norsk Tourette Forening	Norsk Sykepleierforbund
Organisasjonen Voksne for Barn	Norsk Tannpleierforening
Press – Redd Barna	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
ProLAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Pårørendealliansen	Parat
Redd Barna	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forening
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)	SPEKTER
ROS (rådgivning om spiseforstyrrelser)	Unio
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)	Utdanningsforbundet
Røde kors	Yngre legers forening
Røde kors ungdom	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Rådet for psykisk helse	
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner SAFO	Følgjande 70 instansar hadde realitetsmerknadar:
Spiseforstyrrelsesforeningen	Arbeids- og veldferdsdirektoratet
Stiftelsen barnas rettigheter (BARNAS)	Akershus universitetssykehus HF
	Barneombudet
	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
	BarnsBeste (nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende)
	Datatilsynet
	Finnmarkssykehuset HF
	Fylkesmannen i Oslo og Akershus
	Fylkesmannen i Vestfold

Folkehelseinstituttet  
 Helse Bergen HF  
 Helsedirektoratet  
 Helse Fonna HF  
 Helse Førde HF  
 Helseklage, Najonalt klageorgan for helsetjenesten  
 Helse Nord RHF, Det regionale brukerutvalget  
 Helse Stavanger HF  
 Helse Vest RHF  
 Høgskolen i Bergen, helsesøsterutdanning  
 Høgskolen i Bergen, master i barnesykepleie  
 Pasient- og brukarombudet i Vestfold, på vegne  
 av landets 17 pasient- og brukarombud  
 Lovisenberg Diakonale Sykehus  
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)  
 Politidirektoratet  
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse,  
 Helseregion Øst og Sør  
 Sykehuset Innlandet HF  
 Sykehuset Vestfold  
 Statens helsetilsyn  
 Statens legemiddelverk  
 St. Olavs Hospital HF  
 Sørlandet sykehus HF  
 Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt  
 Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige  
 fakultet  
 Universitetet i Tromsø, Forskergruppe for barne-  
 rett, Det juridiske fakultet  
 Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Utdanningsdirektoratet  
 Vestre Viken HF

Hedmark fylkeskommune  
 Telemark fylkeskommune

Bergen kommune  
 Hå kommune  
 Levanger kommune  
 Oslo kommune  
 Stavanger kommune  
 Tromsø kommune

Actis  
 Alternativ til Vold (ATV)  
 Barn av rusmisbrukere (BAR)  
 Forandringsfabrikken  
 KoRus Sør, Blå Kors Borgerstadklinikken  
 Kreftforeningen  
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)  
 Landsforeningen for forebygging av selvskading  
 og selvmord  
 Mental Helse Ungdom  
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede  
 Pårørendealliansen

Redd Barna  
 Stine Sofies Stiftelse  
 Voksne for Barn

Apotekforeningen  
 Den Norske Advokatforeningen  
 Den norske legeforeningen  
 Den norske tannlegeforeningen  
 Fellesorganisasjonen (FO)  
 Norges Farmaceutiske Forening  
 Norges Tannteknikerforbund  
 Norsk barnelegeforeningen  
 Norsk psykologforening  
 Norsk Sykepleierforbund  
 Unio

## 2.1 Generell støtte frå høyringsinstansar til forslaga som gjeld barn

Fleire høyringsinstansar har gitt generell støtte til forslaga som gjeld barn, blant anna forslaga som gjeld barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova (Kapittel 3), samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet (Kapittel 5) og ivaretaking av barn som pårørande til søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken (Kapittel 6).

*Norsk barnelegeforening* er ein av fleire instansar som gir full støtte til endringsforslaga som gjeld barn.

Både *St. Olavs Hospital HF* og *Lovisenberg Diakonale Sykehus* ser svært positivt på forslaga og meiner dei vil bidra til å styrke barn sine individuelle rettar som pasient og mottakar av helsetenester. *Redd Barna* ser òg svært positivt på at det blir lagt fram eit forslag som tar sikte på å styrke barn sine rettar til å bli høyrde i spørsmål som gjeld eiga helse.

*Norsk psykologforening* ser fram til endringane som styrkar barn sin rett til å få informasjon, til å medverke og til å samtykke til helsehjelp. Det er vidare positivt at også mindreårige barn som pårørande til søsken er tekne inn i føresegnene som omhandlar barn som pårørande. Endringa som gir ein tydeleg heimel for helsepersonell til å ikkje gi informasjon til foreldre eller andre som har foreldreansvar der tungtvegande omsyn taler mot det, er etter Norsk psykologforening si meining spesielt viktig for barn som er utsette for vald eller overgrep.

*Den norske legeforeningen* gir uttrykk for at det er gjort eit viktig og godt arbeid. Gjeldande rett blir tydeleggjort, og mange av endringane vil for-

håpentlegvis kunne bidra til å gjere regelverket enklare å ta i bruk i praksis. Legeforeningen framhevar at forslaga i høyringsnotatet om barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova og om ivaretaking av barn som

pårørande til søsken og som etterlatne inneber ei viktig tydeleggjering, styrking og trygging av barn sine rettar, og at det blir avgjerande å utarbeide godt informasjonsmateriell for å implementere regelverket i praksis.

## 3 Barn sin rett til medverknad og medrårerett etter pasient- og brukarrettslova

### 3.1 Innleiing

Utviklinga dei seinare åra, både samfunnsmessig og rettsleg, tilseier slik departementet ser det, eit behov for å gjennomgå føresegnene i pasient- og brukarrettslova om barn og unge sin rett til medverknad og medrårerett. På bakgrunn av denne gjennomgangen fremmer departementet dei forslaga til endringar i pasient- og brukarrettslova som går fram under kapittel 3.

Pasient- og brukarrettslova har føresegner om barn og unge sin rett til medverknad og medrårerett ved yting av helsehjelp. Føresegnene som blei innførte med pasientrettslova frå 1999, no pasient- og brukarrettslova, var hovudsakleg vidareføringar av gjeldande rett. I etterkant har nokre av føresegnene blitt justerte.

Når det gjeld barn og unge sin rett til medverknad og medrårerett, har vi hatt ei samfunnsutvikling der barn i større grad blir rekna som sjølvstendige individ og i aukande grad får rett til medverknad og medrårerett i saker som gjeld dei. Samtidig har vi òg hatt ei rettsleg utvikling på dette området. Her nemner vi spesielt FN sin barnekonvensjon artikkel 12, Grunnlova § 104 og lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (heretter barnelova) § 31.

FN sin barnekonvensjon blei inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettslova i 2003. FN sin barnekomité har identifisert fire hovudprinsipp i konvensjonen. Barn sin rett til medverknad og til å uttale seg, jf. barnekonvensjonen artikkel 12, er eitt av dei. Dei andre prinsippa er barnet sin rett til ikkje-diskriminering, jf. artikkel 2, barnets beste som eit grunnleggande omsyn i alle avgjersler som gjeld barn, jf. artikkel 3, og retten barnet har til liv og utvikling, jf. artikkel 6. Barnekonvensjonen artikkel 12 har dette innhaldet:

«1. Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

2. For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.»

Artikkel 12 nr. 1 stiller opp ei generell forplikting for medlemsstatane til å involvere barn i avgjersleprosessar som «vedrører» barnet. Forpliktinga er todelt. For det første skal barnet bli gitt sjansen til å uttrykke synet sitt, noko som òg inkluderer retten til å la vere å uttale seg. For det andre skal det leggst «behørig» vekt på barnet sitt syn i samsvar med alderen og modenskapen til barnet. Artikkel 12 nr. 2 er retta spesielt mot rettslege og forvaltningsmessige prosessar som gjeld barnet, og pålegg medlemsstatane å la barnet få sjansen til å uttrykke synet sitt i slike saker.

Samtidig som barnekonvensjonen artikkel 12 blei inkorporert i norsk rett blei den øvre grensa for retten barn skal ha til å uttale seg, senka frå 12 til 7 år både i barnelova § 31 om rett for barnet til å vere med på avgjerd og barnevernlova § 6-3 om barn sine rettar under sakshandsaminga. Bakgrunnen for endringane var barnekonvensjonen artikkel 12. Formålet var å synleggjere føresegna i norsk lovgiving og sikre respekten for barn sine synspunkt.

I 2014 blei barn sin rett til å bli høyrde og få lagt vekt på synspunkta sine i saker om dei sjølv, nedfelt i Grunnlova § 104. Menneskerettsutvalet som fremde forslaget, skreiv blant anna dette i «Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven, Dokument 16 (2011–2012)» punkt 32.5.1 innledningsvis:

«Selv om de generelle menneskerettighetsbestemmelsene også gjelder for barn, er det på det rene at disse ikke fullt ut ivaretar barns særlige behov for beskyttelse, deres behov for gode utviklingsmuligheter og deres medbestemmelse over eget liv. Barns sårbarhet og avhengighet av voksne gjør at de har et annet

utgangspunkt enn det som er typisk for de personer som vernes av de generelle menneskerettighetene. En egen bestemmelse om barns rettigheter i Grunnloven vil kunne være et viktig tilskudd og supplement til de øvrige rettighetsbestemmelsene.»

Grunnlova § 104 lyder:

«Born har krav på respekt for menneskeverdet sitt. Dei har rett til å bli høyrd i spørsmål som gjeld dei sjølv, og det skal leggjast vekt på meininga deira i samsvar med alderen og utviklingssteget.

Ved handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn.

Born har rett til vern om den personlege integriteten sin. Dei statlege styresmaktene skal leggje til rette for utviklinga til barnet og mellom anna sjå til at det får den økonomiske, sosiale og helsemessige tryggleiken som det treng, helst i sin eigen familie.»

I 2014 blei også barnelova § 31 om retten barnet har til å vere med på avgjerd, på ny endra for å styrke barneperspektivet i foreldretvistar. Barnelova § 31 (Rett for barnet til å vere med på avgjerd) har no denne ordlyden:

«Etter kvart som barnet blir i stand til å danne seg egne synspunkt på det saka dreiar seg om, skal foreldra høyre kva barnet har å seie før dei tek avgjerd om personlege forhold for barnet. Dei skal leggje vekt på det barnet meiner alt etter kor gammalt og modent barnet er. Det same gjeld for andre som barnet bur hos eller som har med barnet å gjere.

Eit barn som er fylt sju år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, skal få informasjon og høve til å seie meininga si før det blir teke avgjerd om personlege forhold for barnet, mellom anna om foreldreansvaret, kvar barnet skal bu fast og samvær. Meininga til barnet skal bli vektlagt etter alder og modning. Når barnet er fylt 12 år, skal det leggjast stor vekt på kva barnet meiner.»

Det har frå fleire hald blitt peikt på at ein bør vurdere forholdet mellom barn sine rettar etter barnelova og føresegnene om barn og unge sin rett til medverknad og medråderett i pasient- og brukarrettslova. I tillegg viser departementet til at Barneomudet overfor departementet har stilt spørsmål ved kvifor det er forskjell på helselovgivinga og barnelova når det gjeld aldersgrenser for når barn skal høyrast.

### 3.1.1 Generelt om foreldreansvaret

Foreldreansvar er den retten og plikta foreldre har til å bestemme for barnet i personlege forhold. Foreldra skal utøve foreldreansvaret ut frå behova og interessene til barnet. Dersom foreldra har felles foreldreansvar, må begge vere einige i viktige avgjersler om barnet.

Hovudregelen er at det er foreldra som har foreldreansvaret for eit barn. Pasient- og brukarrettslova har teke utgangspunkt i dette og knyter derfor ofte ansvar når det gjeld barn, opp mot «foreldrene eller andre med foreldreansvaret».

Giftede foreldre har felles foreldreansvar for barna dei har saman. Frå 1. januar 2006 har sambuande foreldre automatisk felles foreldreansvar for barn fødte etter denne datoen.

Dersom foreldra ikkje er gifte eller bur saman, har mor foreldreansvaret åleine. Foreldra kan avtale at dei skal ha felles foreldreansvar, eller at far skal ha foreldreansvaret åleine. Avtale om foreldreansvar som ikkje er meldt til folkeregistermyndigheita, er ikkje gyldig. I Prop. 161 L (2015–2016) Endringer i barnelova mv. (likestilt foreldreskap) er det foreslått at utgangspunktet skal vere felles foreldreansvar for alle, også for foreldre som ikkje bur saman når barnet blir født. Dersom foreldra ikkje bur saman og mora ønskjer foreldreansvaret åleine, skal ho kunne gi melding til folkeregistermyndigheita innan eitt år frå den datoen farskapen blei fastsett. Tilsvarende gjeld der faren ikkje ønskjer felles foreldreansvar. Når ein av foreldra har gitt slik melding, får mora foreldreansvaret åleine. Stortinget har i mars 2017 vedteke dette forslaget, jf. Innst 195 L (2016–2017). Det er ikkje fastsett dato for iverksetting av lovendingane.

Dersom foreldre som har felles foreldreansvar, flyttar frå kvarandre, vil dei fortsette å ha felles foreldreansvar med mindre dei avtaler noko anna. Ein forelder kan ha samværsrett utan å ha foreldreansvar, og ein forelder kan ha foreldreansvar utan å ha samværsrett.

Dersom fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har gjort vedtak om omsorgsovertaking for eit barn, går omsorga for barnet over på barnevernstenesta. Etter omsorgsovertakinga vil foreldra ha avgrensa innverknad på korleis den daglege omsorga for barnet skal utøvast. Foreldra vil likevel framleis ha eit restansvar for barnet dersom dei ikkje er fråtekne foreldreansvaret. I tilfelle der foreldra blir fråtekne foreldreansvaret, slik at barnet blir utan verje, skal fylkesnemnda snarast «ta skritt til å få oppnevnt ny verge for barnet», jf. barnevernlova § 4-20 første ledd.

Dersom det blir gitt samtykke til adopsjon av eit barn, går foreldreansvaret over på den som adopterer barnet.

Dei nærmare reglane om foreldreansvaret følger særleg av barnelova kapittel 5.

### 3.1.2 Generelle merknader frå høyringsinstansane til forslaga til endringar i pasient- og brukarrettslova

Mange av høyringsinstansane gir generelt uttrykk for å vere svært positive til departementet sin gjennomgang og forslaga som følgjer av den.

*Helsedirektoratet* uttaler seg slik:

«Vi vil generelt bemerke at det er positivt at det fremmes forslag om lovendringer når det gjelder barns rett til medvirkning og medbestemmelse mv., da dagens regulering på dette området er både uoversiktlig og ikke i samsvar med Barnekonvensjonen art. 12 og Grunnloven § 104. Lovendringer på dette området anses derfor også helt nødvendig. I likhet med departementet mener direktoratet at de senere års utvikling, både samfunnsmessig og rettslig, tilsier en gjennomgang av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om barn og unges medvirknings- og medbestemmelsesrett ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Det er derfor positivt at departementet foreslår en rekke endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som omhandler dette. Forhåpentligvis vil forslagene bidra til at barnet og barneperspektivet enda mer enn i dag kommer i sentrum når barn mottar helse- og omsorgstjenester.»

*Statens helsetilsyn* seier at tilsynet ser positivt på at det er gjort eit stort arbeid for å klargjere og harmonisere regelverket som omhandlar barn sin medverknad og uttalerett. Etter endringane er regelverket meir i tråd med Grunnlova § 104 samt barnekonvensjonen artikkel 12.

*Den norske tannlegeforeningen* uttaler seg slik:

«NTF ser positivt på at reglane i pasient- og brukerrettighetsloven vedrørende barn og unges rett til medvirkning og medbestemmelse presiseres og endres i tråd med samfunnsmessig og rettslig utvikling de siste årene. Det er viktig at barn blir hørt i saker som angår dem og at de skal føle trygghet i samtale med voksne om vanskelige ting. Det er vidare viktig at aldersgrensene for når barn skal høres settes likt med det øvrige regelver-

ket. Tannhelsetjenesten er en av de få helsetjenestene som jevnlig møter barn alene i ung alder. Tannhelsetjenesten er vant til å høre på barn og ta hensyn til deres innspill og ønsker, og har god kompetanse på å balansere mellom barns rettigheter og foreldres rettigheter. På mange måter arbeider tannhelsetjenesten allerede i dag i tråd med de endringene som er foreslått og vi imøteser derfor en presisering av regelverket.»

*Den norske legeforeningen* meiner at endringane vil gi viktig rettstryggleik og tryggleik for barn. Forslaga vil slik legeforeningen vurderer det, og kunne bidra til at regelverket er meir i samsvar med praksis, i tillegg til at det blir enklare å ta i bruk.

Avslutningsvis viser vi til *Kreftforeningen*, som uttaler seg slik:

«Barn er i stadig større grad blitt regnet som selvstendige individer og får i økende grad medvirkning og medbestemmelse i saker som angår dem. Rettsutviklingen tilsier også at bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven om barn og unge sin rett til medvirkning og medbestemmelse nå må endres. Forslaget følger dermed også opp FNs barnekonvensjon og Grunnlovens §104 om barns rett til å bli hørt. Videre er det bra at det foreslås å harmonere aldersgrensene i barneloven og pasient- og brukerrettighetsloven når barn skal høres. En slik samstemthet i lovverket vil medvirke til at barn lettere kan bli bevisst sine rettigheter. Kreftforeningen mener at når barns rett til medvirkning og medbestemmelse går direkte frem av pasient- og brukerrettighetsloven er det en styrke.»

## 3.2 Barn sin rett til medverknad

### 3.2.1 Innleiing

Retten til medverknad er ein grunnleggande pasient- og brukarrett som er nedfelt i den gjeldande hovudføresegna om medverknad i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd. Førsegna er generell og regulerer ikkje særskilt barn sin medverknadsrett. Det er naturleg å utleie av første ledd at når pasienten eller brukaren er eit barn, skal forma på medverknaden tilpassast alderen og utviklinga til det enkelte barnet. Spørsmålet er om dette bør regulerast særskilt i § 3-1 første ledd.

### 3.2.2 Gjeldande rett

Pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd lyder slik:

«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpassast den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.»

For at retten til medverknad skal bli reell, er det viktig at han tek utgangspunkt i dei individuelle føresetnadene og behova kvar enkelt pasient eller brukar har. Det er derfor understreka i første ledd siste setning at det skal takast utgangspunkt i den enkelte si evne til å gi og ta imot informasjon.

Sjølv om pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd ikkje særskilt regulerer barn sin medverknadsrett, er det ikkje tvil om at også barn er omfatta. Forarbeida til pasient- og brukarrettslova, Ot.prp. nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetslova) punkt 5.1.6, omtaler tilpassinga til den enkelte sine individuelle føresetnader slik:

«Graden av medvirkning vil endres etter hva som er praktisk mulig, f.eks. ved bevisstløshet eller nedsatt funksjonsevne, og etter hvor komplisert helsehjelp som ytes. Desto større faglig kompetanse som kreves, desto mindre vil pasientens reelle medvirkningsmuligheter være. Retten til å medvirke må derfor tilpassast den enkelte pasients individuelle forutsetninger, noe som presiseres i lovteksten, se § 3-1 første ledd siste punktum. Er pasienten mindreårig, psykisk utviklingshemmet, senil dement eller har psykiske forstyrrelser vil pårørende tre inn i pasientens rett til å medvirke i samme utstrekning som om pasienten hadde full evne til å medvirke. Pasienten skal allikevel medvirke så langt dette er mulig. Dette prinsippet kommer bl.a. til uttrykk i § 4-4, som omhandler samtykke på vegne av barn, hvor det uttrykkelig slås fast at det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.»

Av Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 «Pasient- og brukarrettighetslova med kommentarer» følger det av omtalen av § 3-1 første ledd at også barn er omfatta, og at føresegna må tolkast i lys av barnelova § 31.

§ 3-1 andre ledd siste setning regulerer likevel særskilt plikta til å ta med barn på råd. Dette følger av pasient- og brukarrettslova § 3-1 andre ledd:

«Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.»

Tenestetilbudet det blir vist til, er blant anna helsetenester i heimen, personleg assistanse og organisering av brukarstyrt personleg assistanse etter helse- og omsorgstjenestelova. Rådføringsplikta knytt til barn under 18 år i siste setning, er ifølge forarbeida ei konkret rådføringsplikt som berre skal gjelde ved tenester som tidlegare var omfatta av sosialtenestelova.

### 3.2.3 Forslag i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet at barn sin rett til å få informasjon og å bli høyrde skal gå fram direkte av lova, ved å føye til dette i den gjeldande hovudføresegna om medverknad i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd.

Departementet viste til at det følger av § 3-1 første ledd siste punktum at forma på medverknaden skal tilpassast evna den enkelte har til å gi og ta imot informasjon. Når pasienten eller brukaren er barn, tilseier det at medverknaden skal tilpassast alderen og utviklinga til det enkelte barnet. Departementet peikte på at dette i dag blir utleidd av § 3-1 i lys av andre føresegner om barn i pasient- og brukarrettslova samt i særleg grad barnelova § 31, Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12.

Departementet foreslo vidare å fjerne dagens særregulering av rådføringsplikta knytt til barn under 18 år etter pasient- og brukarrettslova § 3-1 andre ledd siste setning.

### 3.2.4 Høyringsinstansane sitt syn

Høyringsinstansane som har uttalt seg særskilt om dette forslaget, har støtta det.

*Statens helsetilsyn* ser svært positivt på tilføyinga i lova om at barn skal bli gitt informasjon og bli høyrde. Tilsynet meiner at det er viktig å gi det som ei føresegn om rettar, noko som òg er i tråd med endringane i barnelova § 31 og med prinsippa i Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen. Tilsynet føyer til at barn sin rett til å få informasjon og til å bli høyrde gjeld uavhengig av om barnet blir vurdert som «samtykkekompetent», jf. pasient- og brukarrettslova § 4-3. Det må heilt

klart vere ein lågare terskel for å gi og ta imot informasjon enn for å samtykke til helsehjelp. Barnet sin medverknadsrett blir òg avgrensa av kva som blir rekna som fagleg forsvarleg.

*Fylkesmannen i Oslo og Akershus* meiner at dei foreslåtte endringane vil innebere ei god presisering.

*Forskergruppe for barnerett ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Tromsø* meiner at forslaga til endring i § 3-1 vil betre barn si rettslege stilling. Ved å flytte barn sin rett til medverknad frå andre til første ledd blir retten tydelegare, slik forskargruppa ser det. Forskargruppa meiner òg at det er ein fordel at lovteksten ikkje inneheld nokon referanse til barnet sin alder, men derimot viser til at dette er ein rett som barnet har frå det er i stand til å danne seg egne synspunkt, det vil seie frå svært tidlege barneår. Forskargruppa meiner vidare at det er ei betring at medverknadsretten blir sett i direkte samband med retten til å få informasjon.

Også *Redd Barna* er svært positive til at barn sin rett til å få informasjon og å bli høyrde blir synleggjort gjennom ei tilføyning. Redd Barna er einig med departementet i at det vil vere både klargjerande og bevisstgjerande, og er òg einig i at særreguleringa av rådføringsplikta knytt til barn etter pasient- og brukarrettslova § 3-1 andre ledd kan fjernast. Slik Redd Barna ser det, vil barnet sin rett til medverknad og til å bli høyrte stå langt sterkare gjennom den foreslåtte tilføyninga i § 3-1 første ledd.

*PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken* meiner det er veldig viktig å lovfeste barn sin rett til å få informasjon og rett til å bli høyrde. PsykiskhelseProffene uttaler likevel vidare:

«Vi er mennesker som må ha en viktig stemme i vårt eget liv. Derfor mener vi det bør komme enda tydeligere frem at barnet skal være en viktig samarbeidspartner for helse-tjenesten, om beslutninger som gjelder vårt liv. For at hjelpen helsevesenet gir skal bli riktig og nyttig må helsevesenet samarbeide med oss. Vi foreslår at loven skal si: «Barn skal gis informasjon og ha rett til medvirkning. Det skal legges vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.»»

Også *Norges Farmaceutiske Forening* meiner at lova bør ha den ordlyden *PsykiskhelseProffene* foreslår.

### 3.2.5 Departementet sine vurderingar og forslag

I lys av utsegnene frå høyringsinstansane opprett-held departementet forslaget frå høyringsnotatet.

Departementet viser til at barn utgjer ei særskild gruppe pasientar og brukarar som dei seinare åra både faktisk og rettsleg har fått større rett til medverknad og medråderett i saker som gjeld dei. Dette er følgt opp rettsleg med justeringar i fleire lovføresegner, og seinast ved at ein innførte Grunnlova § 104 og justerte ordlyden i barnelova § 31 (som beskrive nærmare under punkt 3.1). Etter departementet si vurdering vil det samsvare godt med både utviklinga i samfunnet og rettsutviklinga å sørge for at barn sin rett til å få informasjon og å bli høyrte går fram direkte av lova, ved å føye til dette i den gjeldande hovudføresegna om medverknad i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd. Departementet meiner at ei slik tilføyning vil klargjere retten og rolla barnet har generelt i tilknytning til helse- og omsorgstenester. Sjølv om dette allereie er underforstått ut frå gjeldande § 3-1 første ledd, vil ei direkte regulering kunne ha både ein klargjerande og bevisstgjerande funksjon.

PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken foreslår at den første nye setninga skal lyde slik: «Barn skal gis informasjon og ha rett til medvirkning» i staden for slik: «Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres». Med departementet sitt forslag til tilføyningar til § 3-1 første ledd vil barn sin rett til medverknad følge allereie av § 3-1 første ledd første setning. Det er derfor etter departementet si vurdering verken nødvendig eller ønskeleg å gjenta dette i fjerde setning. Departementet meiner vidare at det blir gitt viktig informasjon og rettleiing til dei som skal sørge for barn sin medverknad, i departementet sitt forslag om at «Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres.»

Dersom retten barn har til å medverke, både som pasientar og brukarar, blir regulert særskilt i § 3-1 første ledd, vil det ikkje lenger vere behov for å særregulere rådføringsplikta knytt til barn i § 3-1 andre ledd. Rådføringsplikta etter andre ledd, som er ei konkret rådføringsplikt som berre gjeld ved tenester som tidlegare var omfatta av sosialtenestelova, vil då vere omfatta av første ledd. Departementet meiner derfor at dagens § 3-1 andre ledd siste setning bør fjernast.



### 3.3 Foreldre sin rett til å få informasjon når pasienten eller brukaren er under 18 år

#### 3.3.1 Innleiing

Dei gjeldande føresegnene om informasjon i pasient- og brukarrettslova § 3-4 regulerer særskilt spørsmålet om informasjon når pasienten er mindreårig. Når pasienten er under 16 år, skal i hovudregelen både pasienten og foreldra eller andre som har foreldreansvaret informerast. I spesielle tilfelle opnar lova for at ein kan la vere å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret når pasienten er mellom 12 og 16 år og av grunnar som bør respekterast, ikkje ønskjer at dei skal informerast. Når pasienten er under 12 år, opnar lova derimot ikkje for at ein kan unnlate å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, sjølv ikkje når tungtvegande omsyn skulle tilseie det.

Spørsmålet er om det bør innførast ein snever tilgang til ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, også når pasienten eller brukaren er under 12 år.

#### 3.3.2 Gjeldande rett

Hovudføresegnene om retten pasienten og brukaren har til å få informasjon følger av pasient- og brukarrettslova § 3-2 om retten pasienten og brukaren har til informasjon og § 3-5 om forma på informasjonen. Hovudregelen etter pasient- og brukarrettslova § 3-2 første ledd er at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin eigen helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa, og at pasienten også skal informerast om moglege risikoar og biverknader. Hovudregelen etter § 3-2 siste ledd er at brukarar skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkeleg innsikt i tenestetilbodet og for å kunne sikre rettane sine.

Pasient- og brukarrettslova § 3-3 regulerer informasjon til pasienten sine nærmaste pårørande.

Pasient- og brukarrettslova § 3-4 regulerer særskilt spørsmålet om informasjon når pasienten er mindreårig. Det følger av § 3-4 første ledd at når ein pasient er under 16 år, skal både pasienten og foreldra eller andre som har foreldreansvaret informerast, sjå punkt 3.1.1. Føresegna inneber at når pasienten er over 16 år, skal i hovudregelen ikkje foreldra eller andre som har foreldreansvaret informerast med mindre pasienten samtykker til at opplysningane blir gidde.

Når pasienten er over 16 år, har personellet såleis i hovudregelen teieplikt overfor foreldre eller andre som har foreldreansvar. Unntak frå denne hovudregelen følger av § 3-4 tredje ledd: «Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.» Forhold som kan bli omfatta av dette, er for eksempel opplysningar om sjølvmondsfare, kvar pasienten oppheld seg, og innlegging på sjukehus på grunn av livstruande tilstandar. Det må vurderast konkret kva informasjon som i så fall skal givast. Men informasjonsplikta vil normalt ikkje omfatte ei fullstendig utgreiing av den generelle helsetilstanden.

Når ein pasient er under 16 år, er det på den andre sida i hovudregelen plikt til å informere både pasienten og foreldra eller andre som har foreldreansvaret. Unntak frå denne hovudregelen følger av pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd: «Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikkje gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikkje ønsker dette.»

I kommentarane til pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd, i Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 «Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer», går dette fram om unntaket:

«Det kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (for eksempel mishandlingssaker) og ulike overbevisningsgrunner (...) Eksempler på grunner som bør respekteres kan være prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing. Dette er et unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år. (...)»

(...)

«Mer alvorlige psykiske lidelser kan ikke helsepersonell unnlate å informere foreldrene eller andre med foreldreansvaret om. Dette gjelder særlig ved fare for selvskading eller redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader på grunn av kriminelle handlinger. Det kan være grunn til å journalføre at slik informasjon er gitt.»

Både andre og tredje ledd i pasient- og brukarrettslova § 3-4 har som mål å avvege omsynet til unge pasientar sin sjølvråderett og omsynet til foreldra eller andre sitt omsorgs- og foreldreansvar. Det er viktig å sikre at foreldra eller andre som har for-

eldreansvaret får den nødvendige informasjonen, slik at dei blir i stand til å oppfylle foreldreansvaret.

Reglane om rett til informasjon i pasient- og brukarrettslova § 3-4 gjeld tilsvarande for innsyn i journal, jf. fjerde ledd i pasient- og brukarrettslova § 5-1 om rett til innsyn i journal.

Sjølv om pasient- og brukarrettslova § 3-4 ikkje opnar for å unnlata å informere foreldre når pasienten er under 12 år, har spørsmålet komme opp i tilknytning til retten foreldre har til å få innsyn i journalen etter pasient- og brukarrettslova § 5-1. Spørsmålet om tilgang til å nekte foreldre innsyn i opplysningar i barnet sin journal blei reist av Statens helsetilsyn for tilfelle der det er mistanke om at foreldre har misbrukt barn seksuelt. I brev av 19. oktober 2001 la det dåverande Sosial- og helsedepartementet til grunn at også i dei tilfella der barn er under 12 år, kan det vere gode grunnar til at foreldre ikkje bør få innsyn i barnet sin journal. Departementet kom fram til at sjølv om barn under 12 år ikkje er uttrykkeleg omtalt i pasient- og brukarrettslova, finst det omsyn bak føresegna om rett til innsyn og informasjon som taler for at det bør leggest vekt på barnet sine interesser når ein vurderer om det bør givast innsyn. Departementet viste til at det følger av pasient- og brukarrettslova § 5-1, jf. § 3-4, at foreldra vil ha rett til innsyn i same grad som barnet. I og med at pasienten etter § 5-1 andre ledd kan nektast innsyn i opplysningar i journalen dersom det er «påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv», kom departementet fram til at prinsippet som gjeld for denne vurderinga, òg må bli aktuelt i tilfelle der det er foreldre som har fått rett til innsyn i pasienten sin stad. Etter gjeldande § 5-1 kan også brukaren bli nekta innsyn i opplysningar i journalen dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorleg helseskade for brukaren.

Departementet gav i brevet, under punkt 2.2, enkelte føringar for tilgangen til å unnlata opplysningar frå innsyn:

«For det første må det foreligge fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten dersom foreldrene får kjennskap til de aktuelle opplysningene i journalen. Dette må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Helsetilsynet uttaler i sitt brev følgende: «(...) det må i alle fall kreves at barnet får helseskader av en viss kvalifisert art og at den skaden kan føres tilbake til at foreldrene fikk kjennskap til opplysninger i journalen». Departementet vil presisere at det er tilstrekkelig at det foreligger fare for alvorlig hel-

seskade, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99) side 93 og 136.

Departementet finner det vanskelig å komme med noen generelle synspunkter på hva som ligger i begrepet «alvorlig helseskade», utover at det må bero på et konkret medisinsk skjønn. Departementet vil imidlertid anta at mishandling av barn og spesielt seksuelt misbruk, i de fleste tilfeller vil medføre fare for alvorlig helseskade i og med de psykiske følgeskader som også kan inntre.

Det må i tillegg ansees som påtrengende nødvendig å forhindre faren for alvorlig helseskade. Ut fra nødrettsbetraktninger må det være en akutt, overhengende fare for at foreldrenes innsyn i journalen kan medføre alvorlig helseskade for barnet. At man ikke kan utelukke en mulig skaderisiko, anses ikke tilstrekkelig for å nekte innsyn.»

### 3.3.3 Forslag i høyringsnotatet

Sjølv om gjeldande pasient- og brukarrettslov § 3-4 ikkje opnar for å unnlata å informere foreldre når pasienten er under 12 år, kan ein ikkje sjå bort frå at også når pasienten er under 12 år, kan det unntaksvis komme fram informasjon som ikkje bør vidareformidlast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret.

Departementet foreslo derfor å innføre eit nytt, snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, som òg skal gjelde når ein pasient eller brukar er under 12 år. Departementet foreslo å avgrense unntaket til at informasjon ikkje skal givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret «dersom tungtvegande omsyn til pasienten eller brukaren taler mot det». Kriteriet «tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren» tilseier at det må finnast spesielt viktige grunnar til å beskytte eller ta vare på pasienten eller brukaren, for at informasjonen som elles skal givast til foreldra, likevel ikkje blir gitt.

Departementet foreslo at dette snevre unntaket skal gjelde for alle mindreårige, uavhengig av alder og uavhengig av om informasjonen i utgangspunktet skulle ha vore gitt til foreldra eller andre som har foreldreansvaret.

Departementet foreslo vidare å innføre eit krav i lova om at i tilfelle der det kan bli aktuelt å halde unna informasjon frå foreldre eller andre som har foreldreansvar, skal pasienten eller brukaren så tidleg som mogleg orienterast om retten foreldra eller andre som har foreldreansvar har til å få informasjon, og unntak frå dette.

Departementet foreslo òg å innføre eit krav i lova om at pasientar og brukarar over 16 år skal orienterast i tilfelle der foreldre eller andre som har foreldreansvar skal givast informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

Departementet foreslo i tillegg å endre den gjeldande formuleringa «under 16 år» i pasient- og brukarrettslova § 3-4 fjerde ledd til «under 18 år». Med ei slik endring vil føresegna om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal få informasjon som er nødvendig for at dei skal vere i stand til å oppfylle foreldreansvaret, også gjelde tilsvarende for barnevernstenesta når barnevernstenesta har teke over omsorga for ungdom mellom 16 og 18 år.

Til slutt foreslo departementet å gjere ei teknisk endring i § 3-4 og 3-5, som gjekk ut på at ordet «opplysninger» skulle erstattast med «informasjon» i § 3-4 andre ledd og i § 3-5 andre ledd. Pasient- og brukarrettslova §§ 3-3, 3-4 og 3-5 bruker gjennomgåande ordet «informasjon», og departementet meinte at det ikkje finst gode grunnar til at føresegnene i tillegg skal bruke ordet «opplysninger».

### 3.3.4 Høyringsinstansane sitt syn

*Helsedirektoratet* støttar forslaget og meiner at det kan bidra til at barn som er i ein situasjon med alvorleg omsorgssvikt, torer å formidle opplysningar om dette til for eksempel helsesøster for å få hjelp. Direktoratet støttar òg at det må finnast tungtvegande omsyn for at det skal kunne unnlatast å gi informasjon når barnet er under 12 år, og meiner at det er viktig å peike på at ein slik situasjon kan tilseie at helsepersonell som sit med slik informasjon, ikkje kan la vere å gjere noko i saka.

Også *Statens helsetilsyn* ser positivt på forslaget som gir høve til å halde informasjon unna foreldra, uavhengig av alder. Dette vil slik helsetilsynet ser det, verne barn som står i fare for å bli mishandla, eller som lid nød ved at informasjon går til foreldra. Helsetilsynet presiserer at det er viktig at dette er ein snever unntaksregel, og at det blir presisert nærmare i lovkommentarane kva tilfelle dette kan omfatte.

*Politidirektoratet* er einig med departementet i at det i spesielle tilfelle kan vere behov for at informasjon om barn under 12 år ikkje blir vidareformidla til foreldra eller andre som har foreldreansvaret.

*Forskergruppe for barnerett ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Tromsø* støttar forslaget og meiner at det er ein styrke at forslaget gjeld alle barn, uavhengig av alder. På denne måten blir barn i større grad sikra mot at foreldra utnyttar

maktstillinga si overfor barnet. Dersom barn ikkje føler seg trygge på at opplysningar som foreldra kan oppleve som vanskeleg å handtere, blir verande mellom barnet og helsepersonellet, kan det forhindre at barnet gir nødvendig informasjon til helsetenesta. Ein konsekvens kan i så fall vere at barnet ikkje får den helsehjelpa barnet har behov for. Forskargruppa meiner at det òg er ein fordel at unntaket frå plikta til å informere foreldra til barnet ikkje er avhengig av at barnet har bede om det. Følgeleg har helsepersonellet ei sjølvstendig plikt til å ta stilling til om det av omsyn til barnet er nødvendig å halde opplysningane unna foreldra. Vidare meiner forskargruppa at rettane til barnet blir styrkte ved at barnet blir orientert dersom det er aktuelt å vidareformidle informasjon til foreldra.

Både *Oslo kommune* og *Bergen kommune* uttaler seg om og støttar forslaget. *Bergen kommune* uttaler seg slik:

«De endringsforslagene som omhandler barns rett til medvirkning og medråderett er godt utredet. Her argumenteres det som viktig å se barnet – også yngre barn – som selvstendige individ, der den rådende ambisjonen skal være å involvere barnet og gi dem medbestemmelse, i samsvar med alder og modenhet. Samtidig argumenteres det for viktigheten av å forstå barn og unge sin familiekontekst i all oppfølging og hjelp.

Slik sett er de konkrete forslagene til endringer også i tråd med faglig utvikling og rådende syn på barn og ungdom og deres helse og utvikling i et familieperspektiv. Endringsforslagene tar også høyde for at det i helt spesielle tilfeller (tungtveiende hensyn) også kan være svært gode grunner til at foreldre eller andre med foreldreansvar ikke skal gis informasjon, selv om barna er under 12 år. I slike tilfelles skal barnet likevel følges opp på forsvarlig måte og vurdering av behov for kontakt til barnevern og/eller politi må være gjort. Høringsnotatet gir eksempler på de spesielle tilfeller tungtveiende hensyn foreligger.»

*Den Norske Advokatforeningen* uttaler seg slik:

«Advokatforeningen støtter forslaget om å innføre en unntaksadgang for å unnlate å informere foreldre, også når barnet er under 12 år. Vi erfarer at særlig innen barne- og ungdomspsykiatrien er det ikke sjelden et stort behov for å kunne trygge et barn på at informasjonen som barnet gir til helsepersonell ikke gis

videre til én eller begge foreldre. Når helsepersonell ikke kan bekrefte dette, er det stor risiko for at man ikke kommer til med relevant helsehjelp og at svært utsatte og sårbare barn ikke får hjelp.»

*Den norske legeforening* meiner at høvet til ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret også når barnet er under 12 år, er ei viktig endring som vil kunne ha mykje å seie for barna det gjeld. *Norsk Sykepleierforbund* meiner at endringa bidreg til tydeleggjering, samkøyring og harmonisering med andre lovverk om barn sine rettar. *Norsk psykologforening* meiner at regelverket omkring informasjon, medverknad og samtykke for barn har vore komplisert og ikkje har følgt heilt med i utviklinga av barn sine rettar og det grunnleggjande prinsippet om kva som er best for barnet. Psykologforeninga meiner derfor at det er positivt med forslag til endringar.

*Lovisenberg Diakonale Sykehus* meiner at det unntaksvis vil vere nødvendig å unngå å informere foreldra eller eventuelt andre som har foreldreansvar, også når pasienten er under 12 år gammal. Sjukehuset presiserer at dette skal og må vere eit snevert høve, men at ei formalisering av dette gjennom lov vil underlette arbeidet i enkelt saker, for eksempel ved mistanke om overgrep mot barn.

I likskap med Statens helsetilsyn seier både *Helsedirektoratet*, *Politidirektoratet*, *Vestre Viken HF*, *UNIO*, *Norsk psykologforening* og *Norsk Sykepleierforbund* at det trengst nærmare føringar for / god rettleiing om korleis unntaka frå hovudreglane skal praktiserast. *Helsedirektoratet*, *Politidirektoratet* og *Norsk psykologforening* gir vidare uttrykk for at regelverket er komplisert, og at ein derfor bør vurdere om det kan forenklast.

*Vestre Viken HF* uttaler seg slik om dette:

«På den ene siden finner man i spesialisthelsetjenesten mange sammenhenger der det er nødvendig å fravike foreldres/foresattes rett til informasjon. På den annen side er det viktig at det i det videre arbeid konkretiseres hvilke sammenhenger det er grunner som bør respekteres for ikke å informere foreldre. Blant annet beskrives eksempler som bør respekteres som prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing som et betimelig unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år. Det understreker at helsepersonell i mange situasjoner kan finne det

utfordrende å tolke bestemmelse etter hensikten uten en god veileder til slike bestemmelser.»

*Norsk psykologforening* uttaler seg slik:

«Det er viktig at regelverket utformes slik at det lar seg anvende i praksis og kan være til støtte i hverdagen. I og med at man må henvise fra bestemmelse til bestemmelse for å få oversikt over sammenhengene i reglene er det veldig viktig at dette støttes opp med veiledningsmaterieell.

Det er et fokus på forebyggende helsevern og gode tilgjengelige tilbud i kommunene og det er grunn til å håpe og tro at dette vil bidra til å øke antall barn og unge som får hjelp. Barn som henvender seg til denne type tilbud vil ofte kunne ha legitime grunner for å ønske at foreldre ikke skal få vite om at de henvender seg, selv om det ikke er snakk om overgrep eller vold. Her er det mange vanskelige grenseoppganger og retningslinjer for utøvelse av skjønn vil være et viktig bidrag for å sikre at man holder seg innenfor lovens grenser og handler i tråd formålet med bestemmelsen.»

*Politidirektoratet* uttaler seg slik:

«Med unntakene i henholdsvis annet og nytt fjerde ledd, samt begrensningen i tredje ledd, kan rekkevidden av plikten til å informere og plikten til ikke å informere foreldre eller andre med foreldreansvar totalt sett fremstå noe komplisert og vanskelig tilgjengelig. Særlig oppfatter vi at rekkevidden av pliktene for pasienter mellom 12 og 16 år kan være vanskelig å få tak på. Slik vi forstår det, vil både annet, tredje og nytt fjerde ledd gjelde for denne aldersgruppen.»

(...)

«Det er viktig at regler om plikt til å utlevere opplysninger om barn og plikt til å tilbakeholde disse fra foreldrene, er klare. Dette kan bidra til forutsigbarhet for dem som berøres av reglene, og bedre etterlevelse av regelverket. Politidirektoratet ber på denne bakgrunn om at departementet vurderer om det kan være hensiktsmessig å klargjøre sammenhengen mellom annet, tredje og nytt fjerde ledd i § 3-4. (...)

*Bergen kommune* og *Norsk psykologforening* er opptekne av å framheve foreldreansvaret og kor viktig det er.

*Bergen kommune* uttaler seg slik:

«Hele samfunnet hviler tungt på prinsippet om at det er foreldrene som har ansvaret for sine barn. Bergen kommune heller til at informasjon som er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret bare skal kunne unnlates der det er grunn til å tro at foreldrene vil gjøre mer skade enn gagn. I saker der foreldrene etter de konkrete omstendigheter har en reell mulighet til å utøve foreldreansvar til barnets beste er dette et grunnleggende gode for barnet som man skal være varsom med å avskjære. Bergen kommune etterlyser at det fremholdes som en sentral avveining om når foreldrenes mulighet til å ivareta foreldreansvaret må ofres for hensynene som tilsier at foreldrene ikke får informasjon.»

*Norsk psykologforening* uttaler seg slik:

«Det er vidare grunn til å understreke foreldreansvaret og innholdet i det. Foreldrene skal fremdeles ha den informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, også når barnet er mellom 16 og 18 år. Hvilke opplysninger som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret vil være avhengig av barnets alder og modenhet. Jo yngre barnet er jo flere opplysninger vil være nødvendig at foreldre får for å oppfylle foreldreansvaret.»

*Den norske legeforening* uttaler seg slik:

«Det er positivt at det tydeliggjøres at helsepersonellet plikter å orientere pasienten så tidlig som mulig om foreldrenes rett til informasjon og unntak fra dette, samt at barnet informeres om informasjon som blir gitt. Dialog, informasjon og åpenhet kan være avgjørende for tilliten mellom pasient og helsepersonell i disse situasjonene.»

*Høgskolen i Bergen, master i barnesykepleie*, er den einaste instansen som seier at den ikkje støttar eit høve til også å unnlate å informere foreldre eller andre som har foreldreansvar når barnet er under 12 år. Det blir argumentert for at aldersgrensa på 12 år bør haldast ved lag fordi foreldredeltakinga og høvet til å utøve foreldreskap elles vil by på utfordringar, og fordi det er vanskeleg å vere utanfor saker som gjeld helsa til barn.

*PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken* og *Redd Barna* oppfatar det begge slik at forslaget i høyringsnotatet ikkje går langt nok og der-

med ikkje er tilstrekkeleg med tanke på å sikre det beste for barnet og barnet sine egne interesser.

*PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken* seier dette:

«Det er veldig viktig å endre reglene som gjelder foreldres rett til informasjon og innsyn i journal, og vi setter stor pris på at regjeringen tar opp dette og vil gjøre forandringer. I dag har foreldre rett på å få vite alt barn under 12 år forteller helsetjenestene, det meste barn mellom 12 og 16 år forteller og noe barn mellom 16 og 18 år forteller. Sånn lovene er nå er det ikke trygt for alle barn. Veldig mange unge forteller at de allerede som små mista tillit til de som skulle hjelpe, fordi voksne snakka med foreldre uten å ha avtalt det med barnet. De forteller også at når denne tilliten er brutt, er den vanskelig å bygge opp igjen. Derfor må informasjonen barn – også små barn – deler med systemet, beskyttes og ikkje formidles vidare uten at dette er avtalt med barnet.

Departementet har foreslått en forandring som gjør at informasjon ikke skal gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret «dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det» (§ 3-4). (...) PsykiskhelseProffene ber om at hele logikken om foreldres rett til informasjon og innsyn snus.

At foreldre kan få vite alt barnet forteller helsepersonell fører til alvorlige og farlige situasjoner for en del barn i Norge i dag. For mange av oss har det gjort at vi har sluttet å fortelle om det som er vondt. Vi har kanskje fortalt en liten ting til voksne, som de ikke tenker er farlig. Så har vi sett at andre voksne får vite det vi har sagt, og da har vi lukket oss. At vi ikke vet hvor det vi forteller voksne blir fortalt videre og at informasjonen går til foreldrene våre er et av hovedsvarene fra proffene på hvorfor vi ikke har fortalt om vonde ting som ligger helt inni hjertet. Det har blant annet gjort at mange av oss ikke har fortalt om vold og/eller overgrep til hjelpesystemene.»

(...)

«PsykiskhelseProffene foreslår at loven sier at uavhengig av barnets alder skal informasjon barnet har gitt til helsepersonell kun gis videre til foreldrene eller andre med foreldreansvaret etter avtale med barnet.

Det skal avtales hva som skal sies videre av hvem og på hvilken måte. Barn har rett il å

snakke med helsepersonellet alene om informasjon til foreldre.»

*Redd Barna* seier dette:

«Redd Barna støtter vidare departementets intensjon om å begrense foreldres rett til informasjon for å beskytte barnet i enkelte tilfeller. Vi deler imidlertid PsykiskHelseProffene sitt ønske om at vekten må flyttes ytterligere fra ivaretagelse av foreldres rett til informasjon, til barnets rett til beskyttelse og vern om sitt privatliv. Etter vår mening vil ikke den foreslåtte bestemmelsen med formuleringen «dersom tungtveiende hensyn tilsier det», virke tilstrekkelig i forhold til å ivareta barnets beste og barnets egne interesser. Vi anbefaler i stedet departementet å ta inn en bestemmelse om at foreldre eller andre med foreldreansvaret kun skal informeres når det er begrunnet i barnets beste, og at barnets meninger skal tillegges stor vekt i denne vurderingen. Redd Barna vil minne om at det ikke bare er i saker som gjelder mistanke om vold, overgrep og alvorlig omsorgssvikt dette kan bli aktuelt. Det kan også gjelde i saker hvor et barn eksempelvis ønsker hjelp i spørsmål om kjønn og seksualitet, og ikke ønsker at foreldre automatisk skal informeres om dette.

Redd Barna foreslår derfor følgende formulering i en ny § 3-4:

«Når barnet er under 16 år, skal foreldre og andre med foreldreansvaret informeres kun når det er til det beste for barnet, og i vurderingen av barnets beste skal barnets egne meninger tillegges stor vekt.»

Redd Barna mener at denne bestemmelsen skal gjelde for alle under 16 år uavhengig av alder, og at den skal gjelde uavhengig av om informasjon anses nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. I enkelte tilfeller vil en vurdering av barnets beste, inkludert vektlegging av barnets egne meninger, tilsi at foreldre informeres for å kunne ivareta sitt foreldreansvar. I andre tilfeller vil en vurdering av hva som er best for barnet, inkludert barnets egne meninger, tilsi at foreldre ikke informeres selv om denne informasjonen anses nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.»

### 3.3.5 Departementet sine vurderingar og forslag

#### 3.3.5.1 *Unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret også når ein pasient eller brukar er under 12 år*

Hovudregelen etter dagens føresegner i pasient- og brukarrettslova er at både barn og unge sjølv og foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal informerast når det blir ytt helse- og omsorgstenester til barn og unge under 16 år.

Sjølv om det er gode grunnar til denne hovudregelen kan det i særlege tilfelle vere behov for å gjere unntak frå han. Lova opnar for at ein kan la vere å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret når pasienten er mellom 12 og 16 år og av grunnar som bør respekterast, ikkje ønskjer at dei skal informerast. Sjå punkt 3.3.2.

PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken er ei gruppe barn og unge som har sett søkelyset på behovet for unntak frå hovudregelen og på situasjonen når barn er under 12 år. PsykiskhelseProffene er barn og unge som er tilknytte stiftinga Forandringsfabrikken, som innanfor hovudområdet psykisk helse arbeider for å få fram råd og erfaringar for å betre psykisk helsevern. PsykiskhelseProffene har erfaring med psykisk helsevern, og ut frå dette har dei viktig kunnskap om korleis det psykiske helsevernet fungerer for barn og unge. Fleire av proffane har delt opplevingar der foreldre automatisk har fått innsyn i kontakten mellom den unge og psykisk helseverntenesta. Dei seier sjølv at dette har gjort at dei har mista tillit til dei som skal hjelpe, og slutta å vere ærlege. Proffane understrekar at barn må føle seg trygge på å fortelje om det som gjer livet vanskeleg, og at det gjeld for barn og unge i alle aldrar, også barn under 12 år.

I likskap med PsykiskhelseProffene og høyringsinstansane som har uttalt seg om dette, meiner departementet framleis at det i særlege tilfelle kan vere behov for å gjere unntak frå hovudregelen også for barn under 12 år.

Det kan vere eit klart behov for dette dersom det ved yting av helse- og omsorgstenester til barnet kjem fram informasjon som kan peike i retning av at foreldra eller andre som har foreldreansvaret utset barnet for fysisk eller psykisk mishandling, seksuelle overgrep eller andre former for alvorleg omsorgssvikt. Dersom informasjonen i desse tilfella må vidareformidlast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret, kan det føre til ein svært vanskeleg og i nokre tilfelle farleg situasjon for barnet. Samtidig vil den potensielle mishandlaren eller overgriparen få sjansen til å påverke situasjonen til sin fordel.

Men det kan òg vere behov for dette for at barn som er i ein alvorleg situasjon med omsorgssvikt, skal tore å komme fram med informasjon for å kunne få hjelp. Eit eksempel kan være når ein 10-åring kjem til helsesøster og det oppstår mistanke om at barnet ikkje har det bra heime. Dersom helsesøster kan gjere 10-åringen trygg på at det ho eller han seier, ikkje automatisk blir vidareformidla til foreldra, kan det gjere at barnet lettere torer å opne seg. Det vil igjen kunne føre til at mistanken om omsorgssvikt blir avkrefte eller forsterka.

Departementet vil i denne samanhengen vise til høyringsfråsegna frå *Politidirektoratet*:

«Som følge av forslaget vil helsepersonell få tid til å rådføre seg med barnevern eller politiet uten foreldrenes kunnskap. Slik Sør-Øst politidistrikt påpeker vil en da kunne hindre at foreldre eller andre påvirker barnet eller utsetter barnet for represalier. Sør-Øst politidistrikt viser også til en sak der en gutt som var til behandling hos Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ikke fortalte om vold fra far av frykt for at foreldrene fikk kunnskap om dette. Det foreslåtte unntaket i § 3-4 fjerde ledd kan bidra til at slike tilfeller unngås.»

Departementet er vidare einig med Norsk psykologforening i at det kan vere behov for eit slikt unntak også i andre situasjonar enn situasjonar med mogleg alvorleg omsorgssvikt. Dette kan vere situasjonar der barn lever med anna alvorleg uro eller belastning, men der dei ikkje torer å komme fram med informasjon om dette dersom det ikkje er mogleg å la vere å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret. Alvorleg uro eller belastning kan for eksempel vere knytte til kjønnsidentitet, seksualitet eller psykososiale forhold. Årsakene til at barn ikkje vil trekke inn foreldra eller andre som har foreldreansvar vil variere, men kan for eksempel skuldast trus- og livssynet til foreldra eller ein spesielt belasta livssituasjon for foreldra som gjer at barnet ikkje vil belaste dei ytterlegare.

Dersom det i lova blir innført eit unntak frå plikta til å vidareformidle informasjon i slike alvorlege situasjonar, vil det kunne bidra til å hjelpe utsette barn som kjem i slike situasjonar. I tillegg kan det òg ha den viktige effekten at barn som kjem i slike situasjonar, torer å seie frå om dette for å få hjelp.

Departementet er likevel òg einig med Folkehelseinstituttet, som viser til at det i seg sjølv kan oppstå vanskelege situasjonar for barnet når det

gjeld foreldra, dersom foreldra i samband med at det blir ytt helsehjelp til barnet, ikkje får innsyn i informasjon av omsyn til barnet. Dette er ei utfordring som personell må vere klar over og prøve å handtere på best mogleg måte ut frå omsynet til kva som er det beste for barnet.

Departementet er på den andre sida ikkje einig med PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken og Redd Barna, som meiner at vekta må flyttast ytterlegare frå ivaretaking av foreldra sin rett til å få informasjon til barnet sin rett til generelt vern og vern om privatlivet. PsykiskhelseProf-fene og Redd Barna meiner at ein må snu på utgangspunktet for formidling av informasjon til foreldra. Dei meiner at uavhengig av kor gammal barnet er, skal utgangspunktet vere at informasjon barnet har gitt til helsepersonell, berre skal givast vidare til foreldra eller andre som har foreldreansvaret etter avtale med barnet eller når det er grunn til det ut frå kva som er best for barnet.

Det er slik departementet vurderer det, gode grunnar til at hovudregelen framleis bør vere at både barn og unge sjøve og foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal informerast når det blir ytt helse- og omsorgstenester til barn og unge under 16 år. I likskap med Bergen kommune og Norsk psykologforening vil departementet framheve foreldreansvaret, og kor viktig det er. Det å ha foreldreansvar for barn og ungdom inneber å ha ansvar for å gi dei omsorg og omtanke. Dei som har foreldreansvar, har både rett og plikt til å ta avgjersler på vegner av barn og unge når det gjeld personlege forhold, men dei må trekke inn barn og unge sjøve etter kvart som dei utviklar seg. Departementet vil understreke at det i dei aller fleste tilfella er foreldra eller andre som har foreldreansvaret som er barn og unge sine nær-maste. Der er foreldra som i dei aller fleste tilfella, i gradvis aukande samarbeid med barn og unge sjøve, har dei beste føresetnadene til å ta vare på dei ut i frå kva som er til deira eiga beste. For barn og unge vil det vanlegvis vere heilt naturleg og ønskeleg at foreldra blir informerte. Dess yngre barna er, dess viktigare er det at omsorgspersonane får grundig og god informasjon om den hjelpa som blir gitt til barna, for å kunne bidra til å ta vare på og følge dei opp på best mogleg måte.

Departementet held derfor fast ved dagens hovudregel og opprettheld forslaget om å innføre eit nytt, snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, som òg skal gjelde når ein pasient eller brukar er under 12 år. Departementet foreslår å avgrense unntaket til at informasjon ikkje skal givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret «der-

som tungtveiende hensyn til pasienten eller brukaren taler mot det», jf. forslag til nytt tredje ledd i pasient- og brukarrettslova § 3-4.

For at det skal finnast «tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren», må pasienten eller brukaren vere i eller mistenkast å vere i ein situasjon som er alvorleg, eller som blir oppfatta som alvorleg av pasienten eller brukaren. Enten ein situasjon med alvorleg omsorgssvikt eller ein annan situasjon som beskrive over, med alvorleg uro eller belastning. Situasjonen må i tillegg vere av ein slik karakter at det etter personellet si vurdering blir sett på som å vere det beste for pasienten eller brukaren at informasjon ikkje blir vidareformidla til foreldra eller andre som har foreldreansvaret. Departementet understrekar at det er vurderinga av kva som vil vere det beste for barnet, som skal vere avgjerande. Det å ikkje vidareformidle informasjon kan vere det beste for barnet dersom vidareformidling vil kunne sette barnet i ein endå vanskelegare eller farleg situasjon, eller dersom vidareformidlinga vil kunne forhindre at barnet kjem fram med informasjon som kan føre til at barnet får hjelp. Vurderinga av om det vil vere best for barnet å ikkje vidareformidle informasjon, vil i enkelte tilfelle vere mindre krevjande, for eksempel i tilfelle der det kjem fram informasjon om alvorleg omsorgssvikt frå foreldra si side. I andre tilfelle kan det vere meir krevjande å avgjere om det å unnlate å informere foreldra eller andre som har foreldreansvar faktisk vil vere det beste for barnet. Viktige omsyn vil kunne trekke i kvar si retning, og ein blir nøydd til å gjere ei avveging for å fastslå kva omsyn som skal givast avgjerande vekt for å sikre barnet sitt behov på best mogleg måte.

Omsynet til å få barnet til å opne seg og fortelje om alvorleg uro eller belastning vil måtte vegast mot omsynet til å trekke inn foreldra for at dei skal kunne hjelpe barnet. Departementet reknar med at i tilfelle der foreldre i utgangspunktet ikkje blir trekte inn, og barn opnar seg, vil kjennskapen personellet har til barnet si uro eller belastning føre til at barnet kan få hjelp til å forstå og handtere situasjonen sin. Nokre gonger vil personellet kunne hjelpe barnet med å avdramatisere situasjonen og dermed fjerne uroa eller belastninga. Andre gonger vil personellet kunne hjelpe ved å lytte, oppklare og gi barnet råd. I tilfelle der personell får kjennskap til ei uro eller belastning eit barn har, og ut frå situasjonen meiner at det vil vere best for barnet å trekke inn foreldra, må personellet prøve å forklare barnet at det beste vil vere å trekke inn foreldra, slik at dei kan bidra til å hjelpe og støtte barnet.

Departementet vil likevel understreke at den som sit på informasjon om ein alvorleg situasjon for eit barn, ikkje kan la vere å gjere noko meir i saka. Dersom det ligg føre opplysningsplikt til barnevernet, skal opplysningane vidareformidlast, slik at barnevernet kan undersøke saka og sørge for at barnet sine interesser blir sikra, jf. helsepersonellova § 33. Etter § 33 skal helsepersonell i arbeidet sitt vere merksame på forhold som kan føre til tiltak frå barnevernstenesta si side. Når det er grunn til å tru at barn blir mishandla i heimen, at det ligg føre andre former for alvorleg omsorgssvikt, eller at eit barn har vist alvorlege åtferdsvanskar over tid, skal helsepersonell på eige initiativ gi opplysningar til barnevernstenesta. Det følgjer av barnevernlova § 6-4 andre ledd at dette også gjeld når det er grunn til å tru at det er fare for utnytting av eit barn til menneskehandel. Slike opplysningar skal helsepersonell òg gi etter pålegg frå barnevernstenesta. Dersom vilkåra er oppfylte, oppstår plikta til å vidareformidle opplysningar til barnevernstenesta uavhengig av om pasienten eller brukaren samtykker eller ikkje.

Vidare kan det ligge føre plikt til å varsle politiet for å avverje skaden dersom opplysningane tilseier at barnet står i fare for alvorleg skade, jf. helsepersonellova § 31. Etter § 31 skal helsepersonell «varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.» Helsepersonell vil etter denne føresegna kunne ha ei plikt til å vidareformidle opplysningane, uavhengig av om pasienten eller brukaren samtykker eller ikkje. Det vil i hovudsaka vere nødretts- og nødverjevurderingar som ligg til grunn for vurderinga av om opplysningar skal vidareformidlast eller ikkje.

I likskap med departementet understrekar *Politidirektoratet* i høyringsfråsegna si kor viktig det er å vidareformidle opplysningar som ein tek imot. *Politidirektoratet* seier vidare dette:

«Varsling av politi eller barnevern er viktig, ikke minst i situasjoner hvor foreldre ikke informeres og/eller informasjonen gjelder mindre barn under 12 år. Opplysningspliktene etter henholdsvis helsepersonelloven §§ 31 og 33 bør være godt kjente og tydelige for helsepersonell, og det er viktig at helsepersonell får informasjon om disse. Politidirektoratet forutsetter også at forarbeidene tydelig omtaler opplysningspliktene i forbindelse med reglene om informasjon for mindreårige.»

Dersom informasjonen meir vagt har ført til at det oppstår ein mistanke om at barnet kan vere i ein



slik situasjon som nemnt over, bør den som sit på informasjonen, så langt det er mogleg sørge for at barnet blir følgt opp vidare, slik at mistanken anten kan styrkast eller avkreftast. Òg i tilfelle der barnet ikkje er i ein mogleg situasjon med alvorleg omsorgssvikt, men i ein annan situasjon som blir oppfatta som alvorleg for barnet, bør den som sit på informasjonen, så langt det er mogleg sørge for at barnet blir følgt opp vidare. Den vidare oppfølginga kan bidra til at mistanken enten blir styrkt eller avkrefta, og til at barnet får den hjelpa det eventuelt har behov for.

Eit forhold som Stine Sofies Stiftelse og PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken tek opp i samband med forslaget frå departementet, er at det også fysisk må leggest til rette for at barn skal få uttale seg. Stine Sofie Stiftelsen viser til at barn under 12 år ofte får lite tid åleine med terapeuten/behandlaren, ettersom ein av foreldra ofte er til stades. Stine Sofie Stiftelsen peiker på at det kan forhindre barnet i å snakke «fritt», spesielt dersom det er snakk om vald eller overgrep i nær relasjon. Departementet meiner at dette er eit forhold det er viktig for personell å vere merksame på når dei yter helseshjelp til barn og unge. Dersom personell meiner at det oppstår ein situasjon der barnet kan ha behov for å snakke med helsepersonellet åleine, må det leggest til rette for at dette kan skje.

### 3.3.5.2 *Formidling av informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret*

Departementet foreslo i høyringsnotatet at når vilkåra er oppfylt etter det nye unntaket frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, skulle heller ikkje informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret, for at dei skulle kunne oppfylle foreldreansvaret. Etter ei ny vurdering har departementet komme fram til at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, likevel skal givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret også når dette nye unntaket blir aktuelt, jf. forslaget til nytt § 3-4 fjerde ledd. Fjerde ledd skal etter dette gjelde uansett for alle pasientar og brukarar under 18 år.

Departementet har komme fram til at det ikkje er ønskeleg at denne informasjonen ikkje skal givast til foreldre eller andre som har foreldreansvar når det nye unntaket blir aktuelt. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, er avgrensa til informasjon som er nødvendig for at foreldra eller andre som har foreldreansvaret

skal kunne sikre foreldreomsorga. Dette omfattar, som beskrive under punkt 3.3.2, blant anna informasjon om sjølvmoordsfare, kvar pasienten oppheld seg, og innlegging på sjukehus på grunn av livstruande tilstandar. Dersom helsepersonell i ein situasjon som er omfatta av nytt tredje ledd, vurderer at situasjonen er slik at heller ikkje denne avgrensa informasjonen kan givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret, må helsepersonellet vurdere om det ligg føre opplysningsplikt til barneverntjenesta slik at barneverntjenesta får anledning til å vurdere omsorgssituasjonen til barnet og behovet for å sette i verk tiltak etter barnevernlova.

### 3.3.5.3 *Reguleringa av hovudregelen og unntaka i pasient- og brukarrettslova § 3-4*

Det nye unntaket frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, som òg skal gjelde når ein pasient eller brukar er under 12 år, kjem i tillegg til dei unntaka som allereie i dag følger av § 3-4. I høyringsforslaget blei det nye unntaket lagt til som eit nytt fjerde ledd. Departementet er einig med høyringsinstansane som meiner at forslaget til ny § 3-4 i høyringsnotatet er komplisert.

Forslaget til ny § 3-4 som departementet no fremmer, har følgande justerte struktur når det gjeld første til fjerde ledd. I første ledd står hovudregelen om at både pasienten eller brukaren under 16 år og foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal informerast. I andre ledd står unntaket som gjeld for pasientar og brukarar mellom 12 og 16 år, mens i tredje ledd står det nye unntaket som skal gjelde pasientar og brukarar under 16 år uavhengig av alder. I fjerde ledd står deretter regelen om at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, likevel skal givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukaren er under 18 år.

For pasientar og brukarar mellom 16 og 18 år følger det slik sett av første og fjerde ledd at foreldra eller andre som har foreldreansvaret berre skal givast informasjon om det som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. For pasientar og brukarar mellom 16 og 18 år vil det nye unntaket dermed ikkje innebere noka endring.

For pasientar og brukarar mellom 12 og 16 år følger det av andre ledd at informasjon ikkje skal givast til foreldre eller andre som har foreldreansvar når pasienten av grunnar som bør respekterast, ikkje ønsker dette. Unntaket etter andre ledd skal blant anna sikre at unge i denne aldersgruppa kan oppsøke helse- og omsorgstenesta med per-

sonlege helseproblem utan å vere redde for at foreldra, som med tanke på dei aktuelle helseproblema kan stå i eit motsetnadsforhold til den unge, automatisk blir trekte inn. Eksempel på dette kan være prevensjonsrettleiing, råd om svangerskapsavbrot, lettare psykiske problem på grunn av mobbing eller saker om mishandling, jf. punkt 3.3.2. For pasientar og brukarar i denne aldersgruppa vil det nye unntaket etter tredje ledd dermed bli aktuelt i alvorlege situasjonar som er omfatta av tredje ledd, der unntaket etter andre ledd ikkje blir aktuelt fordi den unge ikkje sjølv oppgjer grunnar som bør respekterast til at informasjonen ikkje skal givast.

#### 3.3.5.4 *Orientering om vidareformidling av informasjon til foreldra eller andre som har foreldreansvaret*

For at barn skal fortelje om forhold, kan det vere ein føresetnad at dei får vite at det dei fortel, ikkje automatisk blir vidareformidla til foreldra eller andre som har foreldreansvaret. Det kan dessutan vere viktig at dei får vite dette så tidleg som mogleg, slik at dei kan få opparbeidd seg den tilliten og tryggleiken som kan gjere at dei våger å opne seg og fortelje om forholdet. I lys av utsegnene frå høyringsinstansane opprettheld departementet forslaget om å innføre eit krav i lova om at i tilfelle der det kan bli aktuelt å halde unna informasjon frå foreldra eller andre som har foreldreansvaret, skal pasienten eller brukaren så tidleg som mogleg orienterast om retten foreldra eller andre som har foreldreansvar har til å få informasjon, og unntaka frå dette, jf. forslag til nytt femte ledd i § 3-4.

I lys av forslaget til nytt femte ledd opprettheld departementet også forslaget om at det òg bør gå fram av lova at pasientar og brukarar skal orienterast i tilfelle der foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal givast informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret etter forslaget til fjerde ledd, jf. forslag til nytt andre punktum i § 3-4 fjerde ledd.

#### 3.3.5.5 *Vidareformidling av informasjon til barnevernstenesta og endring av omgrep*

Departementet foreslår vidare å endre gjeldande fjerde ledd, som blir nytt sjettede ledd i § 3-4. Det følger av gjeldande § 3-4 fjerde ledd at dersom barnevernstenesta har teke over omsorga for barn under 16 år, gjeld dei andre ledda i føreseigna tilsvarende for barnevernstenesta. Slik den gjeldande føreseigna lyder, gjeld ikkje § 3-4 første,

andre og tredje ledd for barn mellom 16 og 18 år når barnevernstenesta har teke over omsorga. Gjeldande § 3-4 tredje ledd omhandlar tilgangen foreldre eller andre som har foreldreansvar har til informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Departementet vurderer det slik at det er viktig å sikre at foreldre eller andre som har foreldreansvaret får informasjon som er nødvendig for at dei skal vere i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Dette gjeld også barnevernstenesta når barnevernstenesta har teke over omsorga for barn over 16 år. Barnevernstenesta skal også for barn over 16 år opptre i foreldra sin stad og har då behov for å få den same informasjonen.

Helsedirektoratet støttar departementet sitt forslag og meiner at det bør gå direkte fram av lovteksten at barnevernstenesta òg skal få nødvendig informasjon når dei har overtatt omsorga for barn over 16 år.

På bakgrunn av dette opprettheld departementet forslaget om å endre formuleringa «under 16 år» i den gjeldande § 3-4 fjerde ledd til «under 18 år» i nytt sjettede ledd.

Departementet foreslår i tillegg at nytt sjettede ledd også skal omfatte tilfelle der det er fatta mellombelse vedtak om å plassere eit barn utanfor heimen etter barnevernlova § 4-6 andre ledd. Barnevernlova § 4-6 andre ledd er omfatta av gjeldande pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd, som regulerer når barnevernstenesta har rett til å samtykke til helsehjelp på vegner av barn. Barnevernlova § 4-6 andre ledd blei føyd til den dågjeldande lova om pasientrettar § 4-4 andre ledd ved lov av 30. juni 2006. Det følger av Ot.prp. nr. 65 (2005–2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. punkt 6.3.2.4, at omsynet til barnet sitt behov for helsehjelp, og dermed det som er best for barnet, blei vurdert som avgjerande for å utvide dågjeldande § 4-4 andre ledd til å omfatte mellombelse vedtak etter barnevernlova § 4-6 andre ledd. Etter departementet sitt syn tilseier dei same omsyna, samt samanhengen mellom pasient- og brukarrettslova §§ 3-4 og 4-4, at også § 3-4 nytt sjettede ledd skal omfatte barnevernlova § 4-6 andre ledd.

Til slutt opprettheld departementet forslaget om å gjere ei teknisk endring i § 3-4 og 3-5, som går ut på å erstatte ordet «opplysninger» med «informasjon» i § 3-4 andre ledd og i § 3-5 andre ledd. Pasient- og brukarrettslova §§ 3-3, 3-4 og 3-5 bruker gjennomgåande ordet «informasjon», og departementet meiner at det ikkje finst gode grunnar til at føresegnene òg skal bruke ordet «opplysninger».

### 3.3.5.6 Elektroniske tenester for innsyn i pasientjournal

PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken tar i høyringsfråsegna si opp utfordringar knytte til elektroniske tenester for innsyn i pasientjournalar og at det kan føre til at foreldre raskt kan få innsyn i kva ungdom har sagt til helsepersonell. PsykiskhelseProffene seier at det kan skje når barn ikkje eingong veit at det dei har sagt til helsepersonell er skrivne ned, eller at det er noko som heiter journal. PsykiskhelseProffene vurderer ikkje dette som trygt.

Til dette vil departementet bemerke at pasientar i aukande grad blir tilbydde elektroniske tenester for innsyn i pasientjournal. Slike tenester er berre eit supplement til, og erstattar ikkje, retten til innsyn i pasientjournal på andre måtar. Elektroniske tenester for innsyn i pasientjournal er eit gode for pasientar. Samtidig er det viktige omsyn som må sikrast, og viktige vurderingar som må ligge til grunn for slike innsynstenester, medrekna vurderingar av forsvarlegheit, kva som er best for barnet og lovbestemde avgrensingar i innsynsretten for pasientar og representantane deira.

Utgangspunktet er at elektroniske tenester for innsyn må tilbydast med dei same avgrensingane som gjeld for retten til innsyn i journal etter pasient- og brukarrettslova § 5-1. Etter denne føresegna gjeld reglane om rett til informasjon når pasienten er mindreårig etter pasient- og brukarrettslova § 3-4, tilsvarende for retten til innsyn i journal.

Det er nokre særlege omsyn som gjer seg gjeldande når det blir opna for elektroniske innsynstenester for foreldre. Helsepersonell må forsikre seg om at helseopplysningane som blir gjort tilgjengelege i den elektroniske tenesta for innsyn, ikkje er av ein slik karakter at helsepersonellet gir foreldre eller andre som har foreldreansvaret innsyn i informasjon som det etter pasient- og brukarrettslova § 3-4 ikkje skal givast tilgang til.

Departementet ønsker vidare å understreke kor viktig det er at helse- og omsorgstenestene sikrar barnet sine interesser og har kva som er best for barnet i tanke når dei vurderer kva journalnotat som skal gjerast tilgjengeleg for foreldre i ei elektronisk teneste for innsyn.

Departementet viser òg til at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har sendt brev til dei regionale helseføretaka i landet om juridiske vurderingstema knytte til elektroniske tenester for innsyn i pasientjournal. I brevet av 15. september 2016 gjorde direktorata nærmare greie for dei

omsyna og vurderingane som må ligge til grunn når slike innsynstenester blir innførte.

## 3.4 Avgrensa samtykkekompetanse for barn under 16 år

### 3.4.1 Innleiing

Pasient- og brukarrettslova § 4-3 har blitt tolka slik at barn under 16 år i spesielle avgrensa tilfelle har sjølvstendig samtykkekompetanse. Men dette følger ikkje direkte som ei naturleg forståing av lovteksten. Særleg ikkje dersom denne blir lesen saman med pasient- og brukarrettslova § 4-4 om samtykke på vegner av barn, som i første ledd regulerer at foreldra eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år.

Spesielt i tilfelle der opplysningar frå pasientar mellom 12 og 16 år ikkje skal givast til foreldre eller andre som har foreldreansvaret av grunnar som bør respekterast, kan ein naturleg konsekvens vere at kompetansen til å samtykke til helsehjelpa må ligge hos barnet sjølv. Når foreldra eller andre med samtykkekompetanse ikkje får informasjon, kan dei heller ikkje samtykke. Spørsmålet er om det bør gå fram direkte av lova at pasientar mellom 12 og 16 år i desse tilfella har sjølvstendig samtykkekompetanse. Spørsmålet er òg kva som skal gjelde når foreldra eller andre som har foreldreansvaret ikkje skal informerast, etter forslaget til ny § 3-4 tredje ledd, jf. punkt 3.3.5.1.

Det som blir vurdert her, er eit særleg spørsmål som gjeld samtykkekompetanse når barn er under 16 år. Departementet viser elles til at regjeringa i juni 2016 nemnde opp Tvangslovutvalget, som skal foreslå ei modernisering av tvangsregelverket. Utvalet skal blant anna vurdere reglar om samtykke-/avgjerslekompetanse.

### 3.4.2 Gjeldande rett

Pasient- og brukarrettslova § 4-3 regulerer generelt kven som har samtykkekompetanse, mens pasient- og brukarrettslova § 4-4 regulerer kven som har rett til å samtykke på vegner av barn under 16 år.

Det følger av § 4-4 første ledd at foreldra eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år. Samtidig følger det av § 4-3 at personar mellom 16 og 18 år i hovudregelen har sjølvstendig samtykkekompetanse.

Etter § 4-3 første ledd bokstav b har personar mellom 16 og 18 år rett til å samtykke til helsehjelp

«med mindre annet følger av særleg lovbestemmelse eller av tiltakets art». Det følger av forarbeida til lova at «tiltakets art» både kan føre til at retten inntreff etter fylte 16 år og før fylte 16 år, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) punkt 6.7.2.1 avslutningsvis:

«16-årsgrensen kan suspenderes i visse tilfeller. Før det første etter «tiltakets art». Det kan tenkes personlege helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdomsrådighetssfære også før fylte 16 år. Det kan også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør kunne tas før myndighetsalder er oppnådd, f.eks. deltaking i forskningsprosjekter eller eksperimentell behandling, smertefull eller risikofyllt behandling og behandling som er irreversibel, bl.a. plastisk kirurgi.

16-årsgrensen kan også suspenderes dersom det finnes særskilt lovgivning slik som f.eks. steriliseringsloven og transplantasjonsloven. Etter departementets vurdering bør disse særlege aldersgrensene opprettholdes.»

Helsedirektoratet har omtalt dette i kommentarane til pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd i rundskriv IS-8/2015 «Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer»:

«Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 4-3 første ledd bokstav b som åpner for at 16-års grensen om rett til å samtykke til helsehjelp kan suspenderes dersom «tiltakets art» tilsier det. Det uttales i lovens forarbeider at «det kan tenkes personlege helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdomsrådighetssfære også før fylte 16 år». Dette innebærer at barnets selvbestemmelsesrett i visse tilfeller vil kunne gå foran foreldrenes rett til å samtykke på barnets vegne før fylte 16 år. Det kan også påpekes at begrunnelsen for foreldrenes bestemmelsesrett og informasjonsrett er å ivareta barnets interesser når barnet ikke selv er i stand til det. I den utstrekning barnet selv er i stand til å ivareta sine egne interesser på en fornuftig måte, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptre til barnets beste, faller begrunnelsen for foreldrenes rettigheter bort.»

Eit eksempel på ein situasjon der det kan vere aktuelt med sjølvstendig samtykkekompetanse før eit barn fyller 16 år, er når ei jente oppsøker helse-tenesta og ønsker å bli undersøkt og behandla som følge av kjønnslemlesting. I den felles rettleiaren til Barne- og likestillingsdepartementet og

Helse- og omsorgsdepartementet, Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse (Q-1145 B) er dette omtalt slik under punkt 3.1.2:

«Det er ingen formell aldersgrense for å oppsøke helsetjenesten eller helsepersonell for å få veiledning, råd og informasjon. Helsehjelp kan som hovedregel bare gis med pasientens samtykke. Når barnet er under 16 år er det normalt foreldrene eller andre med foreldreansvaret som samtykker på vegne av barnet. I visse tilfeller kan imidlertid også barn under 16 år samtykke til helsehjelp, når «tiltakets art» tilsier det. Dette innebærer at jenter under 16 år som oppsøker helsetjenesten med ønske om undersøking og behandling som følge av kjønnslemlestelse, etter en konkret vurdering selv vil kunne samtykke til helsehjelpen.

Den som har det faglege ansvaret for helsehjelpen må i denne sammenheng foreta ein helsevurdering hvor det bl.a. legges vekt på jentas alder, modenhet, omfanget av behandlingen, forhold i familien og hva som anses å vere det beste for jenta. Dersom jenta etter ein helhetsvurdering ikkje anses å ha samtykkekompetanse og foreldrene ikkje ivaretar hennes behov for medisinsk hjelp, må helsepersonellet vurdere om barneverntjenesten skal kontaktes.

Når pasienten er under 16 år er hovudregelen at både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret skal informeres om helse-tilstand og den helsehjelpen som gis. Det kan imidlertid vere tilfeller hvor foreldrene ikkje bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten. Opplysninger skal derfor ikkje gis foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikkje ønsker dette, og pasienten er mellom 12 og 16 år. Dette vil vere aktuelt i tilfeller hvor jenter med behov for helsehjelp som følge av kjønnslemlestelse oppsøker helsetjenesten.»

### 3.4.3 Forslag i høyringsnotatet

I tilfelle der opplysningar frå pasientar eller brukarar mellom 12 og 16 år ikkje skal givast til foreldre eller andre som har foreldreansvaret av grunnen som bør respekterast, kan foreldra eller andre som har foreldreansvaret heller ikkje samtykke til helsehjelpa. Departementet meinte at ein naturleg konsekvens av dette er at kompetansen til å samtykke til helsehjelpa må ligge hos barnet sjølv. Når foreldra eller andre med samtykkekompetanse ikkje får informasjon, kan dei heller ikkje samtykke.

Slik departementet ser det, ville det vere ein fordel om denne avgrensa samtykkekompetansen for pasientar eller brukarar mellom 12 og 16 år gjekk klart fram av lova. Departementet foreslo derfor å innføre ein ny bokstav c som regulerer dette i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd.

Departementet viste så til forslaget om å innføre eit snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret i pasient- og brukarrettslova § 3-4, som òg skal gjelde for pasientar og brukarar under 12 år. Departementet stilte deretter spørsmålet om pasientar og brukarar under 12 år burde få sjølvstendig samtykkekompetanse i desse spesielle tilfella. Etter ei heilskapleg vurdering valde departementet å ikkje foreslå dette. Departementet ønskte ikkje å senke aldersgrensa for sjølvstendig samtykkekompetanse til barn under 12 år. Departementet rekna dessutan med at dersom personell får informasjon frå pasientar og brukarar under 12 år, som på grunn av tungtvegande omsyn til pasienten eller brukaren ikkje skal vidareformidlast til foreldra, så vil det dreie seg om alvorleg informasjon. I dei tilfella der informasjonen er av ein karakter som gjer at det ligg føre opplysningsplikt overfor barnevernet, kan barnevernet komme inn og sikre barnet sine interesser. Departementet var likevel i tvil om kva som vil vere den beste løysinga her, og bad derfor spesielt om å få høyringsinstansane sitt syn på dette.

I tillegg til forslaget om ein ny bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd foreslo departementet å føye til ein referanse til § 4-3 første ledd bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-4 første ledd. Departementet foreslo at det skal gå fram av første ledd at hovudregelen om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år, ikkje gjeld for pasientar mellom 12 og 16 år når dei har sjølvstendig samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c.

#### 3.4.4 Høyringsinstansane sitt syn

Høyringsinstansane som uttaler seg om forslaget om at den avgrensa samtykkekompetansen for pasientar eller brukarar mellom 12 og 16 år skal gå klart fram av lova, støttar forslaget.

Både *Den norske Advokatforeningen* og *Den norske legeforeningen* støttar forslaget. *Den norske legeforeningen* uttaler seg slik:

«Det er også en viktig presisering at barn mellom 12 og 16 år får rett til å samtykke på egne vegne når informasjon ikke skal gis foreldre

eller andre med foreldreansvaret, som naturlig konsekvens og tydeliggjøring av sammenhengen mellom retten til informasjon og samtykkekompetanse.»

*Helsedirektoratet* meiner òg at det er positivt å presisere i forslag til ny § 4-3 første ledd bokstav c i pasient- og brukarrettslova at barn mellom 12 og 16 år kan ha sjølvstendig samtykkerett. Men *Helsedirektoratet* seier deretter dette:

«Det er imidlertid et spørsmål om samtykkeretten har blitt for snevert sett i forhold til gjeldende rett, ved at den kun gjelder i de situasjoner foreldre eller andre med foreldreansvar ikke er informert etter pasient- og brukarrettighetsloven § 3-4 andre ledd og forslag til nytt fjerde ledd. Det kan være situasjoner der barn under 16 ønsker helsehjelp som foreldrene ikke samtykker til og hvor barnets selvstendige samtykkerett kan utledes av § 4-3 første ledd bokstav b jf. «tiltakets art». Det følger av forarbeidene til loven at «tiltakets art» både kan føre til at retten inntreffer etter fylte 16 år og før fylte 16 år, noe som også er omtalt i høringsnotatet (...). Av pedagogiske hensyn bør dette rettsgrunnlaget etter vår mening heller inngå i forslaget til ny § 4-3 første ledd bokstav c (samtykkerett mellom 12 og 16 år).»

Ei rekke høyringsinstansar uttaler seg om departementet sin konklusjon om ikkje også å innføre i lova avgrensa samtykkekompetanse for pasientar og brukarar under 12 år, samtidig som det blir foreslått å innføre eit snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret også for pasientar og brukarar under 12 år. Desse fire høyringsinstansane støttar departementet sin konklusjon: *Statens helsetilsyn*, *Den norske legeforeningen*, *Norsk Sykepleierforbund* og *Unio*.

*Statens helsetilsyn* seier dette:

«Statens helsetilsyn er enig i at samtykkekompetansen ikke bør senkes til å gjelde barn under tolv år. Utgangspunktet for samtykkekompetansen bør være barnets alder og modenhet, i tillegg til karakteren av helsehjelpen som gis. Medvirkning på barnevernsområdet i forhold til ulike tiltak, er noe annet enn samtykke til helsehjelp. Det kan være komplisert å få den fulle innsikt i hvordan man skal avveie de ulike hensyn når det gjelder alvorlige og risikofylte inngrep. I bunnen vil det også her måtte ligge en begrensning ut fra hva som

anses som faglig forsvarlig. Vi mener det er fornuftig med grensene som er satt, og at hovedregelen er at foreldrene gis rett til å samtykke på barnets vegne når de er under 16 år. Unntakene for gruppen fra 12 til 16 år er da fanget opp i bokstav c, og samsvarer greit med endringene i § 3-4.»

13 høyringsinstansar er ueinige i eller usikre på departementet sin konklusjon om ikkje også å innføre i lova avgrensa samtykkekompetanse for pasientar og brukarar under 12 år. Barneombudet klarer ikkje å ta stilling til spørsmålet fordi dei meiner det ikkje er godt nok greia ut.

Fleire høyringsinstansar tar i likskap med *Forskergruppe for barnerett ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Tromsø* til orde for at det ikkje skal settast noka nedre aldersgrense for samtykkekompetansen. Forskergruppen uttaler seg slik:

«Forskergruppen mener at det ikke bør settes en nedre aldersgrense på 12 år. Hvorvidt barn skal ha en begrenset samtykkekompetanse, må avgjøres på bakgrunn av barnets alder og modenhet samt hva saken gjelder. Dessuten vil en bestemmelse uten henvisning til aldersgrense i større grad harmonere med ny ordlyd i §§ 3-1 og 3-4.»

*Helse Stavanger HF* uttaler seg slik:

«Vi er usikre på også den helhetlige vurderingen av departementet om at en ikke utvider den selvstendige samtykkekompetansen til behandling ved snevre unntakstilfeller for barn under 12 år. PsykiskHelseProffene forteller oss at de trenger tid og trygghet for å kunne fortelle om situasjoner knyttet til overgrep og omsorgssvikt, og vi tror at spesialisthelsetjenesten trenger så fleksible rammer som mulig i forhold til å gi rom for at en slik trygghet kan oppstå. Samtidig vil opplysningsplikten alltid gjelde. Dilemmaet er at behandlere i spesialisthelsetjenesten fort kan unnlate å følge opp sin opplysningsplikt hvis de er i en terapeutisk relasjon til et barn som på sikt kan bidra til å avdekke overgrep og omsorgssvikt, fordi å melde sin bekymring skaper utrygghet hos barnet.

Vi ber departementet vurdere hvorvidt en kan innføre og gi et tidsavgrenset samtykke-mandat på for eksempel 3 måneder fra første kontakt i snevre unntakstilfeller for barn under 12 år som kan brukes til å styrke og svekke mistanke.»

*PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken* uttaler seg slik:

«Regjeringen vil ta med i loven at barn 12–16 år skal ha «selvstendig samtykkerett» i noen saker, og det støtter vi. Departementet spør om dette også burde gjelde barn yngre enn 12 år, og det burde det. Vi kan ikke være avhengige av å vente på barnevernet hvis vi har fortalt noe alvorlig som foreldrene våre ikke skal vite, og trenger hjelp. Vi foreslår at barn under 12 år også får «selvstendig samtykkerett» i saker som dette.»

*Den Norske Advokatforeningen* støttar forslaget om å klargjere i lova at høvet til å unnlate å informere foreldre korresponderer med ein sjølvstendig samtykkekompetanse for ungdom mellom 12 og 16 år. Men etter Advokatforeningen si oppfatning må tilsvarende òg gjelde for barn under 12 år. Advokatforeningen seier vidare:

«Hvis man først har konkludert at man kan unnlate å informere foreldrene, men så ikke kan gi helsehjelpen fordi barnet ikke kan samtykke (og ingen kan samtykke på barnets vegne), så er man like langt. Hovedformålet med disse endringene må være å komme til med helsehjelp til barn som trenger det, og det oppnår man ikke gjennom dette forslaget.

Departementets praktiske innfallsvinkel om at barnevernet regelmessig vil komme på banen i disse sakene, anser vi som klart utilfredsstillende. Vi utelukker ikke at den informasjon som gjør at man velger å unnlate å informere foreldrene kan være av en slik karakter at barnevernet skal informeres. Men å gjøre barnevernets inngripen til en de facto forutsetning for å kunne gi barnet helsehjelp, kan ikke være hensiktsmessig. Når først foreldrene er satt ut av spill med tanke på informasjon (og dermed samtykke), er det ingen som er nærmere enn det aktuelle helsepersonellet til å avgjøre om helsehjelpen skal gis, dersom barnet selv ønsker hjelpen.»

*Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse-region Sør og Øst* meiner at dette er ei vanskeleg problemstilling og uttaler seg slik:

«Har man først åpnet opp for at informasjon i visse tilfeller ikke skal videreformidles til foreldre i situasjoner der barnet er under 12 år, kan heller ikke foreldre i disse tilfeller samtykke til helsehjelp for barna.

Samtykkekompetansen hviler dermed på barna, også de under 12 år, men at for eksempel en 6-åring selv skal kunne samtykke til behandling eller hjelp han eller hun skal motta vurderes som feil. For det første kan man ikke forvente at barn i så ung alder alltid forstår eller kan vurdere konsekvensene av den ene eller andre behandlingen (eller ingen behandling). For det andre kan man ikke legge ansvaret for behørig behandling på skuldrene til så unge barn. Videre står det i høringen at hvis det foreligger informasjon fra barnet av slik art at foreldre ikke skal informeres om denne, så er det sannsynlig at situasjonen for barnet er så alvorlig at barnevernet er inne i saken og at barnevernet dermed kan sikre barnets interesser. Det er en realistisk antagelse, men det bør da foreligge klare retningslinjer for slike tilfeller og de bør beskrives eksplisitt. Videre bør alle ledd i en slik vurdering og hvilken kunnskap vurderingene hviler på komme klart frem. Det blir for vagt å kun tilføye at i de tilfeller der barnet er under 12 år, så har barnevernet og barnet ansvar for barnets interesser når det gjelder helsehjelp.»

*Politidirektoratet* er einig med departementet i at barn under 12 år i utgangspunktet ikkje bør ha sjølvstendig samtykkekompetanse. Under alle omstende er det likevel avgjerande å falle ned på ei løysing som sikrar barnet nødvendig helsehjelp:

«Vi stiller spørsmål ved om tilfeller der informasjon ikke gis til foreldre etter pasient- og brukarrettighetsloven § 3-4 nytt fjerde ledd samtidig alltid vil utløse en opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 33. Etter § 33 skal helsepersonell gi opplysninger til barnevernet «når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt».»

*Helsedirektoratet* uttaler seg slik:

«Når det gjelder spørsmålet om barn under 12 år også skal gis rett til å samtykke i tilfeller som omfattes av § 3-4 fjerde ledd, har Helsedirektoratet forståelse for departementets standpunkt. I slike tilfeller er det naturleg å vurdere hvilken annen instans som bør bringes inn, herunder vurdere opplysningsplikt til barneverntjenesten. Samtidig anses det viktig at barn under 12 år gis den nødvendige helsehjelpen frem til situasjonen er nærmere avklart, for eksempel i

form av samtaler med helsesøster, i forlengelsen av den situasjonen som er beskrevet i høyringsnotatet på side 18. Det må forutsettes at dette vil være helsehjelp av begrenset omfang og intensitet, og et slikt samtykke kun er gyldig inntil annet rettsgrunnlag for eventuell videre nødvendig helsehjelp blir etablert. Vi har vektlagt at det i slike tilfeller forutsettes at foreldreansvaret ikke kan ivareta barnets behov for helsehjelp ved å gi samtykke etter § 4-4 og det heller ikke – i en periode – vil finnes annet rettsgrunnlag enn fra barnet selv. Etter Helsedirektoratets vurdering bør det vurderes om det skal innføres en samtykkerett for barnet i slike tilfeller, men tydeliggjøres i en eventuell bestemmelse at det kun omhandler helsehjelp av begrenset omfang og intensitet og i en mellomperiode inntil et annet rettsgrunnlag har kommet på plass. Å samtykke til helsehjelp av mer omfattende karakter og i en lengre periode vil være å legge et for stort ansvar på barn under 12 år.»

*Barneombudet* seier på si side blant anna dette:

«Etter ei heilskapleg vurdering har departementet valt å ikkje foreslå at og barn under 12 år skal få sjølvstendig samtykkekompetanse i spesielle tilfelle etter § 3-4 fjerde ledd i pasient- og brukarrettslova. Høyringsnotatet ber om å få høyringsinstansane sitt syn på dette.

Barneombudet synes det er vanskelig å ta stilling til dette da vi vet for lite om kva som talar for og kva som talar imot. I forslag til ny lov om barnevern foreslår utvalet at barn skal ha partsrett frå 12 år. No er denne grensa 15 år. Det er viktig at det er ei harmonisering mellom dei ulike lovverka for barn. Viss barn under 12 år, i visse tilfelle, får sjølvstendig samtykkekompetanse til helsehjelp kan dette forsterke ei ubalanse mellom de ulike lovverka for barn.

Det er og viktig å hugse at med ein rett kjem og eit ansvar, eit ansvar som Barneombudet er uvisse på om barn under 12 år skal ha.

Barneombudet meiner spørsmålet om barn under 12 år skal ha sjølvstendig samtykkekompetanse, er svært komplekst. På noverande tidspunkt går det ikkje an å svare et eintydig ja eller nei på dette. Det krevjast ein større utgreiing frå departementet si side kor fordelane og ulempene blir veia mot kvarandre. I den samanheng må departementet foreta ein barnets beste vurdering ut frå kva FN's barnekomité seier om at barnets beste er eit tredelt konsept: Det er ei sjølvstendig rettighet, eit grunnleg-

gjande, fortolkande juridisk prinsipp og ein prosedyreregulering, sjå Generell kommentar nr.14 (2013).»

### 3.4.5 Departementet sine vurderingar og forslag

#### 3.4.5.1 Avgrensa samtykkekompetanse for barn mellom 12 og 16 år

Det forholdet at pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd bokstav b også i spesielle tilfelle heimlar sjølvstendig samtykkekompetanse til barn under 16 år, følger som tidlegare nemnt ikkje direkte som ei naturleg forståing av lovteksten. Særleg ikkje dersom denne blir lesen saman med pasient- og brukarrettslova § 4-4 første ledd, som regulerer det forholdet at foreldra eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år. Som beskrive under punkt 3.4.2, følger dette av ei tolking av formuleringa «tiltakets art» i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd bokstav b.

Spesielt i tilfelle som fell inn under gjeldande pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd, når opplysningar frå pasientar mellom 12 og 16 år ikkje skal givast til foreldre eller andre som har foreldreansvaret av grunnar som bør respekterast, kan ein naturleg konsekvens vere at kompetansen til å samtykke til helsehjelpa må ligge hos barnet sjølv. Når foreldra eller andre som har foreldreansvaret ikkje får informasjon, kan dei heller ikkje samtykke. Departementet viser i denne samanhengen til særmerknaden til § 3-4 i Ot.prp. nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven):

«I annet ledd er det oppstilt et unntak fra hovedregelen om at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal ha informasjon. Dette gjelder når pasienten er mellom 12 og 16 år og av grunner som bør respekteres ikke ønsker dette (taushetsplikt for helsepersonell). Det kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (f.eks. mishandlings saker) og ulike overbevisningsgrunner. Eksempel på grunn som bør respekteres kan være råd om lettere psykiske problemer pga. mobbing. Dette er et unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år.»

Vi viser òg til helsepersonellova § 22 andre ledd. Det følger av hovudregelen etter § 22 første ledd

første punktum at teieplikta ikkje er til hinder for at opplysningar blir gjort kjende for den som opplysningane direkte gjeld, eller for andre i den grad den som har krav på teiing, samtykker. Det følger vidare av andre ledd at for personar under 16 år gjeld reglane i pasient- og brukarrettslova § 4-4 og 3-4 andre ledd tilsvarande for samtykke etter første ledd. § 22 andre ledd opnar såleis for at pasientar sjølve kan samtykke i den grad dette følger av dei nemnde føresegnene i pasient- og brukarrettslova.

Departementet meiner framleis at det vil vere ein fordel om denne avgrensa samtykkekompetansen går klart fram av lova. Departementet opprettheld derfor forslaget om å innføre ein ny bokstav c som regulerer dette i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd. Departementet viser vidare til at departementet i punkt 3.3.5.1, foreslår å innføre eit nytt snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret i pasient- og brukarrettslova § 3-4 tredje ledd. Også i tilfelle som fell inn under dette unntaket, bør pasienten eller brukaren sjølv kunne ha samtykkekompetanse når pasienten er mellom 12 og 16 år. Departementet opprettheld derfor også forslaget om at dette blir innført i ny bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd.

Departementet er vidare einig med Helsedirektoratet i at alternativet «tiltakets art» bør gå fram av ny bokstav c, slik at det ikkje skal oppstå tvil om at pasientar mellom 12 og 16 år framleis, og i tråd med gjeldande rett, også kan oppnå samtykkekompetanse i andre tilfelle enn det som er omfatta av forslaget til pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre og tredje ledd. Det kan vere situasjonar der barn under 16 år ønsker helsehjelp som foreldre ikkje samtykker til og der den sjølvstendige samtykkeretten til barnet hittil har blitt utleida av «tiltakets art» etter gjeldande § 4-3 første ledd bokstav b. Sjå omtale av dette under punkt 3.4.2. Men sidan alternativet «tiltakets art» etter gjeldande § 4-3 første ledd bokstav b òg kan føre til at retten oppstår etter fylte 16 år, må alternativet «tiltakets art» òg framleis gå fram av § 4-3 første ledd bokstav b.

I tillegg til forslaget om ein ny bokstav c i § 4-3 første ledd, foreslår departementet å oppretthalde forslaget om å føye til ein referanse til § 4-3 første ledd bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-4 første ledd. Departementet foreslår at det skal gå fram av første ledd at hovudregelen om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år, ikkje gjeld for pasientar mellom 12 og 16 år når dei har sjølvstendig samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c.



Forslaga til endringar i pasient- og brukarrettslova §§ 4-3 første ledd, 4-4 første ledd og 3-4 fører til at det òg blir foreslått ei endring i helsepersonellova § 22 andre ledd. I lys av forslaga til endringar i pasient- og brukarrettslova foreslår departementet å fjerne dagens referanse til pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd i helsepersonellova § 22 andre ledd. § 22 vil då berre vise til pasient- og brukarrettslova § 4-4. Pasient- og brukarrettslova § 4-4 vil likevel vise vidare til § 4-3 ny bokstav c, som regulerer den avgrensa samtykkekompetansen for barn mellom 12 og 16 år.

#### 3.4.5.2 *Høve til å ta avgrensa avgjersler om helsehjelp for barn under 12 år*

Når det gjeld spørsmålet om avgrensa samtykkekompetanse for pasientar og brukarar under 12 år, har departementet gjort ei ny vurdering i lys av høyringsfråsegnene. Departementet meiner framleis at det er hensiktsmessig og ønskeleg å vidareføre dagens system med at barn sin avgrensa samtykkekompetanse tar utgangspunkt i alder.

I situasjonar der foreldra eller andre som har foreldreansvaret ikkje skal informerast etter forslaget til pasient og brukarrettslova § 3-4 nytt tredje ledd, og der pasienten eller brukaren er under 12 år, kan det dreie seg om alvorleg informasjon av ein karakter som gjer at det ligg føre opplysningsplikt overfor barnevernet. I desse tilfella vil barnevernet kunne komme inn og vurdere behovet for å sikre barnet sine interesser. Departementet er likevel einig med høyringsinstansane i at det vil kunne oppstå situasjonar der det ikkje er aktuelt å involvere barnevernet, men der det er behov for framleis å kunne samtale med og yte hjelp til barnet for å avklare situasjonen eller hjelpe barnet med å handtere situasjonen. Ei helsesøster kan for eksempel ha behov for å kunne halde fram med å samtale med barnet i ein periode for å få stadfesta eller avkrefta ein mistanke. Alternativt kan vidare samtalar avhjelpe problemet eller bidra til at barnet blir trygg på at problemet kan og bør takast opp med foreldra.

Dersom det ikkje blir ytt helsehjelp, blir ikkje spørsmålet om samtykke aktuelt. Men helsehjelp er definert breitt. Det følger av helsepersonellova § 3 tredje ledd kva som er meint med helsehjelp: «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell». Det kan derfor ikkje utlukkast at det kan oppstå situasjonar der det vil vere behov for å yte hjelp som etter definisjonen vil vere helsehjelp.

Departementet meiner likevel framleis at det ikkje er ønskeleg å opne opp for sjølvstendig samtykkekompetanse for barn under 12 år. Departementet ønskjer å styrke barnet sin rett til å medverke når det blir ytt helsehjelp, og til å bli høyrert før det blir samtykka til helsehjelp på vegner av barnet. Her skal evna til å danne seg eigne synspunkt samt alder og modenskap vere utgangspunktet for vektlegginga av barnet sitt eige syn. Det å gi barn sjølvstendig rett til å samtykke til helsehjelp er noko anna enn å medverke. Det kan vere komplisert å få full innsikt i korleis ein skal vege dei ulike omsyna opp mot kvarandre, og sjå konsekvensane av samtykket fullt ut. Med ein rett til å samtykke kjem òg eit ansvar. Ut frå omsynet til kva som er best for barnet, bør dette ansvaret slik departementet ser det, ikkje leggest over på barn under 12 år.

Departementet har komme fram til at det i staden bør fremmast eit forslag om at den som yter helsehjelp til barnet, i desse særlege tilfella der det ikkje kan innhentast samtykke frå andre, kan ta avgjersler om helsehjelp. Dette bør avgrensast til helsehjelp som ut frå situasjonen er strengt nødvendig, og som ikkje er av inngripande karakter med omsyn til omfang og varigheit, i ein avgrensa periode fram til det er mogleg å innhente samtykke.

Vi viser i denne samanhengen til det høvet personell som yter helsehjelp i dag har overfor pasientar over 18 år som ikkje har samtykkekompetanse. Høvet følger av pasient- og brukarrettslova § 4-6 første ledd, som lyder slik:

«Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelser om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.»

Departementet foreslår at høvet personell skal få til å ta avgjersler om helsehjelp overfor barn under 12 år, skal vere meir avgrensa enn høvet til å ta avgjersler om helsehjelp for pasientar over 18 år etter § 4-6 første ledd. For barn under 12 år blir det i tillegg foreslått som vilkår at helsehjelpa må vere strengt nødvendig ut frå situasjonen. Høvet til å ta avgjersler skal vidare berre gjelde for ein avgrensa periode fram til det kan innhentast samtykke frå foreldre eller andre som har foreldreansvaret.

Når det gjeld barn under 12 år, meiner departementet at det er viktig å sikre at situasjonen så snart som mogleg blir endra, slik at dei som har omsorga for barnet, kan samtykke til helsehjelpa barnet treng. Når barn er så unge, vil det å vere involvert i og ta ansvar for helsa til barnet vere ein viktig del av omsorgsfunksjonen.

Bak avgjersla om ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal det ligge ei vurdering av kva som er det beste for barnet, jf. punkt 3.3.5.1. Denne vurderinga må òg leggast til grunn for vurderinga av om denne strengt nødvendige og avgrensa helsehjelpa skal ytast.

Departementet legg elles til grunn at dette høvet når det gjeld barn under 12 år ikkje opnar verken for å kunne gjere operative inngrep eller medisinerings. Det vil først og fremst opne for at personell kan halde fram med å samtale med barnet for å prøve og avklare situasjonen nærmare, få stadfesta eller avkrefta ein mistanke eller hjelpe barnet med å handtere situasjonen. Det å hjelpe barnet med å handtere situasjonen vil kunne omfatte det å bidra til at barnet blir trygg på at problemet kan og bør takast opp med foreldra, jf. punkt 3.3.5.1.

Departementet foreslår at dette høvet til å ta avgjersle om helsehjelp skal gå fram av nytt sjetste ledd i pasient- og brukarrettslova § 4-3.

### 3.5 Barn sin rett til å bli høyrde ved samtykke på vegner av barn

#### 3.5.1 Innleiing

Det har frå fleire hald blitt teke til orde for å vurdere den gjeldande 12-årsgrensa i pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd, om retten barn har til å bli høyrde i helsespørsmål. Spørsmålet er blant anna om aldersgrensa bør endrast frå 12 til 7 år eller fjernast.

På oppdrag for Barne- og likestillingsdepartementet skreiv professor dr. juris Karl Harald Søvig ved Universitetet i Bergen i 2009 utgreiinga «Barnets rettigheter på barnets premisser – utfordringer i møtet mellom FN's barnekonvensjon og norsk rett.»

I utgreiinga drøftar Søvig retten barn har til å uttale seg samt ulike aldersgrenser. Søvig meinte at den dåverande pasientrettslova § 4-4 tredje ledd (som svare til gjeldande pasient- og brukarrettslov § 4-4 fjerde ledd) må tolkast i lys av endringane i barnelova § 31, der det no heiter at barn normalt skal høyrast frå 7-årsalderen. Han var likevel uroa for at reglane i pasientrettslova blei praktisert i samsvar med ordlyden, og trekte som eksempel fram rundskrivet frå Sosial- og helsedirektoratet som då gjaldt, og som viste til 12 år «som den skjellsettende aldersgrensen», jf. punkt 4.2.3 i utgreiinga, 3. avsnitt avslutningsvis.

I den supplerande rapporten frå Barneombudet til FN sin komité for barns rettar frå 2009 tok Barneombudet opp spørsmålet om retten barnet

har til å bli høyrte i helsespørsmål. Dette går fram av rapporten under kapittel 1:

«Det fremgår av pasientrettighetsloven at alle barn skal få informasjon om egen helse parallelt med sine foreldre. Det er foreldre som i utgangspunktet skal samtykke til helsehjelp for barn som er under 16 år, men barnet skal høres før samtykke gis etter hvert som barnet blir eldre. Det er imidlertid først når barnet blir 12 år at loven er tydelig på at barnet skal få si sin mening i alle spørsmål som angår helse. Barneombudet stiller seg undrende til at kravet til når barnet må høres i helsespørsmål er satt til 12 år, når det i annen lovgivning angis en grense på 7 år.»

Av avsluttande merknader 29. januar 2010, frå FN sin komité for barn sine rettar under FN sin konvensjon om barn sine rettar, står dette under punkt 9:

«Komiteen anbefaler at partene fortsetter arbeidet med å tilpasse norsk lov til konvensjonen, herunder gjennom lovendringer eller nye lover når det gjelder barns rett til å bli hørt i helsespørsmål, vern om barnets rett til privatliv og regelverk for utnevning av verger for barn som er skilt fra sine foreldre.»

I brev til Helse- og omsorgsdepartementet 13. februar 2012 tok Barneombudet spørsmålet opp på nytt. Barneombudet stilte konkret spørsmål ved kvifor det er forskjell på helselovgivinga og barnelova når det gjeld aldersgrenser for når barn skal høyrast, og spurte vidare om korleis departementet ville følge opp retten yngre barn har til å bli høyrde i helsespørsmål.

#### 3.5.2 Gjeldande rett

Pasient- og brukarrettslova § 4-4 regulerer i ei eiga føresegn samtykke til helsehjelp på vegner av barn. Ifølge første ledd er hovudregelen at foreldra eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år. Det følger vidare av fjerde ledd at etter kvart som barnet utviklar seg og blir meir modent, skal foreldra til barnet, andre som har foreldreansvaret eller barnevernstenesta høyre kva barnet har å seie, før dei gir samtykke. Når barnet har fylt 12 år, skal det få seie si mening i alle spørsmål som gjeld eigen helse, og det skal leggast aukande vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap.

§ 4-4 fjerde ledd kom inn i pasient- og brukarrettslova då ho blei vedteken i 1999. Føresegna er ei vidareføring av det som tidlegare følgde av legelova § 32 andre ledd, som hadde denne ordlyden:

«Er vedkommende under 16 år, skal samtykke gis av foreldre eller foresatte. Er vedkommende mellom 12 og 16 år, skal hans mening høres.»

I tillegg er føresegna i § 4-4 fjerde ledd òg utforma relativt parallelt med ordlyden i barnelova slik ho lydde i 1999, særleg § 31 om barnet sin rett til å vere med på avgjersler og § 33 om barnet sin sjølvråderett. Men etter dette har barnelova § 31 blitt endra to gonger. Sjå omtalen av dette under punkt 3.1.

Etter gjeldande § 4-4 fjerde ledd første punktum skal foreldra til barnet, andre som har foreldreansvaret eller barnevernet høyre kva barnet har å seie før dei gir samtykke, etter kvart som barnet utviklar seg og blir meir modent. Det er ikkje stilt opp noka 12-årsgrense for dette. Samtidig har § 4-4 fjerde ledd andre punktum denne ordlyden: «Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse.»

Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 «Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer» omtaler pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd. Her blir det gjort greie for korleis føresegna skal forståast og praktiserast i lys av andre sentrale føresegner. Av omtalen går blant anna dette fram:

«Det fremgår av bestemmelsen at når barnet er 12 år skal barnet få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Selv om det ikke er særlig krav om at barn under 12 år høres må det likevel legges til grunn at også yngre barn skal høres, jf. første setning i fjerde ledd i bestemmelsen. Det er i samsvar med barnekonvensjonen artikkel 12 (1), som slår fast at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har rett til fritt å gi uttrykk for disse i alle forhold som vedrører barnet, og at barnets syn skal tillegges «behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet». Det er også i tråd med barneloven §§ 31 og 33 om barns rett til å bli hørt og delta i avgjørelser om personlige forhold for barnet.

Barns rett til å bli hørt er også tatt inn i den nye grunnlovsbestemmelsen om barns rettigheter i § 104 hvor det fremgår at «Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.»

Barnets rett til å bli hørt er nært knyttet til retten til medbestemmelse, som innebærer at barnets syn på saken gradvis skal ha større betydning etter hvert som barnet utvikles og modnes. Lovens ordlyd er at det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Høring av barn er en forutsetning for at barnet gis reell innflytelse.»

### 3.5.3 Forslag i høyringsnotatet

Departementet vurderte spørsmålet om endring i pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd blant anna i lys av barnekonvensjonen artikkel 12, Grunnlova § 104 og barnelova § 31.

Departementet foreslo eit nytt § 4-4 femte ledd om at barnet skal få informasjon og bli hørt frå det er i stand til å danne seg egne synspunkt på det samtykket dreier seg om, og få sjansen til å seie si meining før spørsmålet om samtykke blir avgjort. Det blei foreslått at dette skal gjelde seinast frå barnet fyller 7 år. Vidare blei det foreslått at det skal leggest vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap, og at det frå fylte 12 år skal leggest stor vekt på kva barnet meiner.

### 3.5.4 Høyringsinstansane sitt syn

Departementet sitt forslag har fått støtte frå dei fleste av dei som har uttalt seg om det.

*Helsedirektoratet* støttar forslaget og peiker på at det no blir heilt tydeleg at også barn under 12 år skal høyrast før det blir gitt samtykke til helsehjelp, og alltid frå dei har fylt 7 år.

*Statens helsetilsyn* seier dette:

«§ 4-4 regulerer rett til å samtykke på vegne av barn. Departementet gir også her en adgang til å gi barn under sju år adgang til å si sin mening til foreldre/andre med foreldreansvar/ barneverntjenesten, før spørsmål om å samtykke til helsehjelp avgjøres. Dette harmonerer etter vår vurdering med de øvrige bestemmelsene, også innen barnevern (jf. ny bestemmelse om barnets rett til medvirkning).»

*Barneombudet* viser til at ombudet fleire gonger har bede departementet om å vurdere aldersgrensa for barn sin rett til å bli høyrde i helse-spørsmål, og at FN sin barnekomité gav ein avsluttande merknad om dette i 2010. Barneombudet uttaler vidare dette:

«Barneombodet er derfor glade for at departementet nå ynskjer å endre på denne aldersgrensa.

Barneombodet støtter forslaget om eit nytt § 4-4 femte ledd i pasient- og brukarrettslova om at barnet skal få informasjon og bli høyrd frå det er i stand til å danne seg egne synspunkt på det samtykket dreier seg om, og få sjansen til å seie sin mening før spørsmålet om samtykke blir avgjort. Vi støtter forslaget om at dette gjeld seinast frå barnet er 7 år. Vi støtter og at det går fram av lova at det skal legges vekt på kva barnet meiner etter kor gammalt og modent barnet er, og at det skal leggest stor vekt på kva barnet meiner frå det er 12 år.»

*Kreftforeningen* støttar òg at barn skal ha rett til å uttale seg seinast frå sjuårsalderen i tråd med barnelova, og seier dette:

«Vi synes det er viktig at barn skal bli hørt fra de er i stand til å danne seg egne synspunkter. Kreftforeningen synes det er bra at det settes en spesifikk aldersgrense fordi erfaring tilsier at ved å overlate til voksne å vurdere når barn kan få medbestemmelse ofte fører til at voksne vurderer en mye høyere alder enn 7 år. Dette vil derfor sikre barnet mulighet for informasjon og medbestemmelse allerede i ung alder.»

*Forskergruppe for barnerett ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Tromsø* meiner at gjeldande § 4-4 i pasient- og brukarrettslova, der det er vist til ei 12-årsgrense, etter ordlyden er i strid med Grunnlova § 104 første ledd andre punktum og barnekonvensjonen artikkel 12 nr. 1. Forskargruppa meiner derfor at det er nødvendig å endre ordlyden. Men forskargruppa uttaler vidare:

«Imidlertid er vi skeptiske til at det i utkastet til ny bestemmelse blir vist til henholdsvis en sju- og en 12 årsgrense. Ved at det vises til aldersgrenser kan disse bli oppfattet å være retningsgivende i større grad enn hva som er lovgivers intensjon. Dermed er det fare for at henvisningene til aldersgrensene påvirker barns rettigheter. Vi viser her til departementets egen formulering i høringsutkastet side 8: «Samtidig som barnekonvensjonen artikkel 12 blei inkorporert i norsk rett, blei aldersgrensa for retten barn skal ha til å uttale seg, seinka frå 12 til sju år ...» (Vår understreking.)

Verken Grunnloven § 104 første ledd andre punktum eller Barnekonvensjonen artikkel 12

angir en nedre aldersgrense for barnets rett til å bli hørt. Det avgjørende er en konkret vurdering av barnets alder og modenhet. Ved å innta henvisninger til barnets alder kan det bidra til at barnet må «bevise» sin modenhet for å få ta del i denne grunnleggende menneskerettigheten. Selv om det ikke er lovgivers intensjon, mener vi at lovgiver må være oppmerksom på at de som skal anvende loven kan oppfatte ordlyden slik. At barneloven § 31 er utformet på tilsvarende vis som den foreslåtte nye § 4-4 femte ledd, er etter forskergruppens syn ikke et tungtveiende argument. Departementet har flere steder i høringsutkastet vist til samfunnsutviklingen med et endret syn på barn som selvstendige individ, noe de åpenbart er, og den rettslige utviklingen som har funnet sted. Etter vår oppfatning har departementet tatt hensyn til dette ved utformingen av ordlyden i ny § 3-1 første ledd og § 3-4, men altså ikke ved § 4-4 femte ledd. Vi viser også til NOU 2016: 16 «Ny barnevernslov» der barnevernsutvalget har foreslått å ta bort henvisninger til aldersgrenser når det gjelder barnets rett til å bli hørt.»

*Redd Barna* uttaler at dei er svært positive til at departementet vil endre § 4-4, slik at denne samsvarer betre med barnekonvensjonen artikkel 12 og Grunnlova § 104. Redd Barna uttaler likevel vidare:

«Redd Barna vil vise til at FN's barnekomitée fraråder innføring av aldersgrenser, da disse kan virke som hinder mot at yngre barn blir hørt. Vi viser også til punkt 6.2.4.1 i Prop. 85 L (2012–2013) Endringer i barnelova (barneperspektivet i foreldretvister) kapittel 6, som ble utarbeidet i forbindelse med de siste endringene i barneloven § 31, hvor det er referert til forskning som viser at de yngste barna ikke i tilstrekkelig grad blir hørt i saker etter barneloven, til tross for forutsetningen i barneloven om at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal høres. På bakgrunn av dette er Redd Barna kritiske til at det også i ny § 4-4 femte ledd om barnets rett til informasjon og bli hørt, innføres tilsvarende aldersgrense på senest fra barnet fyller 7 år, for å uttrykke meningene sine, og 12 år, for når det skal legges stor vekt på hva barnet mener. Redd Barna anbefaler departementet å avstå fra slike aldersgrenser, men heller henviser til en konkret vurdering av barnets alder og modenhet, når barnets synspunkter skal vektlegges. Dette

vil i større grad styrke retten til å bli hørt for alle barn i spørsmål som i aller høyeste grad angår dem selv, egen helse.»

### 3.5.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Utviklinga har dei seinare åra gått i retning av at barn i større grad blir rekna som sjølvstendige individ og i aukande grad får rett til medverknad og medråderett i saker som gjeld dei. Departementet har ingen grunn til å tru at denne utviklinga ikkje òg har innverka på i kva grad barn i dag blir høyrde i spørsmål som gjeld deira eiga helse. Departementet ser likevel at det er ein fare for at formuleringa i pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd andre punktum kan bli lest isolert og ikkje sett inn i ein større samanheng. Dette kan føre til at barn i enkelte tilfelle ikkje blir trekte inn før dei fyller 12 år.

I lys av dette, og med utgangspunkt i barnekonvensjonen artikkel 12, Grunnlova § 104 og barnelova §§ 31 og 33, meiner departementet at ordlyden i § 4-4 fjerde ledd bør endrast slik at han samsvarer betre med desse rettslege grunnlaga. Det er så langt departementet kan sjå ingen av høyringsinstansane som har uttalt seg om spørsmålet som ikkje støttar dette.

Når det gjeld spørsmålet om vi bør regulere barn generelt eller sette 7 år som retningsgivande alder, i tråd med barnelova § 31 andre ledd, har departementet sett på synspunkta til høyringsinstansane og gjort ei ny vurdering der dei motstridande omsyna er vegne mot kvarandre.

I samband med den siste endringa av barnelova § 31 drøfta det dåverande Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet spørsmålet om 7-årsgrensa burde fjernast, jf. Prop. 85 L (2012–2013) Endringer i barnelova (barneperspektivet i foreldretvisten) kapittel 6. Det blei under punkt 6.2.4.1 referert til forskning som viser at dei yngste barna ikkje i tilstrekkeleg grad blir høyrde i saker etter barnelova, til tross for føresetnaden i barnelova om at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, skal høyrast, jf. § 31 andre ledd, jf. første ledd. Det blei vidare vist til at spørsmålet om barn si deltaking er spesielt knytt opp mot barnekonvensjonen artikkel 12. Det blei så sitert frå dei generelle kommentarane frå FN sin barnekomité til artikkel 12, der komiteen blant anna uttalte dette om aldersgrenser:

«Partene skal garantere ethvert barn som er «i stand til å danne seg egne synspunkter», retten til å bli hørt. Denne formuleringen skal ikke

ses på som en begrensning, men heller som en forpliktelse for partene til å vurdere barnets evne til å danne seg en selvstendig oppfatning, i den grad det er mulig. Dette betyr at partene ikke bare kan anta at et barn ikke er i stand til å gi uttrykk for egne oppfatninger. Tvert imot skal partene gå ut fra at barnet har evne til å danne seg egne synspunkter, og erkjenne at hun eller han har rett til å gi uttrykk for disse synspunktene. Det skal ikke være opp til barnet å først bevise at det har denne evnen.»

Dette går fram til slutt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet si drøfting:

«I de generelle merknadene fra FNs barnekomité til artikkel 12 fraråder komiteen å innføre aldersgrenser som kan begrense barnets rett til å bli hørt. Etter departementets syn sikrer den foreslåtte tilføyelsen i bestemmelsen at barns uttalerett er i overensstemmelse med barnekonvensjonen. Departementet ønsker imidlertid ikke å fjerne syvårsgrensen, da denne har vist seg å være effektiv for å styrke barns rett til å bli hørt fra syvårsalder.»

Departementet har etter ei ny vurdering ikkje endra syn på dette spørsmålet. Departementet vurderer det slik at det er omsyn som taler både for og mot å innføre ei retningsgivande 7-årsgrense. På den eine sida kan ei retningsgivande 7-årsgrense verke som eit hinder for at yngre barn blir høyrde. På den andre sida bidreg ho til å sikre at barn i alle fall blir høyrde frå og med denne alderen. Departementet ser det slik at den gjeldande § 31 i barnelova andre ledd prøver å sikre det sistnemnde og samtidig motverke det førstnemnde ved å knyte 7-årsgrensa direkte opp mot det forholdet at det same òg gjeld yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt.

Departementet har komme fram til at det er hensiktsmessig å knyte ny ordlyd i § 4-4 fjerde ledd nærmast mogleg opp mot den gjeldande § 31 i barnelova. I tråd med konklusjonen i Prop. 85 L (2012–2013) Endringer i barnelova (barneperspektivet i foreldretvisten) foreslår departementet derfor tilsvarende 7-årsgrense i ny § 4-4 femte ledd i pasient- og brukarrettslova. I tillegg foreslår departementet òg ei tilsvarende 12-årsgrense som den i barnelova § 31 andre ledd for når det skal leggest stor vekt på kva barnet meiner.

Departementet foreslår ut frå dette å oppretthalde forslaget om nytt § 4-4 femte ledd i pasient- og brukarrettslova. Foreldra, andre som har forel-

dreansvaret eller barnevernstenesta skal gje barnet informasjon og høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke blir avgjort, frå barnet er i stand til å danne seg egne synspunkt på det samtykket dreier seg om. Dette skal gjelde seinast frå barnet fyller 7 år. Det skal vidare leggst vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap, og frå fylte 12 år skal det leggst stor vekt på kva barnet meiner. Etter departementet sitt syn inneber dette forslaget ei god tilpassing til barnekonvensjonen artikkel 12, samtidig som det er knytt opp mot Grunnlova § 104 og stemmer godt overeins med barnelova § 31.

Departementet vil vidare gjere merksam på at departementet også foreslår ei reint språkleg endring i pasient- og brukarrettslova §§ 1-3 bokstav b, 3-4 og 4-4, ved at «foreldrene eller andre med foreldreansvaret» blir endra til «foreldre eller andre som har foreldreansvaret».

### 3.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

Lovforslaga under kapittel 3 omfattar dette:

- Retten barn har til å få informasjon og bli høyrde skal gå direkte fram av pasient- og brukarrettslova.
- Det skal innførast ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, også når pasienten eller brukaren er under 12 år.
- Det skal gå fram av pasient- og brukarrettslova at barn under 16 år i spesielle avgrensa tilfelle har sjølvstendig samtykkekompetanse.
- Det skal innførast ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til at den som yter helsehjelp, i eit særleg tilfelle kan ta avgjersle om strengt nødvendig og avgrensa helsehjelp for barn under 12 år.

- Det skal gå fram av pasient- og brukarrettslova at foreldra, andre som har foreldreansvaret eller barnevernstenesta skal gje barnet informasjon og høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke blir avgjort, frå barnet er i stand til å danne seg egne synspunkt på det samtykket dreier seg om. Dette skal gjelde seinast frå barnet fyller 7 år. Det skal vidare leggst vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap, og frå fylte 12 år skal det leggst stor vekt på kva barnet meiner.

Med unntak av forslaget om å innføre ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til ikkje å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, også når pasienten eller brukaren er under 12 år, og forslaget om å innføre ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til at den som yter helsehjelp, i særlege tilfelle kan ta avgjersle om strengt nødvendig og avgrensa helsehjelp for barn under 12 år, er forslaga først og fremst ei klargjering av kva som gjeld for barn sin rett til medverknad og medråderett når dei tek imot helse- og omsorgstenester. Forslaga kan bidra til at barnet og barneperspektivet blir betre teke vare på når barn tek imot helse- og omsorgstenester.

Det er fleire høyringsinstansar som gir uttrykk for at forslaga under kapittel 3 bør følgast opp med informasjons- og rettleiingsmateriell for å sikre god praktisering. Dersom lovendingane blir vedtekne, vil Helsedirektoratet oppdatere rundskriva sine til pasient- og brukarrettslova og helsepersonellova og legge ut informasjon på nettsidene sine.

Departementet legg til grunn at forslaga ikkje vil få økonomiske eller administrative konsekvensar i særleg grad.

## 4 Regulering av rettane til både «pasient» og «brukar» i enkelte føresegner i pasient- og brukarrettslova

### 4.1 Innleiing og gjeldande rett

Før helse- og omsorgstenestelova blei vedteken, regulerte kommunehelsetenestelova, pasientrettslova og sosialtenestelova retten den enkelte pasienten eller brukaren hadde til nærmare definerte tenester eller ytingar frå helse- og sosialtenesta i kommunen.

Då helse- og omsorgstenestelova blei vedteken, blei reguleringa av rettar samla i det som då blei heitande pasient- og brukarrettslova. Kva materielle og prosessuelle rettar den enkelte vil ha til konkrete helse- og omsorgstenester, avheng etter dette av om vedkomande er å rekne som høvesvis «pasient» eller «bruker», jf. pasient- og brukarrettslova § 1-3 høvesvis bokstav a og bokstav f.

Fleire av føresegnene i pasient- og brukarrettslova blei endra då lova blei vedteken, slik at rettar som tidlegare berre gjaldt for pasientar, òg skulle gjelde for brukarar som tek imot kommunale helse- og omsorgstenester. Lovteknisk bestod endringane i at omgrepet «bruker» i fleire føresegner blei lagt til i tillegg til omgrepet «pasient». Departementet viste likevel til at fleire av føresegnene i lova var konkret innretta mot og grunngidde ut frå særlege omsyn som gjorde seg gjeldande ved yting av helsehjelp. Det blei derfor konkludert med at fleire føresegner ikkje direkte kunne overførast til situasjonar der brukarar tek imot tenester som tidlegare var omfatta av sosialtenestelova, altså tenester som no er omfatta av helse- og omsorgstenestelova, men som ikkje blir rekna som «helsehjelp», jf. pasient- og brukarrettslova § 1-3 bokstav c.

I tråd med dette blei omgrepet «bruker» blant anna ikkje innført i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd andre punktum og tredje ledd, § 3-3 første og andre ledd og § 3-4.

Departementet har komme fram til at det er behov for å vurdere om «bruker» bør innførast i fleire føresegner i pasient- og brukarrettslova.

### 4.2 Forslag i høyringsnotatet

Departementet foreslo å endre pasient- og brukarrettslova § 3-1 (Pasientens og brukers rett til medvirkning) første ledd, § 3-3 (Informasjon til pasientens nærmeste pårørende) første og andre ledd og § 3-4 (Informasjon når pasienten er mindreårig), slik at desse blir utvida til også å gjelde overfor personar som blir rekna for «bruker» etter lova.

Slik departementet såg det, vil forslaget ikkje gi behov for nemneverdige endringar i forhold til gjeldande praksis. Departementet la til grunn at helse- og omsorgstenesta allereie i dag langt på veg sørger for at også brukarar får rett til medverknad og får informasjon ved yting av helse- og omsorgstenester.

Forslaget til endring i § 3-3 første og andre ledd førte til at departementet også foreslo endring i § 1-3 (Definisjoner) bokstav b. Bokstav b definerer i dag pasienten sin pårørende. Departementet foreslo endringar som gjer at bokstav b vil definere både pasienten og brukaren sin pårørende.

### 4.3 Høyringsinstansane sitt syn

*Helsedirektoratet* har uttalt seg særskilt om forslaget, og seier dette:

«Enkelte bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder bare for pasienter. Helsedirektoratet støtter forslaget som innebærer at flere bestemmelser også skal gjelde for brukere. Det er positivt at regelverket blir harmonisert slik at pasienter og brukere får de samme rettigheter.

Helsedirektoratet støtter også forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b som innebærer at også brukers nærmeste pårørende blir definert.»

#### 4.4 Departementet sine vurderingar og forslag

---

Departementet legg til grunn at helse- og omsorgstenesta allereie i dag langt på veg sørgjer for at også brukarar får rett til medverknad og får informasjon ved yting av helse- og omsorgstenester. I samband med dette viser departementet blant anna til at det følger av helse- og omsorgstenestelova § 2-1 at helsepersonellova skal gjelde for alt personell som yt tenester som er omfatta av helse- og omsorgstenestelova. Det er teke inn fleire føresegner i helsepersonellova som indirekte eller direkte kjem til å innebere at både pasientar og brukarar må få rett til å medverke og få informasjon ved yting av helse- og omsorgstenester. Departementet viser her blant anna til kravet om forsvarlegheit etter helsepersonellova § 4. I mange tilfelle vil det vere nødvendig med tilstrekkeleg medverknad og informasjon for å kunne yte forsvarlege tenester. Departementet viser òg til helsepersonellova § 10, § 10 a og § 41, som alle har rett til medverknad og informasjon som ein føresetnad eller eit grunnlag. Departementet viser vidare til at lov 10. februar 1967 om behandlingssmåten i forvaltningssaker (heretter forvaltningslova) for ein stor del vil gjelde når ein skal tildele helse- og omsorgstenester som ikkje blir rekna som «helsehjelp», jf. pasient- og brukarrettslova § 2-7 og helse- og omsorgstenestelova § 2-2. Forvaltningslova si regulering av plikta til rettleiing i § 11, førehandsvarsling i § 16 og utgreiing og informasjon i § 17, samt retten parten har til å få innsyn i dokument i § 18 med fleire, vil langt på veg sikre dei same omsyna som føresegnene i pasient- og brukarrettslova om medverknad og informasjon.

Når det gjeld pasient- og brukarrettslova § 3-2 om retten pasienten og brukaren har til informasjon, blei det i samband med helse- og omsorgstenestelova teke inn ei generell regulering av rettane brukaren har, i form av eit nytt sjuande ledd, samtidig som omgrepet «bruker» blei teke inn i fjerde og femte ledd av føresegna. Omgrepet «bruker» blei derimot ikkje teke inn i første, andre, tredje og sjette ledd av føresegna, og desse delane av føresegna gjeld dermed berre for «pasient».

I likskap med dei vurderingane som blei gjort i samband med helse- og omsorgstenestelova, meiner departementet at pasient- og brukarrettslova § 3-2 første, andre, tredje og sjette ledd framleis berre bør gjelde for «pasient». Desse føresegnene er konkret retta inn mot og grunngidde ut frå særlege omsyn som gjer seg gjeldande når helse- og omsorgstenesta yt helsehjelp til pasientar, og kan ikkje direkte overførast til situasjonar der brukarar tek imot tenester som ikkje blir rekna som helsehjelp. Som nemnt er det derimot teke inn ei generell regulering av retten brukaren har til å få informasjon i pasient- og brukarrettslova § 3-2 sjuande ledd. Departementet reknar med at denne føresegna på ein god nok måte vil sikre retten brukarane har til å få informasjon. Departementet viser òg til det som er uttalt over om medverknad og informasjon etter helsepersonellova og forvaltningslova.

Departementet opprettheld på bakgrunn av dette forslaget om å endre pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd, § 3-3 første og andre ledd og § 3-4, slik at desse blir utvida til også å gjelde for personar som blir rekna som «brukar» etter lova.

Forslaget til endring i § 3-3 første og andre ledd (som etter ei endring vil gjelde informasjon til pasienten eller brukaren sin nærmaste pårørande) fører til at departementet også foreslår endring i § 1-3 (Definisjoner) bokstav b. Bokstav b definerer i dag pasienten sin pårørande. Departementet foreslår endringar som gjer at bokstav b vil definere både pasienten og brukaren sin pårørande.

I samband med endringane som er nemnde ovanfor foreslår departementet også ei reint språkleg endring i fleire av føresegnene, ved at «pasient og bruker» blir endra til «pasient eller bruker».

#### 4.5 Økonomiske og administrative konsekvensar

---

Endringane kjem slik departementet ser det, ikkje til å gi behov for nemneverdige endringar i forhold til gjeldande praksis og vil ikkje få økonomiske eller administrative konsekvensar.



## 5 Samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet

### 5.1 Innleiing

Eit spørsmål som tidlegare oppstod frå tid til annan, var om begge eller berre éin av foreldra eller andre som har foreldreansvaret måtte samtykke til den enkelte vaksinasjonen som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet.

I ei tolkingsfråsegn frå 2015<sup>1</sup> konkluderte Helse og omsorgsdepartementet med at vaksinasjonar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, er helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, jf. pasient- og brukarrettslova § 4-4 andre ledd bokstav a. Ut frå dette har departementet lagt til grunn at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til slike vaksinasjonar.

Spørsmålet er om dette bør gå fram direkte av pasient- og brukarrettslova § 4-4 om samtykke på vegner av barn.

#### 5.1.1 Om barnevaksinasjonsprogrammet

Barnevaksinasjonsprogrammet blir tilbydd til alle barn i førskule- og grunnskulealder og blir gjennomført i helsestasjons- og skulehelsetenesta, jf. forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skulehelsetjenesten § 2-3. Barnevaksinasjonsprogrammet er regulert gjennom forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

Formålet med vaksinasjonsprogrammet er å verne barn og unge mot alvorlege smittsame sjukdomar, som kan ha store konsekvensar, og som i verste fall kan vere dødelege. Hensikta med vaksinasjonen er å oppnå immunitet utan å måtte gjennomgå sjukdomen.

Barnevaksinasjonsprogrammet tilbyr no vaksinar mot tolv forskjellige sjukdomar: difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, infeksjon med

Haemophilus influenzae type b (Hib), pneumokokksjukdom, meslingar, kuma, raude hundar, humant papillomavirus (HPV), rotavirusjukdom og hepatitt B. I tillegg blir barn i risikogrupper tilbydde vaksine mot tuberkulose. Vaksinane som blir brukte i barnevaksinasjonsprogrammet, gir godt vern for kvar enkelt som er vaksinert. Det individuelle vernet etter fullført vaksinasjon varierer frå ca. 85 % for kikhostevaksine til nærmare 100 % for difteri-, tetanus- og poliovaksine.

Det er Statens legemiddelverk som vurderer om ein vaksine er av god kvalitet, er trygg og har effekt, før han blir godkjend for bruk i Noreg. Folkehelseinstituttet gir tilrådingar om kva vaksinar som bør inngå i barnevaksinasjonsprogrammet, og Helse- og omsorgsdepartementet fastset programmet. For å kunne tilby eit fagleg forsvarleg barnevaksinasjonsprogram må alle vaksinane overvakast med tanke på vaksinasjonsdekning, biverknader og vaksineeffekt.

SYSVAK-registeret, som er eit landsomfattande elektronisk vaksinasjonsregister, inneheld ei oversikt over vaksinasjonsstatusen til kvar enkelt og over vaksinasjonsdekninga i landet, jf. forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysningar i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskrifta). Biverknader av vaksinane blir følgde opp i samsvar med SYSVAK-registerforskrifta og forskrift 18. desember 2009 nr. 1839 om legemidler (legemiddelforskrifta) gjennom eit samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk, jf. legemiddelforskrifta. Effekten av vaksinane som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet, blir overvaka ved å stille saman data frå SYSVAK- og MSIS-registeret, jf. forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskrifta).

Vaksinane som er ein del av barnevaksinasjonsprogrammet, blir slik sett både nøye utprøvde for å sørge for at dei er sikre og gode, og nøye overvaka for å sikre at dei har den effekten norske helsestyresmakter tek sikte på. Helsestyresmaktene har også gode rutinar for å gjennom-

<sup>1</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 6. oktober 2015

føre vaksinasjon, som skal sikre at barn får vaksinar under trygge forhold og får god oppfølging.

## 5.2 Gjeldande rett

Kompetansen til å samtykke til helsehjelp til barn under 16 år ligg hos foreldra eller andre som har foreldreansvaret, sjå punkt 3.1.1. Dette følger av pasient- og brukarrettslova § 4-4 første ledd. Hovudregelen er derfor at begge foreldra skal samtykke til helsehjelp til barn under 16 år når dei har del i foreldreansvaret.

Det er likevel tilstrekkeleg at éin av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til helsehjelp når helsehjelpa blir rekna som eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, eller når kvalifisert helsepersonell meiner at helsehjelpa er nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade. Dette følger av pasient- og brukarrettslova § 4-4 andre ledd bokstav a og b.

Avgjersler om helsehjelp som blir rekna som eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, blir ikkje rekna som større avgjersler i barnet sitt liv som begge foreldra må samtykke til når dei har felles foreldreansvar, jf. barnelova § 30 første ledd. Det som blir rekna som helsehjelp som er eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, er for eksempel behandling av øyreverk, halsbetennelse, influensa, skrubbsår og så vidare. Eksempla, som ikkje er uttømmende, følger av forarbeida til pasient- og brukarrettslova § 4-4, Ot.prp. nr. 104 (2008–2009) Om lov om endringar i barnelova mv. (flytting, delt bosted, samvær, vold mv.) kapittel 14. Ifølge Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 «Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer», under omtalen av § 4-4, har eksempla det til felles at dei er alminnelege, daglegdagse, ukompliserte, og at det erfaringsmessig ikkje oppstår ueinighet rundt spørsmålet om det er nødvendig å oppsøke helsetenesta i desse situasjonane.

## 5.3 Forslag i høyringsnotatet

I høyringsnotatet la departementet til grunn at vaksinasjonar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, er helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet. Dermed følger det av pasient- og brukarrettslova § 4-4 andre ledd bokstav a at det er tilstrekkelig at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til slike vaksinasjonar. Departementet foreslo at dette skulle gå

fram direkte av pasient og brukarrettslova § 4-4 andre ledd.

Etter gjeldande rett kan ein forelder samtykke til helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga, uavhengig av om vedkommande har foreldreansvar. Departementet foreslo eit skilje mellom samtykke til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet og anna helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga. Det blei foreslått at berre foreldra som har foreldreansvar skal kunne samtykke til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet.

Vidare foreslo departementet ei teknisk endring som bestod i å regulere helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, og helsehjelp som kvalifisert helsepersonell meiner er nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade, i kvart sitt ledd i føresegna. Det blei derfor foreslått å regulere helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet i § 4-4 andre ledd. Helsehjelp som kvalifisert helsepersonell ser på som nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade, blei foreslått regulert i § 4-4 nytt tredje ledd. Det blei ikkje foreslått nokon materielle endringar i nytt tredje ledd.

## 5.4 Høyringsinstansane sitt syn

Alle høyringsinstansane som har uttalt seg om forslaget, er positive til at det skal gå fram direkte av § 4-4 andre ledd at det er tilstrekkeleg at éin av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker når barn skal vaksinerast med ein vaksine som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet.

*Norsk Sykepleierforbund* skriv at den foreslåtte tydeleggjinga av føresegna er i tråd med det helseøstrene ønsker. Slik dei ser det, er dette ei viktig presisering som gir helsesøster klare rammer i det daglege arbeidet, noko som igjen sikrar ein meir einsarta praksis.

*Folkehelseinstituttet* uttaler seg i same retning:

«FHI anser forslaget som en presisering av det som er gjeldende praksis i det forebyggende helsearbeidet (i den nåværende paragrafen står det ingenting om vaksiner). Tillegget vil gi konkrete svar på spørsmål som har oppstått i forbindelse med vaksinerings av barn og er nyttig for helsepersonell som administrerer vaksineringsen.»

*Barneombudet* støttar forslaget, sidan det vil bidra til å redusere risikoen for at barn ikkje får nødven-

dig vaksine. *Helsedirektoratet* støttar òg det å ta inn i § 4-4 at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til vaksinasjon i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet. Slik *Helsedirektoratet* vurderer det, er det viktig for å sikre at flest mogleg barn og unge får vaksinar i tråd med det tilrådde barnevaksinasjonsprogrammet.

*Den norske legeforening* støttar òg forslaget og departementet si vurdering og seier dette:

«Krav til samtykke fra begge foreldre kan føre til lavere vaksinasjonsprosent på grunn av praktiske problemer med samtykke og/eller høyt konfliktnivå mellom foreldre.»

Legeforeninga etterlyser likevel ein omtale av korleis helsepersonellet skal eller bør handtere kjend/uttalt ueinigheit mellom foreldra. Legeforeninga peiker på at vaksinasjon er eit lite kontroversielt spørsmål i dei fleste familiar, men at det i enkelttilfelle kan vere store motsetningar og sterke meiningar. Informasjon og dialog kan slik Legeforeninga ser det, vere avgjerande for å bevare tilliten til helsevesenet i desse situasjonane.

Legeforeninga har òg innvendingar til måten lovendringa er utforma på. Dei seier blant anna dette:

«Vi vil også påpeke at det tydelige skillet i gjeldende § 4-4 på; a) helsehjelp som regnes som ledd i daglig og ordinær omsorg og b) helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for å ikke ta skade, har blitt vesentlig mindre klart i ny § 4-4. Dette er uheldig, nettopp fordi det kun er for situasjonene i litra b) at det er presisert at begge foreldrene, eller andre med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening før slik helsehjelp skal gis. Dette kan med fordel komme tydeligere frem i ny § 4-4.»

Også *Bergen kommune* har gitt uttrykk for at føresegna ikkje er formulert klart nok.

## 5.5 Departementet sine vurderingar og forslag

I lys av høyringsfråsegnene opprettheld departementet forslaget om at det bør gå fram av pasient- og brukarrettslova § 4-4 at det er tilstrekkeleg at berre éin av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker når barn skal vaksinerast

med ein vaksine som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet.

Forslaget til regulering omfattar ikkje tilfelle der barn skal vaksinerast med vaksinar som ikkje er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet<sup>2</sup>. I desse tilfella bør utgangspunktet etter departementet si vurdering vere at hovudregelen etter pasient- og brukarrettslova § 4-4 første ledd gjeld. Då må begge foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykke til vaksinasjonen. Der som barnet i slike tilfelle skal vaksinerast utan begge sitt samtykke, må kvalifisert helsepersonell meine at vaksinen er nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade.

Dei aller fleste barn og unge i Noreg får dei vaksinane som er tilrådde i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonsdekninga ligg generelt mellom 93 % og 95 % for 2-åringar og 9-åringar og mellom 90 % og 91 % for 16-åringar. Prosentdelen jenter som har fått minst to dosar HPV-vaksine, har auka frå om lag 70 % for årskullet 1997 til om lag 85 % for årskullet 2003.

Behandling av øyreverk, halsbetennelse, influensa og skrubbsår er eksempel frå forarbeida til lova på behandling som blir rekna som helsehjelp som er eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet. I tråd med dette reknar departementet med at dei fleste foreldre ser på vaksinasjon med vaksinar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, som ein del av den daglege og ordinære oppfølginga av oppveksande barn. Dette blir understøtta av det faktumet at dei aller fleste barn i Noreg gjennomgår slik vaksinasjon.

For friske barn er det òg ukomplisert å få vaksinane som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet. Det er svært liten risiko for komplikasjonar av vaksinane. Dei fleste får liten eller ingen reaksjon etter at dei har blitt vaksinerate. Biverknadsrapporten for 2015 frå Statens legemiddelverk viser at dei fleste biverknadene som er melde, er milde og forbigåande, som lokalreaksjonar på injeksjonsstaden, kjensle av å vere uvel og feber.

Barnevaksinasjonsprogrammet har dessutan brei støtte i folket. Samtidig er det òg slik at nokre stiller kritiske spørsmål til om programmet er nødvendig, samt omfanget av det. Og for enkelte er det eit meir kontroversielt spørsmål. Det blir likevel rekna som sjeldan at det oppstår større ueinigheit mellom foreldre rundt spørsmålet om barn skal eller ikkje skal få vaksinar som inngår i

<sup>2</sup> Eksempel på dette er reisevaksinar, TBE-vaksinen mot flåttborne sjukdomar og influensavaksinar.

programmet. I tilfelle der foreldre er usikre på eller imot å gi slike vaksinar, reknar ein med at foreldra vanlegvis innhentar nødvendig informasjon og diskuterer seg fram til ein felles konklusjon på om barnet skal få vaksinane eller ikkje.

Typisk for eksempla på helsehjelp som blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet, er at det er helsehjelp som det er behov for ut frå ein situasjon som plutsleg oppstår. Grunngevinga for å gjere unntak frå samtykke frå begge foreldra er blant anna det praktiske behovet for at barnet får denne helsehjelpa relativt raskt, utan at den eine forelderen først må be om samtykke frå den andre forelderen. Når barn skal vaksinerast med ein vaksine som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, er det ikkje snakk om det same praktiske behovet på bakgrunn av ein situasjon som plutsleg oppstår. I staden finst det eit praktisk behov ut frå andre grunnar. Eit krav om samtykke frå begge foreldra kan føre til uheldige utsetjingar og bortfall av vaksinasjonar fordi den eine forelderen ikkje sørger for å innhente nødvendig samtykke frå den andre forelderen, eller fordi den eine forelderen ikkje klarer å innhente samtykke frå den andre forelderen fordi denne motset seg vaksinasjonen. Eit krav om samtykke frå begge foreldra fører òg til at helsepersonell må bruke tid og ressursar på å sikre at det ligg føre samtykke frå begge foreldra.

Barnevaksinasjonsprogrammet gjer at vi i Noreg i dag har kontroll over mange infeksjonssjukdomar som tidlegare var utbreidde. Eksempel på slike sjukdomar er polio, meslingar og difteri. Dersom vi skal få ein sjukdom under kontroll, må vi ha ei vaksinasjonsdekning i befolkninga på 80–95 %, avhengig av kor smittsam sjukdomen er. Dersom vaksinasjonsdekninga blir for låg, kan sjukdomar vi i dag har kontroll over, komme tilbake. Meslingar blir rekna som den mest alvorlege av «barnesjukdomane». Det er viktig å vere merksam på at i heile verda døyr bortimot 1 million barn av meslingar kvart år. Departementet og Helsedirektoratet vurderer det slik at det derfor er viktig at flest mogleg barn og unge får vaksinar i tråd med det tilrådde barnevaksinasjonsprogrammet. Sjølv om vi i Noreg har ei høg oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet, har WHO for eksempel uttrykt uro over at enkelte fylke i Noreg hadde ein lågare prosentdel barn registrerte med to dosar MMR-vaksine enn det som er målsettinga. Det er derfor slik departementet ser det, eit viktig og sjølvstendig argument for at vaksinasjon som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet skal vurderast på lik linje med helsehjelp som er ein del av den daglege og ordi-

nære omsorga for barnet, at det ikkje skal skapast unødvendige hindringar som gjer at barn ikkje blir vaksinererte.

Ein reknar med at dei fleste foreldre ser på vaksinasjon med vaksinar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet som ein del av den daglege og ordinære oppfølginga av oppveksande barn. Slik vaksinasjon er vanlegvis heilt ukomplisert, og foreldre er for det meste einige i spørsmålet om barna skal få desse vaksinane. Kombinasjonen av desse tre forholda tilseier at vaksinasjon med vaksinar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, bør regulerast likt med anna helsehjelp som blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet.

Med referanse til utgreiinga over opprettheld departementet forslaget om at det skal gå fram av nytt § 4-4 andre ledd at vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet. Dermed følger det direkte av lova at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet.

I dei tilfella ein forelder som har foreldreansvaret åleine kan samtykke til vaksinasjonen, kan det skje at den andre forelderen er imot vaksinasjonen. Forslaget gjer at vaksinasjonen også i slike tilfelle kan gjennomførast. Som Legeforeningen har peikt på i høyringssvaret, er informasjon og dialog avgjerande for at tilliten til helsevesenet skal kunne bevarast også i slike situasjonar. I tilfelle der helsepersonell får kjennskap til at den andre forelderen er skeptisk til eller motset seg vaksinasjonen, meiner departementet derfor at helsepersonellet likevel bør vurdere om det er mogleg og hensiktsmessig å snakke med denne forelderen før ein vaksinerer barnet. Ein av suksessfaktorane ved barnevaksinasjonsprogrammet er nettopp det personlege møtet mellom helsepersonell og foreldre. Der blir det gitt tilpassa informasjon, og foreldra kan stille spørsmål og diskutere eventuelle bekymringar og skepsis. Ein samtale vil i ein slik situasjon kunne bidra til at den forelderen som har motførestillingar mot at barnet blir vaksinerert, får lagt fram innvendingane sine og får diskutert bekymringane knytte til vaksinasjonen. God informasjon om barnevaksinasjonsprogrammet og fordelane ved å følge programmet vil truleg i ein del tilfelle fjerne bekymringar og skepsis. Ein slik samtale med helsepersonell kan òg legge til rette for eit godt eller betre samarbeid mellom foreldra.

Gjeldande § 4-4 andre ledd bokstav a er tolka slik at samtykke til helsehjelp som blir rekna som

del av den daglege og ordinære omsorga for barnet, kan givast av den forelderen som til ei kvar tid er saman med barnet, og uavhengig av om foreldra bur saman eller kvar for seg eller har del i foreldreansvaret eller ikkje. Denne tolkinga inneber at også ein forelder som ikkje har del i foreldreansvaret, kan samtykke åleine. Grunngevinga for tolkinga er blant anna at det, som nemnt over, er behov for slik helsehjelp ut frå ein situasjon som plutselig kan oppstå. Det kan i slike situasjonar vere eit praktisk behov for at også den forelderen som ikkje har del i foreldreansvaret, men som kanskje har samvær med barnet over noko tid, skal kunne samtykke til denne helsehjelpa utan først å måtte innhente samtykke frå forelderen som har foreldreansvar. Departementet opprettheld ut frå dette forslaget om at det skal gå fram direkte av nytt § 4-4 andre ledd at også forelderen som ikkje har del i foreldreansvaret, kan samtykke åleine til helsehjelp som blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet.

Når det gjeld vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet, er det derimot ikkje det same praktiske behovet for at også forelderen som ikkje har del i foreldreansvaret, skal kunne samtykke åleine. Grunnen til dette er at det ikkje er behov for vaksineringsut frå ein situasjon som plutselig kan oppstå. Departementet har ut frå dette konkludert med at det ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet ikkje er nødvendig at også den forelderen som ikkje har del i foreldreansvaret, skal kunne samtykke åleine. Departementet opprettheld derfor forslaget om at det i tillegg skal gå fram direkte av nytt § 4-4 andre ledd at tilgangen til å samtykke åleine for forelderen som ikkje har del i foreldreansvaret, ikkje gjeld ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet. Ved samtykke til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må den som skal samtykke, ha foreldreansvar for barnet.

Departementet opprettheld òg forslaget om at helsehjelp som blir rekna som del av den daglege

og ordinære omsorga for barnet, og helsehjelp som kvalifisert helsepersonell meiner er nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade, skal regulerast i kvart sitt ledd i § 4-4 i staden for som i dag, som alternativ a og b i § 4-4 andre ledd.

*Legeforeningen* meiner at departementet sitt forslag bidreg til å viske ut det eksisterande skillet mellom helsehjelp der det er tilstrekkeleg at ein av foreldra samtykker, og helsehjelp der begge foreldra så langt råd er skal få lagt fram meininga si før det blir gitt helsehjelp. Departementet har vurdert lovforslaget på nytt og kan ikkje sjå at forslaget til ny regulering er eigna til å skape tvil om dette. Departementet foreslår derfor at helsehjelp som blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet, blir regulert i nytt § 4-4 andre ledd, mens helsehjelp som kvalifisert helsepersonell ser på som nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade, blir regulert i nytt § 4-4 tredje ledd. Forslaget inneber ingen materielle endringar når det gjeld reguleringa av helsehjelp som kvalifisert helsepersonell ser på som nødvendig for at barnet ikkje skal ta skade.

## 5.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

---

Departementet foreslår at det skal gå fram av pasient- og brukarrettslova § 4-4 at det er tilstrekkeleg at berre ein av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker når barn skal vaksinerast med ein vaksine som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet. Ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må forelderen ha foreldreansvaret for barnet.

Dette følger langt på veg av ei tolking av den gjeldande lovgivinga, men med forslaget vil det gå fram direkte av lova.

Departementet legg til grunn at forslaget ikkje vil få økonomiske eller administrative konsekvensar i særleg grad.

## 6 Ivaretaking av barn som pårørende til søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken

### 6.1 Innleiing

I 2009 blei det innført nye føresegnar i helsepersonellova og spesialisthelsetenestelova for å sikre at helsepersonell skal bidra til å ta hand om det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn kan ha som følge av at dei er pårørende til foreldre som er pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

Formålet med føresegnene er å sikre at desse barna blir fanga opp tidleg, og at det blir sett i gang prosessar som set barn og foreldre i betre stand til å meistre situasjonen når ein forelder får alvorlege helseproblem. Vidare er formålet å forebygge problem hos barn og foreldre.

Det har blitt hevda at også mindreårige barn som pårørende til søsken med alvorlege helseproblem, og mindreårige barn som er etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, har tilsvarande informasjons- og oppfølgingsbehov. For å styrke den faktiske og rettslege situasjonen til desse barna har fleire instansar bede om at departementet vurderer å også regulere dette i lov.

Departementet blei i brev av 26. mai 2014 frå Sørlandet sykehus HF og BarnsBeste (nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende), i samarbeid med senter for Krisepsykologi, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, RVTS Sør, Kreftforeningen og Seksjon for sorgstøtte ved Ahus, bede om å vurdere å inkludere barn som etterlatne i lovføresegnene som regulerer barn som pårørende. Dette går fram av brevet:

«Departementets satsing på barn som pårørende i perioden 2007–2010 førte til at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke og skadde foreldre fikk styrket sin rettsstilling gjennom endringer i Lov om helsepersonell. Barn som etterlatte faller utenfor definisjonen av barn som pårørende og har dermed *ikke* krav på nødvendig informasjon og oppfølging i henhold til Helsepersonelloven § 10 a.

Kunnskap vi sitter med i dag levner ingen tvil om at disse barna har like stort behov for nødvendig informasjon og oppfølging som barna som inkluderes i lovteksten. Vi ber derfor Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere mulighetene for å styrke etterlatte barns rettsstilling som pårørende.»

Vidare blei departementet i brev av 31. august 2015 frå Kreftforeningen, BarnsBeste og Sørlandet sykehus HF bede om også å inkludere barn som pårørende til søsken. Dette går fram av brevet:

«Kreftforeningen og BarnsBeste er svært glad for lovendringene i Helsepersonelloven §§10a og 25 og lov om spesialisthelsetjenester § 3-7a, som bidro til å styrke barn sin rettsstilling som pårørende når foreldre har psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Lovendringene trådte i kraft 2010, og selv om det ennå ikke fungerer optimalt overalt, ser vi at endringene var nødvendige og at flere barn som pårørende får informasjon og oppfølging enn tidligere.

Lovreguleringen gjelder ikke når barn opplever at søsken blir alvorlig syk eller skadet, noe vi for øvrig har registret ved flere anledninger at helseministeren er opptatt av. Søsken som pårørende har også behov for informasjon og oppfølging og bør omfattes av lovverket. Når barn er alvorlig syk vil selvfølgelig mye av oppmerksomheten rettes mot det syke barnet, både fra foreldre og fra helsepersonell. Det fører til at søsken ofte blir oversett, får lite informasjon og liten mulighet for å dele tanker og følelser om det alvorlige som skjer i liver deres.

For at søsken skal bli tatt på alvor som pårørende mener vi at helsepersonell som behandler alvorlig syke barn også må få en plikt til å bidra til at søsken får informasjon og nødvendig oppfølging. Avdelinger som behandler alvorlig syke barn og ungdom må organisere

seg med ansvarlig personell for å koordinere søskenarbeid, «søskenansvarlig personell».

Vi tillater oss derfor å anmode statsråden om å fremme lovforslag i Helsepersonelloven § 10a og § 25, og lov om spesialisthjelpetjeneste § 3-7 a slik at søsken også blir omfattet av det samme lovverket. Det bør kunne gjøres ved å endre ordlyden i allerede eksisterende lovendringer eller ved tilføyelser.»

Helselovgivinga regulerer i dag ikkje særskilt helsepersonell si ivaretaking av mindreårige barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem eller som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr. Spørsmålet er om lovgivinga i tillegg bør regulere dette. Det vil innebære at helsepersonell skal bidra til å identifisere og ta hand om det informasjons- og oppfølgingsbehovet også mindreårige barn kan ha som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem, og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr.

## 6.2 Gjeldande rett og praksis

### 6.2.1 Regulering i helselovgivinga

Ved lov av 19. juni 2009 nr 70 om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande) blei det innført ein ny § 10 a i helsepersonellova. Føresegna regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ta hand om mindreårige barn som pårørande. Føresegna pålegg helsepersonell ei plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn kan ha som følge av at dei er pårørande til foreldre som er pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

For å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørande, blei det òg innført ei ny føresegn i helsepersonellova § 25 tredje ledd. Føresegna opnar for at opplysningar som er underlagde teieplikt, kan givast til samarbeidande personell når dette er nødvendig for å ta hand om behova til pasienten sine barn, med mindre pasienten motset seg dette.

For å styrke stillinga til desse barna ytterlegare blei det òg innført ei ny føresegn i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a. Føresegna pålegg helsetenestusjonar i spesialisthelsetenesta å ha tilstrekkeleg barneansvarleg personell. Barneansvarlege skal ha nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde personar.

I Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-5/2010 «Barn som pårørande» blir det gitt ein utfyllande omtale av lovføresegnene. Rundskrivet gir informasjon og rettleiing til helsepersonell som har ansvar etter føresegnene.

Helsedirektoratet sin «Veileder om pårørande i helse- og omsorgstjenesten»<sup>1</sup> kjem i tillegg til rundskrivet. Rettleiaren, som er eit tiltak innanfor «Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørandepolitikk», er òg eit tiltak for å styrke barn som pårørande. Rettleiaren omfattar alle pårørandegrupper og inneheld òg tilrådingar til helsepersonell om ivaretaking av mindreårige barn som pårørande søsken og som etterlatne.

### 6.2.2 Praktisering – resultat frå ein multisenterstudie

Det er utført ein multisenterstudie med mål om å gi ny kunnskap om situasjonen for barn som pårørande til foreldre som er pasientar i spesialisthelsetenesta. Samarbeidspartnarane i studien er Aker universitetssykehus HF, Nordlandssykehuset HF, Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør og BarnsBeste.

Som eit resultat av studien blei det i 2015 oppretta ein rapport, «Barn som pårørande – Resultater fra en multisenterstudie». Der blir det under punkt 1.1 rapportert om desse hovudfunna med omsyn til helsetenestene:

- «– Spesialisthelsetjenesten følger bare delvis opp loven om barn som pårørande. Det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon og dermed udekkede behov når det gjelder henvisninger av barn og informasjon til barn.
- Kommunehelsetjenesten følger bare delvis opp loven om barn som pårørande. Her ser det ut til å mangle systemer for identifisering og kartlegging tilpasset familier som lever med sykdom, og dermed mangler også hjelp til barn og familier.
- Spesialisthelsetjenesten har forankret barn som pårørande på ulike nivå i organisasjonene, noe som bidrar til klare forskjeller mellom helseforetakene i arbeidet med å sette arbeidet i system på et overordnet nivå i organisasjonen.

<sup>1</sup> Veileder om pårørande i helse- og omsorgstjenesten IS-2587, publisert 30.06.2015, sist endra 16.01.2017

- Deler av spesialisthelsetjenesten har mangelfulle ressurser/eller utnytter ikke ressursene til å følge opp lovendringen. Det er knyttet størst utfordringer til ledelse av arbeidet, veiledning av barneansvarlige, samt opplæring og veiledning til helsepersonell.
- Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har begrenset kompetanse i familiefokusert praksis, og mangler fortsatt kompetanse om hvordan foreldres sykdom påvirker barna.
- Spesialisthelsetjenesten har i liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at lovendringen følges opp, og det er klare forskjeller mellom helseforetakene i oppfølging av journalforskriften.
- Det er mangelfullt utviklede kommunikasjons- og rapporteringssystemer for å ivareta tilbakemelding og oppfølging av hindringer med å implementere lovendringen.»

Hovudfunna tilseier at helsetenesta er på veg, men at ho må arbeide aktivt vidare for å oppfylle krava i lova på ein tilfredsstillande måte.

### 6.3 Forslag i høyringsnotatet

For å sikre at helsepersonell identifiserer og tar hand om det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn kan ha, ikkje berre som pårørande til foreldre, men som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem, og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, foreslo departementet at helsepersonellova skal regulere også dette.

Departementet foreslo å erstatte gjeldande § 10 a i helsepersonellova med endra § 10 a og ny § 10 b. Forslaget til endra § 10 a regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørande når anten forelder eller søsken er pasient med alvorlege helseproblem. Forslaget til ny § 10 b regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som etterlatne etter foreldre eller søsken.

Departementet foreslo vidare å endre helsepersonellova § 25 tredje ledd slik at tilgangen til å gi opplysningar som er underlagde teieplikt, til samarbeidande personell òg gjeld når det er nødvendig for å ta hand om behova til pasienten sine mindreårige søsken.

Departementet foreslo òg å endre spesialisthelsetenestelova § 3-7 a, slik at ansvaret for det barneansvarlege personellet ved helseinstitusjo-

nane blir utvida til også å omfatte mindreårige barn som pårørande søsken av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar og som etterlatne barn og søsken etter slike pasientar.

I tillegg til forslaga til lovendringar foreslo departementet å endre forskrift om pasientjournal, forskrift 21. desember 2000 nr 1385, § 8 første ledd bokstav t. Departementet foreslo å føye til at det òg skal førast inn opplysningar i pasientjournalen om ein pasient med alvorlege helseproblem har mindreårige søsken, på lik linje med opplysningar om ein pasient med alvorlege helseproblem har mindreårige barn.

### 6.4 Høyringsinstansane sitt syn

Blant dei mange høyringsinstansane som uttaler seg om dette forslaget, er det stor støtte til departementet sitt forslag.

Høyringsinstansar som støttar forslaget, er blant anna *Helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Akershus universitetssykehus HF*, *Finnmarkssykehuset HF*, *Helse Bergen HF*, *Helse Førde HF*, *Lovisenberg Diakonale sykehus*, *Helse Stavanger HF*, *St Olavs Hospital HF*, *Sørlandet sykehus HF*, *Universitetssykehuset Nord Norge HF*, *Bergen kommune*, *Oslo kommune*, *Barneombudet*, *BarnsBeste (nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende)*, *Kreftforeningen*, *Pasient- og brukerombudet i Vestfold – på vegne av landets 17 pasient- og brukerombud*, *Landsforbundet Mot Stoffmisbruk*, *Pårørendealliansen*, *Den norske legeforeningen*, *Fellesorganisasjonen*, *Norsk psykologforening*, *NorskSykepleierforbund og Unio*.

*Helsedirektoratet* seier at sjølv om helsepersonell truleg også i dag i noko varierende grad tek vare på barn som pårørande til søsken og som etterlatne, vil det å ta det inn i lova som ei plikt innebere at alle skal få det same tilbodet uavhengig av rutine på kvart enkelt sjukehus. Det er positivt og viktig.

*Statens helsetilsyn* seier at dei er svært positive til forslaga. Helsetilsynet meiner at det er viktig å lovregulere dette, og at det vil sikre barn sine rettar når dei står i svært kriseprega situasjonar.

Seks av helseforetaka som uttaler seg, opplyser at dei allereie tek vare på mindreårige barn som pårørande til søsken på lik linje med mindreårige barn som pårørande til foreldre. *Helse Fonna HF* seier dette:

«Å inkludere mindreårige søsken i §10 a vil vere med styrke familieperspektivet i møte



Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

med pasienten. Jamvel om ikkje mindreårige søsken har så stor risiko for skadar/vanskar som pårørende barn av sjuke foreldre, er dei i ein sårbar situasjon, der informasjon og ivaretaking vil vera av betydning for deira utvikling og meistring av kvardagen.

Søsken er allereie tilrådd inkludert i [www.fagprosedyrar.no](http://www.fagprosedyrar.no) (Helsebiblioteket) som er tilpassa og godkjent til bruk i Helse Fonna. Lovendringa vil såleis ikkje innebere ny praksis i Helse Fonna HF, men styrke den praksisen vi har innarbeidd.»

*BarnsBeste* seier at dei er glade for departementet sitt forslag. Det generelle inntrykket deira er at forslaget er godt utarbeidd og følger logikken i dei eksisterande lovføresegnene på ein god måte.

*Barneombudet* uttaler òg at dei er glade for og støtter at det endeleg blir foreslått å styrke barn sin rettsstilling som pårørende til søsken med alvorlege helseproblem, og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, gjennom forslaget til lovendringar.

*Norsk Sykepleierforbund* seier dette:

«De foreslåtte endringene ønskes varmt velkommen. Slik vi ser det, vil de kunne bety en vesentlig og etterlengtet styrking av ivaretagelsen av barn og unge i sårbare livssituasjoner. Multisenterstudien «Barn som pårørende» peker på at «Sykdom påvirker barns, foreldres og familiers situasjon i stor grad. Behovene for informasjon og tilpasset hjelp er betydelige, men i stor grad udekket.» Den peker også på at lovendringene i 2010 ikke i tilstrekkelig grad har ført til de planlagte endringene. Vi tror dagens foreslåtte endringer vil kunne rette opp mye av dette.»

*Norsk psykologforening* meiner at forslaga representerer gode måtar å sikre at barn som pårørende blir teke betre vare på. Det å inkludere barn som søsken er slik psykologforeninga ser det, viktig, sidan det etter kvart er kjent at barn med alvorleg sjuke søsken er vesentleg meir belasta enn andre barn. Forslaget om også å innføre plikt for helsepersonell til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som etterlatne etter foreldre eller søsken, er slik psykologforeninga ser det òg eit viktig tillegg med ei god, avbalansert formulering.

*Den norske legeforeningen* framhevar at forslaga inneber ei viktig tydeleggjering, styrking og trygging av barn sine rettar. Samtidig peiker legeforeninga på dette:

«Departementet erkjenner at det utvider helsepersonells ansvar til å gjelde en større gruppe barn, men forutsetter at «etterlevinga av utvidinga blir følgd opp innanfor dei gjeldande ressursrammene i spesialisthelsetjenesta». Samtidig vises det (...) til at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten «bare delvis [følger] opp loven om barn som pårørende», og at det må jobbes aktivt vidare for å oppfylle kravene i loven på en tilfredsstillende måte.»

(...)

«Vi vil vise til virksomhetenes plikt til å organisere seg slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder tilrettelegge for og innlemme plikten til å ivareta barn som pårørende i de ansattes arbeidsoppgaver og utarbeide rutiner/retningslinjer for dette arbeidet, herunder med tydelig ansvars plassering. Det kan med fordel tilsettes eget personell med særlig ansvar for oppfølging av barn, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Det er også presisert i direktoratets rundskriv om barn som pårørende, at det nettopp er viktig at plikten til å følge opp det enkelte barnet blir lagt til en bestemt person.»

Fleire høyringsinstansar stiller spørsmål ved den kommunale helse- og omsorgstenesta si oppfølging av mindreårige barn som pårørende og etterlatne. Høyringsinstansane meiner at det er nødvendig å lovregulere plikta til den kommunale helse- og omsorgstenesta tydeleg. Det blir peikt på at ein ikkje kan rekne med at barn som etterlatne blir varetekne innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta utan at nokon får ei særskild oppfølgingsplikt.

Fleire, særleg helseføretaka, meiner dessutan at forslaget vil ha større økonomiske og administrative konsekvensar enn det som går fram av høyringsnotatet.

## 6.5 Departementet sine vurderingar og forslag

### 6.5.1 Mindreårige barn som pårørende søsken

Hovudoppgåva til helse- og omsorgstenesta er å førebygge, behandle og følge opp skadar, sjukdomar og andre helserelevante utfordringar hos pasientane. Men bak pasientane står det ofte familiar som i ulik grad blir påverka av helsetilstanden til pasientane. Det å innføre gjeldande regulering for å ta vare på mindreårige barn som pårørende når foreldre blir pasientar med alvorlege helsepro-

blem, er grunnlagt ut frå det faktumet at mindreårige barn av slike pasientar er utsette og sårbare.

Frå departementet si vurdering og forslag i Ot.prp. nr. 84 (2008–2009) Om lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppløgning av born som pårørende) punkt 4.5.1 går blant anna dette fram:

«(...) Opplevinga born har av å vera trygge, nøgde og å få tilstrekkeleg omsorg er sterkt knytt til livssituasjonen til foreldra. Alvorlege helseproblem i familien inneber som oftast ei dramatisk endring i livssituasjonen til familien, og kvardagen til borna kan verta prega av angst og uro.»

(...)

«Omsynet til bornas beste tilseier at helse-tenesta bør vera merksam på dei behova som borna til pasientane kan ha. Gjennom den tette kontakten med pasientane, vil helsepersonell ofte kunna danna seg eit inntrykk av situasjonen til borna og om det finst vesentlege udekte behov. Slik kunnskap bør brukast til å hjelpa familien og borna.»

Ein kan i ein del tilfelle argumentere tilsvarande for mindreårige barn når søsken får alvorlege helseproblem. Med alvorlege helseproblem meiner vi problem som i dag går fram av helsepersonellova § 10 a første ledd. Det omfattar psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit og alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Også eit søsken sine alvorlege helseproblem kan innebere ei dramatisk endring i livssituasjonen til heile familien og gi mindreårige søsken til den sjuke eller skadde ein kvardag prega av angst og uro.

Eit barn med alvorlege helseproblem gir ekstra utfordringar for ei familie. Når eit barn har slike problem, vil mykje av merksemda bli retta mot dette barnet, både frå familien og helsepersonellet. Søsken vil lett kunne bli oversett trass i det alvorlege som òg skjer i deira liv. Søsken opplever ofte mindre merksemd frå foreldra og mindre tid saman som familie. Dette kan vere eit sagn for dei. Søsken kan blant anna kjenne seg redde, forvirra, mindreverdige, skuldige, einsame samt kjenne på skam, sinne og sjalusi. Desse kjenslene kan opplevast som forbodne, og søsken kan velje å halde dei for seg sjølve for å skåne foreldra som er i ein krevjande situasjon. I tillegg vil søsken også vere prega av det at nokon dei er glade i er sjuke eller skadde. Uro som gir seg til uttrykk gjennom kroppslige symptom og konsentrasjonsvanskar, er vanleg. Vi viser i denne samanhengen til høyringsfråsegna frå *Lovisenberg Diakonale sykehus*:

«I høyringsnotatet står det at det er ikke uvanlig at barn som pårørende har kroppslige symptom. Vår opplevelse, som også Multisenterstudien bekrefter, er at dette er svært vanlig. Argumentene for å ta dette på alvor, gjennom formaliserte tiltak, forsterkes derfor.»

*Finnmarkssykehuset HF* uttaler seg slik:

«Vi har i Helse Nord, hatt felles prosedyrer «barn som pårørende» for alle HF siden lovendringen i 2010. Vår praksis og rutine har vært å ivareta barn som pårørende til søsken på lik linje med barn som pårørende til syke foreldre. Praksiserfaring viser at også denne gruppen har behov for ivaretagelse. Dette omhandler barn som pårørende, og behovene, særlig når det gjelder informasjon, er ganske like uavhengig om det er foreldre eller søsken som er syke.»

Også *Norsk psykologforening* meiner at det å inkludere barn er viktig, sidan det etter kvart er kjent at barn med alvorleg sjuke søsken er vesentleg meir belasta enn andre barn.

Dette tilseier etter departementet si meining at også mindreårige barn som søsken i mange tilfelle kan ha særleg behov for informasjon og oppfølging.

Når eit av barna i ein familie får alvorlege helseproblem, må målet vere at foreldra sjølve sikrar omsorga for og oppfølginga av mindreårige søsken. Alvorlege helseproblem hos eit barn er ikkje einstyddande med at søsken ikkje får nødvendig omsorg og oppfølging, men gir grunn til at helse- og omsorgstenesta må sjå også søskenet og ved behov bidra til at det får nødvendig informasjon og oppfølging. Behovet vil ikkje berre gjelde når foreldre openbert kjem til kort. Det kan for eksempel òg gjelde når tilsynelatande ressurssterke foreldre har behov for hjelp og råd om korleis dei best kan ta vare på søskenet i ein vanskeleg sjukdomssituasjon.

Lovendringa frå 2009 har ført til at helsepersonell er meir merksame på utfordringane for mindreårige barn som pårørende generelt, og har bidrege til at helsepersonell i større grad enn tidlegare også følgjer opp mindreårige barn som pårørende søsken. Vi viser i denne samanhengen til fråsegna frå Helse Fonna sitert under punkt 6.4. Helsepersonell på sjukehus, som er vane med å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørende når foreldre har alvorlege helseproblem, vil kunne sjå det som ein naturleg del av ansvaret å også bidra til å ta vare på mindreårige barn som

pårørende når søsken har alvorlege helseproblem. Det same kan gjelde for fastlegen til ein familie.

Departementet vil i denne samanhengen òg vise til Helsedirektoratet sin «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten», sjå nærmare omtale under punkt 6.2.1. Rettleiaren inneheld blant anna ei tilråding om å vurdere å undersøke om pasienten har mindreårige søsken, avklare kva mindreårige søsken som pårørende treng av informasjon og oppfølging, samt å snakke med foreldra om å ta vare på søsken som pårørende.

Ut frå det faktumet at også mindreårige barn som pårørende til søsken i mange tilfelle kan ha særleg behov for informasjon og oppfølging, bør lovgivinga etter departementet si meining i tillegg regulere ansvaret for å ta vare på mindreårige barn som pårørende til søsken med alvorlege helseproblem. Dersom dette blir regulert, vil det bidra til å sikre at helsepersonell på ein systematisk og god måte yter nødvendig hjelp og støtte også til denne utsette og sårbare gruppa barn.

### 6.5.2 Mindreårige barn som etterlatne når foreldre eller søsken dør

Ifølge «#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021», Kapittel 5, opplever rundt 3000 barn og unge kvart år at ein forelder/føresett eller eit søsken dør. Det klart mest vanlege er at forelderen eller søskenet dør etter å ha vore pasient i kortare eller lengre tid. Men nokon dør òg brått og uventa, for eksempel i ei ulykke eller ved at dei tek sjølv mord.

Det at ein forelder dør, er noko av det mest krevjande eit barn kan oppleve i oppveksten. Det kan gi særleg store konsekvensar for barn, blant anna store omveltningar og mindre stabilitet i kvardagen, i tillegg til at dei mistar ein person som står for kjærleik og dagleg omsorg. Det å miste foreldre kan ha ein negativ innverknad på ei rekke forskjellige område: psykisk helse, somatisk helse, sjølvtilitt og sjølvkjensle, sosial støtte, skule og åtferd.

Også det at søsken dør, kan vere svært krevjande for mindreårige barn og kan ha innverknad på ei rekke forskjellige område i barnet sitt liv. Departementet viser i denne samanhengen til at det i «Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose»<sup>2</sup> er lagt vekt på kor viktig det er å ta vare på søsken.

<sup>2</sup> Palliasjon til barn og unge, Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose, publisert 22.10.2014, sist endra 02.03.2016

Det følger blant anna av retningslinjene at søsken til barn som dør, bør følgast opp.

Når ein forelder eller eit søsken dør som følge av sjukdom, vil mange barn ha fått tilbod om oppfølging før dødsfallet. Når ein forelder eller eit søsken dør brått ved akutt sjukdom, ulykke eller sjølv mord, vil mindreårige barn vere ei særleg utsett gruppe.

Departementet ønsker i denne samanhengen å vise til høyringsfråsegna frå *Landsforbundet Mot Stoffmisbruk*, der dette går fram:

«LMS gjør oppmerksom på at de psykososiale belastningene unge etterlatte ved plutselige dødsfall som selvmord og overdoser stikker dypere enn det høringsnotatet gjør rede for. Forskning viser at denne gruppen ofte har blitt oversett, og at barn og unge som mister foreldre, søsken eller andre som står dem nær ikke har blitt ivaretatt godt nok av voksenpersoner i sine omgivelser (Dyregrov, 2005; Ranheim, 2002), og at mange sliter med psykososiale vansker og posttraumatiske stressreaksjoner i ettertid og ønsker ivaretagelse fra fagfolk (Dyregrov, 2005, 2006a, 2006b). LMS ønsker derfor å understreke viktigheten av å ta barn og søsken som faller inn i denne gruppen på alvor, og å tilrettelegge hjelpetilbudet til denne gruppen.»

Målet må vere at den forelderen eller foreldra som er att, eller andre nærstående omsorgspersonar, så langt det er mogleg og forsvarleg sjølv sikrar oppfølginga av og omsorga for mindreårige barn eller søsken når ein forelder eller eit søsken dør. Det at foreldre eller søsken dør, er ikkje einsty-dande med at mindreårige barn eller søsken ikkje får nødvendig omsorg og oppfølging, men gjer at helse- og omsorgstenesta må sjå barnet eller søskenet og ved behov bidra til at det får nødvendig informasjon og oppfølging.

Departementet reknar med at mindreårige barn som blir etterlatne når foreldre eller søsken dør, ofte blir sett og varetekne av helse- og omsorgstenesta også i dag. Når ein forelder eller eit søsken som er pasient, dør, reknar departementet med at helsepersonellet ofte ser det som ei naturleg vidareføring av ansvaret etter gjeldande § 10 a å sikre barnet sitt behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Dersom barnet går i barnehage eller på skulen, vil dessutan også desse instansane ta vare på barnet og ved behov bidra til at helse- og omsorgstenesta blir trekt inn. Helsestasjonen og helsesøster er viktige ressursar, som vil kunne bidra til å ta vare på barna.

Mindreårige barn som mistar ein forelder eller eit søsken, er ei spesielt utsett og sårbar gruppe som kan ha særleg behov for informasjon og oppfølging. Departementet har derfor komme fram til at lovgivinga i tillegg bør regulere ansvaret for å ta vare på mindreårige barn som blir etterlatne når foreldre eller søsken døyr. På same måte som overfor mindreårige barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem, vurderer departementet det slik at ei regulering vil bidra til å sikre at helsepersonell på ein systematisk og god måte yter nødvendig hjelp og støtte også til denne utsette og sårbare gruppa barn.

### 6.5.3 Forslag til lovregulering

Departementet opprettheld forslaga til lovendring frå høyringsnotatet.

Departementet foreslår å erstatte den gjeldande § 10 a i helsepersonellova med endra § 10 a og ny § 10 b. Forslaget til endra § 10 a regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørande når anten forelder eller søsken er pasient med alvorlege helseproblem. Føresegna vidarefører det som i dag følger av § 10 a. Samtidig foreslår departementet å også innføre dette overfor mindreårige barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem. § 10 b er forslag til ei ny føresegn. Ho regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som etterlatne etter foreldre eller søsken.

I helsepersonellova § 25 tredje ledd foreslår departementet å føye til at tilgangen til å gi opplysningar som er underlagde teieplikt til samarbeidande personell, òg gjeld når det er nødvendig for å ta hand om behova til pasienten sine mindreårige søsken.

Spesialisthelsetenestelova § 3-7 a første ledd pålegg helseinstitusjonar som er omfatta av denne lova, i nødvendig utstrekning å ha barneansvarleg personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonell si oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Departementet foreslår å utvide ansvaret for helseinstitusjonane sitt barneansvarlege personell til også å omfatte mindreårige barn som pårørande søsken av slike pasientar og som etterlatne barn og søsken etter slike pasientar.

I tillegg til forslaga til lovendringar tar departementet òg sikte på å endre forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstav t ved å føye til at det òg skal førast inn opplysningar i pasientjournalen om ein pasient med alvorlege helseproblem

har mindreårige søsken, på lik linje med opplysningar om ein pasient med alvorlege helseproblem har mindreårige barn.

### 6.5.4 Nærmare om innhaldet i helsepersonellova § 10 a og § 10 b

*Barn* bør etter forslaga til endra § 10 a og ny § 10 b, som etter gjeldande § 10 a, tolkast vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Føresegnene omfattar derfor både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Også *søsken* bør tolkast vidt, slik at det omfattar både biologiske søsken og andre barn som lever med pasienten som søsken i ein familie. Tilsvarande bør òg *foreldre* tolkast vidt og omfatte både biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og eventuelle andre, så fram dei fyller foreldrerolla for eit barn. *Mindreårige barn og søsken* bør på tilsvarande måte som i dag omfatte barn under 18 år. Barn som er mindreårige, vil vere omfatta også når pasienten som barnet er søsken av, ikkje er mindreårig.

Helsepersonellet skal bidra til å sikre det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som pårørande til forelder eller søsken, eller etterlatne etter foreldre eller søsken. Helsepersonellet skal, så langt det er mogleg, i samråd med foreldre eller andre med omsorga for barnet, prøve å avklare kva informasjons- eller oppfølgingsbehov barnet har, og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak.

Når det gjeld informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak, omfattar dette å formidle kunnskap om kva andre tenester kan tilby, og å framheve kva som er mogleg ved samarbeid.

Når det gjeld oppfølging bør helsepersonell samarbeide med andre tenester med tilvising og kontakt i ein overgangsfase, men ikkje ta på seg oppgåver som andre tenester tar seg av. Det inneber at helsepersonell ikkje åleine skal ha ansvar for å gi barn eit heilskapleg tilbod eller koordinere innsatsen frå fleire tenester.

Eit eventuelt behov barnet måtte ha for heilskapleg, spesialisert og meir langvarig hjelp, er ikkje omfatta av denne oppfølginga. Behov for helsehjelp må følgast opp på vanleg måte av helse- og omsorgstenesta. I tilfelle der det til dømes er grunn til å frykte at barnet har utvikla angst, depresjon eller andre psykiske lidningar, vil retten til helsehjelp følge av helselovgivinga elles. Der som det er behov for helsehjelp, kan lege eller andre med tilvisingsrett tilvise barnet til andre delar av helsevesenet for å få ei utgreiing og eventuelt behandling.

Normalt bør helsepersonellet bidra dersom foreldra ikkje sjølv er i stand til, eller ikkje ser seg i stand til å ta hand om behova til barnet. Vidare skal erfaringar delast med foreldra i tilfelle der dei sjølv søker råd om korleis dei skal ta vare på barnet, eller i tilfelle der det er klart at dei vil ha nytte av råd. Kva som skal til for å dekke barnet sitt behov, må vurderast i kvart enkelt tilfelle. Ein del barn vil få tilstrekkeleg oppfølging frå foreldra sine, og i desse situasjonane kan det vere nok å gi foreldra generell informasjon om tilbodet.

Plikta til å medverke overfor det enkelte barnet kviler i utgangspunktet på det helsepersonellet som har eller hadde ansvaret for å behandle forelderen eller søskenet. Dette omfattar helsepersonell som både har eller hadde slikt ansvar i alle delar av den kommunale helse- og omsorgstenesta og i spesialisthelsetenesta.

I både § 10 a og § 10 b foreslår departementet i siste ledd ein heimel for departementet til å gi forskrifter som utdjupar innhaldet i helsepersonellet sine plikter. Ein slik heimel følger òg av den gjeldande § 10 a, men det er så langt ikkje innført noka forskrift.

#### 6.5.4.1 Helsepersonellova § 10 a – ivaretaking av mindreårige barn som pårørande søsken

For at plikta etter § 10 a skal gjelde overfor søsken til pasient, vil det, tilsvarande som overfor barn av pasient, stillast krav om at pasienten har ein psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengig eller har ein alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Med alvorleg somatisk sjukdom eller skade meiner ein til dømes kreft og store skadar etter alvorlege ulykker. Alvorleg psykisk utviklingshemming og alvorleg funksjonshemming er òg inkludert. Det som er avgjerande når ein skal vurdere om pasienten har dette, er om helsetilstanden til pasienten er slik at han gir eller kan gi vesentlege konsekvensar for nær familie, og søsken av pasienten spesielt.

Terskelen for å vurdere kva behov søskenet har for informasjon og nødvendig oppfølging, skal vere den same som i dag overfor barn av pasientar. Ei viktig rettesnor vil slik sett vere om helsetilstanden til pasienten er eigna til å gjere søskenet utrygt, sårbart, skape meistringsproblem eller redsel. Helsepersonell skal generelt ha ein låg terskel for å vurdere kva behov barnet har for informasjon og oppfølging.

Alternativa i § 10 a tredje ledd bokstav b («innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig») og bokstav c («bidra til at barnet og personer som har

omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær») skal òg gjelde når barnet er pårørande til søsken. Dette følger av nytt fjerde ledd. Alternativet etter tredje ledd bokstav a skal derimot ikkje gjelde når pasienten er eit søsken og ikkje ein forelder, ettersom dette alternativet gjeld å samtale med pasienten om barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. At alternativet etter tredje ledd bokstav a ikkje skal gjelde, inneber ikkje at helsepersonellet nødvendigvis skal la vere å involvere pasienten. Dei vanlege reglane om samtykke til å vidareformidle informasjon vil òg gjelde når pasienten er søsken. Det kan vidare i enkelte tilfelle vere gode grunnar til å samtale med pasienten om eigen situasjon, korleis pasienten trur situasjonen vil verke inn på søsken, m.m.

Departementet foreslår at plikta på same måte som i dag skal ligge hos helsepersonellet som yter hjelp til pasienten med dei alvorlege helseproblema som følger av føresegna. Plikta ligg først og fremst på helsepersonellet som har ansvaret for å behandle pasienten. Men når det trengs for å hjelpe til med å ta vare på barnet, skal likevel også anna helsepersonell melde frå om behova til barnet og ved tvil prøve å finne ut om situasjonen til barnet er klarlagd. 15. september 2016 blei det innført krav om at helseføretaka skal nemne opp ein kontaktlege for pasientar som har alvorleg sjukdom, skade eller lidning, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetenesta av ei viss lengd. Kontaktlegen skal vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-5 c. Det går fram av Helsedirektoratet sin Veileder IS-2466 «Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten» at kontaktlegen blant anna skal informere pasient og pårørande, jf. punkt 5.1. I dei tilfella der det er nemnt opp ein kontaktlege, vil det vere opp til helseføretaket å vurdere om plikta etter § 10 a bør kvile på kontaktlegen.

#### 6.5.4.2 Helsepersonellova § 10 b – ivaretaking av mindreårige barn som etterlatne etter foreldre og søsken

I § 10 b første ledd foreslår departementet ei plikt for helsepersonell til å bidra til å sikre behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at ein forelder eller eit søsken døyr.

Departementet foreslår at helsepersonellet sitt ansvar i etterkant av dødsfallet skal bestå av å

prøve å avklare barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak, tilsvarende som for barn som pårørende.

Dette er eit ansvar som skal bidra til å sikre at barn blir sette og varetekne av helsepersonell i tilknytning til dødsfallet. Det er ikkje meint som eit ansvar som skal strekke seg over tid. Har barnet behov for oppfølging over tid, vil det vere naturleg å innhente nødvendig samtykke og sørge for at barnet blir tilvist vidare i hjelpeapparatet. Helsepersonellet kan likevel ta vare på barnet ved å svare på spørsmål som barnet måtte ha i samband med dødsfallet, og ved å vurdere barnet sitt eventuelle behov for vidare oppfølging. Avklaringane og oppfølginga bør så langt det er mogleg, gjerast i samråd med foreldre eller andre med omsorga for barnet.

Det følger av forslaget til tredje ledd at «informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger». Det følger vidare at «opplysningar om avdøde skal gis innanfor de rammer som følger av § 24». Ut frå helsepersonellova § 24 første ledd er ikkje helsepersonell si teieplikt til hinder for at dei kan gi opplysningar om ein avdød person vidare, dersom vektige grunnar taler for dette. Når ein vurderer å gi opplysningar eller ikkje, skal det takast omsyn til det ein trur avdøde hadde ønskt, opplysningane sin art og dei pårørende og samfunnet sine interesser.

Det store fleirtalet av dødsfall i Noreg skjer på pleie- og omsorgsinstitusjon eller sjukehus. Også når det gjeld pasientar med alvorlege helseproblem som har mindreårige barn eller søsken, reknar vi med at dei aller fleste døyr på slik institusjon eller sjukehus.

I dei tilfella der helsepersonell i forkant av dødsfallet har hatt ansvar for å ta vare på det mindreårige barnet som pårørende etter § 10 a, vil det å ta vare på barnet også i tilknytning til dødsfallet etter forslaget til § 10 b vere ei naturleg vidareføring av dette ansvaret.

På tilsvarende måte som etter § 10 a er det først og fremst helsepersonellet som har hatt ansvaret for å behandle pasienten, som er underlagt denne plikta. Men når det trengs for å hjelpe til med å ta vare på barnet, skal likevel også anna helsepersonell melde frå om behova til barnet og ved tvil prøve å finne ut om situasjonen til barnet er klarlagd. I dei tilfella der det er nemnt opp ein kontaktlege, vil det vere opp til helseføretaket å vurdere om plikta etter § 10 b bør ligge hos kontaktlegen, på same måte som plikta etter § 10 a.

I tilfelle der foreldre eller søsken døyr utanfor pleie- og omsorgsinstitusjon eller sjukehus, kan

forelderen eller søskenet vere følgt opp poliklinisk. Det kan for eksempel gjelde for pasientar som døyr som følge av rusbruk. I slike tilfelle vil helsepersonellet som følgde opp poliklinisk, ha hatt ansvar etter § 10 a i forkant av dødsfallet. Då vil det å ta vare på barnet også i tilknytning til dødsfallet vere ei naturleg vidareføring av dette ansvaret, etter forslaget til § 10 b.

Når foreldre eller søsken døyr brått og uventa utanfor pleie- og omsorgsinstitusjon eller sjukehus, vil det i enkelte tilfelle i utgangspunktet ikkje ligge plikt etter forslaget til § 10 b på noko spesifisert helsepersonell. Når foreldre eller søsken døyr brått og uventa, oppstår vanlegvis ei krise for dei pårørende. I slike tilfelle følger det av helse- og omsorgstenestelova §§ 3-1 og 3-2 at kommunen har eit ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstenester. Måten dette ansvaret blir vareteke på, kan variere frå kommune til kommune og variere avhengig av det enkelte tilfellet. Kommune vel sjølv korleis dei ønsker å organisere dette. For enkelte kommunar er det naturleg å organisere det som ein del av kriseteamet i kommunen, mens andre legg ansvaret til barnet sin fastlege, som ein person som naturleg kan komme inn for å hjelpe ein familie i krise. Når mindreårige barn mistar foreldre eller søsken brått og uventa, vil dessutan vanlegvis det nærmaste nettverket og/eller barnehagen eller skulen til barnet sørge for at barnet blir følgt opp av helsepersonell. Det helsepersonellet som kjem i kontakt med barnet etter at det har vore utsett for ei slik krise, vil få eit ansvar etter forslaget til § 10 b. Departementet vil understreke at det er svært viktig at alle kommunar både har planar og gode rutinar som sikrar at desse barna blir fanga opp og varetekne.

### 6.5.5 Om barneansvarleg personell

Spesialisthelsetenestelova § 3-7 a første ledd pålegg helseinstitusjonar som er omfatta av lova, å ha barneansvarleg personell i nødvendig utstrekning. Barneansvarleg personell har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonell si oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Den gjeldande føresegna samsvarer med gjeldande § 10 a i helsepersonellova. Som ein naturleg konsekvens av forslaga til nye §§ 10 a og 10 b foreslår departementet å utvide ansvaret for helseinstitusjonane sitt barneansvarlege personell til å omfatte mindreårige barn som pårørende og etterlatne barn og søsken av pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller ei alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

Formålet med ordninga er å sikre at behova til barna blir tekne hand om, at pasientane får tilbod om hjelp til å meistre foreldrerolla, og å gi grunnlag for betre koordinerte tenester mellom spesialisthelsetenesta og tenestene i kommunane, blant anna dei ulike nivåa i sosialtenesta, helse- og omsorgstenesta, skulen/barnehagen og barnevernet. Det første og siste formålet er òg relevant når barnet er pårørande søsken eller etterlatne barn eller søsken.

Plikta til å medverke overfor det enkelte barnet kviler i utgangspunktet på det helsepersonellet som har eller hadde ansvaret for behandling av pasienten. Dei barneansvarlege bør først og fremst sette arbeidet i system, halde helsepersonellet oppdatert og fremme barnefokuset.

Fleire høyringsinstansar seier at ein ikkje kan rekne med at barn som etterlatne blir varetekne innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta utan at nokon får ei særskilt oppfølgingsplikt. *Norsk Sykepleierforbund* seier dette:

«Vi savner imidlertid forslag til en tydelig lovregulering av den kommunale helse- og omsorgstjenestens plikt på dette området, tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten. Skal man lykkes med intensjonene, er det etter vårt syn nødvendig å få inn en bestemmelse også i helse- og omsorgstjenesteloven. Multisenterstudien peker på at Kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Her ser det ut til å mangle systemer for identifisering og kartlegging tilpasset familier som lever med sykdom, og dermed mangler også hjelp til barn og familier. Dette er en beskrivelse vi basert på erfaring mener stemmer i stor grad. Dette burde tilsi behov for en tydeligere lovmessig forankring også for kommunehelsetjenesten. En kartlegging Kreftforeningen har gjort av kreftkoordinatorsatsingen<sup>3</sup>, viser at 62 prosent av kreftkoordinatorne har bidratt til at kommunen har fått rutiner for ivaretagelse av barn som pårørende. Pasientene etterspør i stor grad råd og veiledning om barn og unge som pårørende.»

Spørsmålet om også helse- og omsorgstenesten i kommunen bør ha barneansvarleg personell, er omtalt i Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), punkt 3.4.3:

«Selv om kommunene ikke er pålagt å ha barneansvarlig personell, gjelder likevel plikten etter helsepersonelloven § 10 a til å ivareta barn som pårørende på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som driver privat praksis har også ansvar for å ivareta barn av pasienter med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, men har ikke plikt til å utnevne barneansvarlig personell. I mange tilfeller vil dessuten pasienter samtidig ha kontakt med både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandling mellom forskjellige offentlige tjenester kan ha mye å si for at behovene til barn som pårørende blir håndtert på en god måte. Dagens barneansvarlige personell innenfor spesialisthelsetjenesten kan bidra til å etablere godt samarbeid mellom instanser, både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I forbindelse med utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og overføring til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det å etablere godt samarbeid spesielt viktig.»

Det går vidare fram av planen at regjeringa i løpet av planperioden vil vurdere om helse- og omsorgstenesta i kommunen skal ha barneansvarleg personell, og om ei slik plikt bør innførast.

#### 6.5.6 Om dekning av reiseutgifter for barn som pårørende og etterlatne

Fleire av helseføretaka har i høyringsfråsegnene sine peikt spesielt på at reiseutgifter for barn som pårørende og etterlatne i dag ikkje blir dekte, og at det kan hindre ivaretaking av barn, særleg når reisevegen er lang. Dette peiker òg BarnsBeste på. *Universitetssykehuset Nord-Norge HF* uttaler seg slik:

«(...) I forbindelse med at helsepersonell skal ivareta sin lovpålagte plikt å avklare barns informasjons- og oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiding om aktuelle tiltak er det også til tider nødvendig å innkalle barn til sykehuset. Dette vil medføre store økonomiske utgifter for den enkelte familie og vil dermed forhindre nødvendig informasjon og oppfølginga. Mange familier har lange avstander til sykehus og vil dermed ikke kunne motta viktig informasjon om foreldres sykdom og rusmisbruk. Dette vil hos mange være nødvendig for

<sup>3</sup> Kreftkoordinatorsatsingen, Hovedrapport 2015, Kreftforeningen

barns mestring av en vanskelig livssituasjon. Pasientreiser ivaretar ikke disse utgiftene til dekning av reiseutgifter ifm behov for samvær og informasjon. Det bør utvides til å gjelde barn opp til 18 år, og etter behandlers anbefaling. Dette må sees på i lys av prinsippet om likeverdige helsetjenester. Prinsippet om likeverdige helsetjenester tilsier at pasienter skal ha like god tilgang til helsetjenester av like god kvalitet med like godt resultat.»

*BarnsBeste* skriv dette:

«(...) Barns mulighet for å besøke stedet der foreldre, og nå også søsken, mottar helsehjelp er et av de beste og enkleste tiltakene vi har. Kombinasjonen lang reisevei og økonomiske utfordringer gjør imidlertid at en del barn og unge ikke får denne muligheten.

(...)

Vi er klar over at HOD har bedt RHF'ene innføre ordningen som ble vedtatt i Helse Nord RHF i styresak 66-2013/5, der helseforetakene selv bes dekke utgifter til reise og opphold for barn som pårørende. Vår erfaring er denne ordningen ikke bidrar til like muligheter for samvær for barn som har syke foreldre eller søsken.»

Manglande dekning av reiseutgifter for barn som pårørende har òg tidlegare blitt tatt opp med departementet av Sørlandet sykehus HF. Av svaret frå departementet av 21. mai 2014 går blant anna dette fram:

«Barns reiser i forbindelse med oppfyllelse av helsepersonelloven § 10a faller ikke inn under virkeområdet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. (...)

Helse Nord RHF har innført en ordning der den avdelingen som innkaller et barn for å oppfylle helsepersonelloven § 10a dekker reiseutgiftene for barnet med følge av voksen, se styresak 66–2013/5. Det er også gitt retningslinjer for dette. Departementet har anmodet de regionale helseforetakene om å innføre en tilsvarende ordning.»

I lys av høyringsfråsegnene vil departementet greie ut nærmare om det bør gjerast endringar i dagens lovgiving, slik at barn som pårørende får rett til dekning av reiseutgifter i dei tilfella som er omfatta av forslaga til ny §§ 10 a og 10 b i helsepersonellova.

### 6.5.7 Om behov for kompetanse og rettleiing

I samband med desse lovforslaga peiker fleire høyringsinstansar på behovet for kompetanse og rettleiing. *Den norske legeforening* seier dette:

«Departementet bør følge opp lovendringen med en veiledning til tjenestene. Ansvar for å implementere dette arbeidet i virksomheten, med opplæring, tydelige retningslinjer, klar ansvars plassering og ressurser i samsvar med funnene i den presenterte studien (...), bør fremgå tydelig.»

Departementet viser til at Helsedirektoratet etter spesialisthelsetenestelova og helse- og omsorgstenestelova har ei plikt til å utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar som understøttar dei måla som er sett for helse- og omsorgstenesta. Etter at det blei vedteke endringar i helsepersonellova og spesialisthelsetenestelova i 2009 om barn som pårørende, utarbeidde Helsedirektoratet rundskrivet IS-5/2010 «Barn som pårørende». Rundskrivet gir utfyllande kommentarar til lovføresegnene og rettleiing til helsepersonell når det gjeld praktisering av føresegnene. Helsedirektoratet har òg utarbeidd «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten», sjå nærmare omtale under punkt 6.2.1. Rettleiaren beskriv rettane pårørende har, helse- og omsorgstenesta sine plikter samt gir tilrådingar om god praksis. I rettleiaren er òg arbeid med mindreårige barn som pårørende søsken og som etterlatne beskrive. Helsedirektoratet vil oppdatere rettleiaren dersom forslaga her blir vedtekne.

Enkelte helseforetak viser i høyringsfråsegnene sine til at søsken allereie er teke inn i kunnskapsbaserte fagprosedyrar (Helsebiblioteket), og vidare til at søsken allereie er inkludert i prosedyrane og praksisen ved helseforetaka. Helsedirektoratet har, som ei oppfølging av multisenterstudien «Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie», tildelt *BarnsBeste* midlar for å revidere/oppdatere dei nasjonale kunnskapsbaserte prosedyrane om barn som pårørende, for å bidra til å kvalitetssikre dei lovpålagde forpliktingane i spesialisthelsetenesta. Det er òg tildelt midlar for å utarbeide e-læringskurs, opplæringspakkar og pasientinformasjon når det gjeld barn som pårørende.

Det vil vere naturleg at det pågåande arbeidet med rettleiande dokument og tiltak for å understøtte arbeidet med barn som pårørende, i den grad dette ikkje allereie er omtalt, i tillegg inklu-



derer mindreårige barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem og barn som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr. Gode rutinar for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstenester ved behov for vidare oppfølging etter avslutta behandling i spesialisthelsetenesta, slik også fleire høyringsinstansar nemner, vil òg vere naturleg å omtale ved oppdatering av rettleiingsmateriell.

## 6.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

Forslaget utvidar dagens ansvar for helsepersonell til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørande til forelder til også å omfatte mindreårige barn som pårørande til søsken. Forslaget utvidar helsepersonellet sitt ansvar, medrekna det barneansvarlege personellet sitt ansvar, til å gjelde ei større gruppe barn. Samtidig skal dei ta vare på søsken av pasient på tilnærma same måte som dei i dag tek vare på barn av pasient.

Med forslaget blir det vidare innført ei ny plikt for helsepersonell til å ta vare på barn som etterlatne etter foreldre og søsken. Plikta blir innført både for helsepersonell og barneansvarleg personell.

Når barn som blir etterlatne, i forkant av dødsfallet var omfatta av helsepersonellova § 10 a, vil helsepersonellet sitt ansvar for barnet etter dødsfallet bli ei naturleg vidareføring av ansvaret før dødsfallet. Departementet foreslår dessutan at ansvaret i etterkant av dødsfallet, tilsvarande som ansvaret i forkant av dødsfallet, skal bestå av å prøve å avklare barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. Det er ikkje meint som eit ansvar som skal strekke seg over tid. Har barnet behov for oppfølging over tid, vil det vere naturleg å innhente nødvendig samtykke og sørge for at barnet blir tilvist vidare i hjelpeapparatet.

Når barn blir etterlatne fordi ein forelder eller eit søsken døyr brått og uventa, er situasjonen derimot annleis. På den andre sida reknar departementet med at barn som blir etterlatne på denne måten, allereie i dag blir følgde opp av helsepersonell, sjølv om dette ikkje går fram direkte av noka føresegn i helsepersonellova. For helsepersonell som kjem i kontakt med barn i ein slik krisesituasjon, vil kravet om forsvarlegheit i helsepersonellova § 4 allereie i dag føre til at helsepersonellet får ansvar for å sikre at barnet sitt helsemessige behov som følge av dødsfallet blir sett og sikra.

Fleire av helseføretaka som uttaler seg, og BarnsBeste, peiker på utfordringane ved det faktumet at barn eller søsken av pasienten ikkje er ein del av inntektssystemet for helsetenestene. Av fråsegnen frå *BarnsBeste* går blant anna dette fram:

«Flere av virksomhetene som er med å utgjøre kompetansenettverket, BarnsBeste, forteller om at tids- og ressurspress vanskeliggjør et forsvarlig barn som pårørende-arbeid. Dette gjelder særlig tjenester som er avhengig av aktivitet for å generere inntekter for virksomhetene.

Pasients barn eller søsken er per i dag ikke en del av inntektssystemene for helsetjenestene. Dette gjør at arbeidet ikke alltid prioriteres slik det skal.»

*Finnmarkssykehuset HF* er eitt av helseføretaka som meiner at eit alternativ til å tilføre helseføretaka ressursar til å utføre dette arbeidet kan vere å «inkludere dette arbeidet i DRG-systemet, slik at foretakene sikres inntjening ved at dette arbeidet utføres».

Departementet viser til at ISF- og DRG-systemet i hovudregelen er retta mot den direkte pasientbehandlinga. Finansieringa er basert på pasientbehandling som er rapportert inn til Norsk pasientregister (NPR), og det er ein føresetnad at denne er dokumentert i journal. Dei pårørande til pasientane er ikkje omfatta av ISF innanfor den somatiske spesialisthelsetenesta, så framt dei ikkje sjølve er gjenstand for direkte helsehjelp. For polikliniske tenester innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling kan separate kontaktar med pårørande i tilknytning til pasientbehandlinga teljast med i finansieringsgrunnlaget for ISF frå 2017. Dette er ei vidareføring av reglane frå poliklinikkforskrifta (P-takstane) på dette området.

Departementet understrekar at helsepersonell i dag har plikt til å bidra til at barn av personar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade får informasjon og nødvendig oppfølging. Det er ein føresetnad at dette blir sikra innanfor dei samla økonomiske rammene som blir stilte til disposisjon i helseføretaka. Tilsvarande vil gjelde dersom helsepersonell blir pålagt plikt overfor nye grupper barn etter forslaga til ny § 10 a og § 10 b.

Det er vanskeleg å talfeste i kva grad barna som er omfatta av lovforslaget, blir varetekne av helse- og omsorgstenestene allereie i dag, og dermed om forslaget vil føre til ein auke i talet på konsultasjonar. Forslaget kan føre til at barn som alleie har eit behov for nødvendig helse- og

omsorgstenester, vil kunne oppdagast tidlegare enn i dag og i større omfang. Dette vil kunne innebere ein viss auke i talet på tilvisingar av barn til vurdering til ulike hjelpeinstansar. Men dette vil vere eit resultat av at fleire barn med reelle behov blir fanga opp av helsepersonell og tilvist vidare, og ikkje av at forslaget i seg sjølv fører til større behov for tilvisingar og oppfølging. Uansett vil den vidare oppfølginga og behandlinga av barna ikkje vere ein del av dette forslaget, men ein del av dei helse- og omsorgstenestene som helsepersonell allereie i dag har plikt til å yte.

Departementet kan ikkje sjå at forslaga vil ha økonomiske og administrative konsekvensar i særleg grad for spesialisthelsetenesta, og legg til

grunn at etterlevinga av endringa blir følgd opp innanfor dei gjeldande ressursrammene i spesialisthelsetenesta.

Departementet kan heller ikkje sjå at forslaga vil ha økonomiske og administrative konsekvensar i særleg grad for kommunane. Mange mindreårige barn med behov for den oppfølginga som følger av forslaga, blir allereie i dag varetekne av helsepersonell (for eksempel fastlegen, helses-tasjon, skulehelsetenesta og kommunalt psykisk helsetenestetilbod), sjølv om helsepersonell hittil ikkje har hatt noka plikt til dette. Forslaget treng derfor ikkje nødvendigvis å føre til at ressursbruken blir så mykje større enn han er i dag.

## 7 Tydeleggjering av ansvaret for kommunale helse- og omsorgstenester for barn plassert utanfor heimen etter barnevernlova

### 7.1 Innleiing

---

Regjeringa har dei siste åra arbeidd spesielt med å sikre at barn som er under omsorg av barnevernet, får nødvendig helsehjelp og oppfølging. Som eit ledd i dette arbeidet utarbeidde Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i november 2016 rapporten «Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet» til Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Rapporten summerer opp samarbeidet mellom direktorata og gir tilrådingar om styrkt innsats vidare.

Det følger av rapporten at direktorata ser på det som godt dokumentert at ein stor del barn med tiltak frå barnevernet òg har høg førekomst av psykiske lidningar og eit samansett behov for helse- og omsorgstenester. Det følger vidare av rapporten at det samtidig er indikasjonar på at helse- og omsorgstenester til denne gruppa er utilstrekkeleg. Det blir vist til at dette òg er lagt til grunn av Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten i vedtak på møte 3. desember 2015. Rapporten frå direktorata inneheld ei rekke tilrådingar om vidare styrkt innsats for å få meir tilgjengelege helse- og omsorgstenester til denne gruppa.

Helse- og omsorgstenestelova regulerer det ansvaret den kommunale helse- og omsorgstenesta har for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstenester til alle personar som oppheld seg i kommunen. Dette omfattar òg barn i kommunen som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova, sjølv om det ikkje går fram særskilt av lova. Departementet meiner det vil vere hensiktsmessig å tydeleggjere i lova at den kommunale helse- og omsorgstenesta har eit slikt ansvar overfor denne utsette og sårbare gruppa barn.

Forslaget har ikkje vore på høyring. Sidan forslaget ikkje inneber noka form for realitetsendring, men berre er ei tydeleggjering av gjeldande rett, meiner departementet at det er forvarleg å fremme forslaget utan høyring.

### 7.2 Gjeldande rett

---

Helse- og omsorgstenestelova regulerer det ansvaret den kommunale helse- og omsorgstenesta har for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd. Det er ikkje noko krav om at personen må ha fast bustad i kommunen, og det er heller ikkje noko krav om at opphaldet må vare i ei viss tid. Kommunen sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, medrekna personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne, jf. § 3-1 andre ledd.

Barn som blir plasserte utanfor heimen med heimel i barnevernlova blir som regel plasserte i ein fosterheim eller i ein institusjon. Barn kan også plasserast i omsorgssentre for mindreårige. Ofte blir barna plasserte i ein annan kommune enn den kommunen som har ansvaret for plasseringa. Barnet kan vere plassert med eller utan samtykke frå foreldra. Barnevernlova § 4-4 sjetle ledd om hjelpetiltak, § 4-6 om mellombels vedtak i akuttituasjonar, § 4-12 om omsorgsovertaking og §§ 4-24, 4-25 og 4-26 om åtferdsplasseringar er eksempel på moglege plasseringsgrunnlag.

### 7.3 Departementet sine vurderingar og forslag

---

Barn som har opphold i kommunen og som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova, er omfatta av ansvaret den kommunale helse- og omsorgstenesta har for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstenestelova § 3-1 første ledd. Dette gjeld uavhengig av kva som er grunnlaget for dette etter barnevernlova, og uavhengig av kva plasseringsalternativ barnet har opphald ved i kommunen.

I praksis viser det seg likevel at barn som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova, ikkje alltid får eit tilstrekkeleg helsetilbod. Slik departementet vurderer det, er det viktig å sørge for at det ikkje er tvil om kva ansvar den kommunale helse- og omsorgstenesta har overfor denne særleg utsette og sårbare gruppa.

I dag tydeleggjer helse- og omsorgstenestelova § 3-9 særskilt den kommunale helse- og omsorgstenesta sitt ansvar overfor ei spesiell gruppe: innsette i fengsel. Det følger av § 3-9 at i dei kommunane der det ligg fengsel i kriminalomsorga, skal kommunen ha tilbod om helse- og omsorgstenester for dei innsette. Helse- og omsorgstenester for innsette var tidlegare særskilt regulert i kommunehelsetenestelova, som no er oppheva. Grunngivinga for å vidareføre den særskilte reguleringa i helse- og omsorgstenestelova går fram av Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) punkt 15.5.11:

«Helsetjenester for innsatte i kriminalomsorgen ble lovfestet i 1995. Lovfesting ble den gang ansett nødvendig for å fjerne tvil om rekkevidden av kommunenes rettslige ansvar, ved å slå fast at kommunen på vanlig måte har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til innsatte.

Helsetjenester for innsatte faller imidlertid inn under kommunens generelle sørgeforansvar for de personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen, jf. lovforslaget § 3-1. Dette taler mot å vidareføre dette som en særskilt lovpålagt oppgave overfor visse persongrupper. De kommunene som har fengsler

(om lag 80 kommuner totalt) mottar øremerkede midler fra staten til dette formålet, og dette gjør det i mindre grad påkrevd med lovregulering. For å tydeliggjøre kommunens ansvar har imidlertid departementet likevel kommet til at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse som vidarefører gjeldende rett. Bestemmelsen foreslås inntatt som § 3-9.» (...)

I tråd med denne vurderinga som blei gjort då helse- og omsorgstenestelova § 3-9 blei innført, foreslår departementet å innføre ei eiga føresegn i helse- og omsorgstenestelova § 3-9 a som tydeleggjer den kommunale helse- og omsorgstenesta sitt ansvar for å ha nødvendig tilbod om helse- og omsorgstenester for alle barn som oppheld seg i kommunen og som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova.

Det inneber ei tydeleggjering av at så lenge eit barn oppheld seg i ein kommune og omsorga for barnet blir varetatt i ein fosterheim, ein institusjon, eit omsorgssenter for mindreårige eller eit anna plasseringsalternativ i kommunen, ligg ansvaret på den kommunale helse- og omsorgstenesta i denne kommunen.

#### **7.4 Økonomiske og administrative konsekvensar**

---

Departementet sitt forslag til lovendring inneber å tydeliggjere gjeldande rett. Forslaget vil derfor ikkje få økonomiske eller administrative konsekvensar.

## 8 Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplikt

### 8.1 Innleiing

Brot på teieplikta etter helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova blir etter at ny straffelov tredde i kraft, ramma både av den generelle straffeføresegna i straffelova og straffeføresegnene i dei nemnde lovene. For å unngå at den same handlinga blir ramma av to konkurrerande straffebod, foreslo departementet i høyringsnotatet å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt.

### 8.2 Gjeldande rett

#### 8.2.1 Helsepersonellova

Etter helsepersonellova § 67 blir den som forsettleg eller grovt aktlaust bryt føresegner i helsepersonellova eller forskrifter gitt i samsvar med lova, straffa med bøter eller fengsel i inntil tre månader.

Straffebodet rammar i prinsippet alle brot på plikter som følger av helsepersonellova og forskrifter gitt i samsvar med føresegna. Dei brota som det er mest aktuelt å straffeforfølge, er brot på § 4 (Forsvarlighet), § 7 (Øyeblikkelig hjelp), § 8 (Pliktmessig avhold), § 21 (Hovedregel om taushetsplikt), § 21 a (Forbud mot urettmessig tileignelse av taushetsbelagte opplysningar), opplysningspliktene i kapittel 6, § 38 (Melding om betydelig personskade), § 39 (Plikt til å føre journal) og § 74 (Bruk av beskyttet tittel).

Det følger av føresegna at det blir offentleg påtale dersom allmenne omsyn krev det, eller etter krav frå Statens helsetilsyn. I rundskriv nr. 5/2001 frå Riksadvokaten «Lov om helsepersonell – påtalemessige direktiver», går det fram at krav om påtale bør vere det prinsipale, og at bakgrunnen for påtaleregelen var å trekke tilsynsstyresmaktene meir aktivt inn i vurderinga av om det er grunn til å ta i bruk straff på forholdet. I rundskrivet under punkt IV går dette fram:

«(...) terskelen for å anvende straff ved uhell under pasientbehandling bør vere relativt høy, men at det reageres overfor de markante avvik

fra forsvarlig virksomhet. Ved avgjørelsen av påtalespørsmålet bør en ha i erindring at helsepersonale har som oppgave å yte behandling – ikke sjelden av livreddende karakter og under tidspress – hvor konsekvensene av små feil lett blir katastrofale. Det har også en viss vekt at en for intensiv straffeforfølgning kan lede til dårligere behandlingstilbud totalt sett. Overdreven engstelse for konsekvensene av å begå feil, kan medføre uheldig ressursbruk for å gardere seg mot kritikk og straffeforfølgning.»

Helsetilsynet har følgt opp dette i rundskriv IK – 2/2008, der det går fram at terskelen for straffeforfølgning er relativt høg. Det vil vere aktuelt å reise krav om påtale ved markante brot på føresegnene i helsepersonellova eller føresegner i medhald av denne.

#### 8.2.2 Pasientjournallova

Det følger av pasientjournallova § 30 første ledd at den som forsettleg eller grovt aktlaust bryt § 15 om teieplikt eller § 16 om forbod mot urettmessig tileigning av helseopplysningar, blir straffa med bøter eller fengsel i inntil tre månader.

Det følger av pasientjournallova § 15 at alle som handsamar helseopplysningar etter pasientjournallova, har teieplikt etter helsepersonellova § 21 flg. Andre som får tilgang eller kjennskap til helseopplysningar frå eit behandlingsretta helseregister, har same teieplikt. Etter pasientjournallova § 16 er det forbode å lese, søke etter eller på annan måte tileigne seg, bruke eller sitte på helseopplysningar frå behandlingsretta helseregister utan at det er motivert i helsehjelp til den enkelte, administrasjon av slike tenester eller er særskilt heimla i lov eller forskrift.

#### 8.2.3 Helseregisterlova

Etter helseregisterlova § 30 første ledd blir den som forsettleg eller grovt aktlaust bryt § 17 om teieplikt eller § 18 om forbod mot urettmessig tileigning av helseopplysningar, straffa med bøter eller fengsel i inntil tre månader.

Det følger av helseregisterlova § 17 at alle som handsamar helseopplysningar etter helseregisterlova, har teieplikt etter helsepersonellova §§ 21 flg. Andre som får tilgang eller kjennskap til helseopplysningar frå helseregister, har same teieplikt. Etter helseregisterlova § 18 er det forbode å lese, søke etter eller på annan måte til-eigne seg, bruke eller sitte på helseopplysningar etter lova, utan at det er særskilt heimla i lov eller forskrift.

#### 8.2.4 Straffelova

Det følger av straffelova § 209 første ledd at den som røper opplysningar som han har teieplikt om i samsvar med lovføresegn eller forskrift, eller utnyttar ei slik opplysning med forsett om å skaffe seg eller andre ei urettvis vinning, blir straffa med bot eller fengsel i inntil 1 år. Straffelova § 209 krev i utgangspunktet ikkje at gjerningsmannen er tilsett i eller har anna tilknytning til det offentlege. Det går fram av andre ledd at føresegna gjeld til-svarande ved brot på teieplikt som følger av gyldig instruks for teneste eller arbeid for statleg eller kommunalt organ.

Etter tredje ledd kjem også brot på teieplikt etter at tenesta eller arbeidet er avslutta, inn under føresegna. Det følger av fjerde ledd av føresegna at grovt aktaust brot er omfatta. Med-verknad er derimot ikkje omfatta, jf. femte ledd.

Etter straffelova § 210 blir grovt brot på teieplikt straffa med fengsel inntil 3 år. Når det skal avgjerast om teiepliktsbrotet er grovt, skal det leg-gast særleg vekt på om gjerningsmannen har hatt urettvis vinning som formål, og om handlinga har ført til tap eller fare for tap for nokon.

### 8.3 Forslag i høyringsnotatet

I høyringsnotatet foreslo departementet å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Dette inneber å endre strafferamma for brot på teieplikt etter dei nemnde lovene frå bot eller fengsel i inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år, jf. straffelova § 209.

Departementet foreslo vidare å presisere at medverknad til brot på teieplikta etter dei nemnde særlovene framleis skal kunne straffast. I tillegg foreslo departementet å oppretthalde den særskilde påtaleregelen i helsepersonellova § 67.

Straffeføresegna i helsepersonellova rammar òg andre brot på helsepersonellova. For å harmonisere strafferamma for andre brot etter helseper-

sonellova med strafferamma for brot på teieplikt foreslo departementet i høyringsnotatet å utvide strafferamma frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år.

### 8.4 Høyringsinstansane sitt syn

Høyringsinstansane som har uttalt seg om forslaget om å harmonisere straffeføresegnene i helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova med straffelova § 209, er positive til forslaget.

*Politidirektoratet* uttaler seg slik:

«Politidirektoratet støtter forslaget om at straffebestemmelser i de nevnte særlovene harmoniseres med straffeloven § 209, herunder at strafferammen for brudd på taushetsplikt etter særlovene økes fra bot eller fengsel i inntil 3 måneder til bot eller fengsel i inntil 1 år.

Medvirkning til brudd på taushetsplikt etter straffeloven § 209 er ikke straffbart, i motsetning til brudd på taushetsplikt etter helsepersonelloven, pasientjournalloven og helseregisterloven. Departementet stiller spørsmål ved om denne særregelen videreføres. Departementet har ikke oversikt over hvilke konsekvenser det vil få dersom denne særregelen fjernes, og ønsker derfor innspill fra høyringsinstansane på om en slik særregel er nødvendig.

Politidirektoratet er ikke kjent med hvilke konsekvenser det vil få dersom den nevnte særregelen om medvirkning fjernes i helsepersonelloven, pasientjournalloven og helseregisterloven. Vi viser likevel til at det ikke er gitt en egen straffebestemmelse i politiregisterloven. Brudd på taushetsplikt følger av den generelle straffebestemmelsen i straffeloven § 209. Politiet besitter betydelig sensitiv informasjon. Det kan argumenteres for at det ikke bør gjelde et strengere straffeansvar for helsepersonell enn for politiet.»

*Den norske legeforening* uttaler seg slik:

«Vi er positive til en harmonisering for å unngå at samme handling blir rammet av to konkurrerende straffebestemmelser. (...)»

*Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt* uttaler seg slik:

«Mht til forslaget om «Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplikt» støtter vi dette forslag. Det vil gjøre det letter å kommu-

Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

nisere viktigheten av taushetsplikten ved pasientkontakt mm overfor studentene både i praksis og i annen opplæringsituasjon.»

*Den Norske Advokatforeningen* har likevel ein merknad til harmoniseringa av straffeføresegnene:

«Når det gjelder forslaget om at særlovene skal vise til straffeloven hva gjelder straff for brudd på taushetsplikt, bør man være klar over at gjerningsbeskrivelsen i straffeloven § 209 er annerledes enn innretningen av taushetspliktbestemmelser i helselovgivning. Straffeloven § 209 rammer det å «røpe», noe som kan indikere at straffebudet ikke omfatter helselovgivningens plikt til å hindre at andre får tilgang. Denne «hindringsplikten» kan innbefatte en aktivitetsplikt i de tilfeller man må forstå at taushetsbelagte opplysninger står i fare for å tilflyte uvedkommende. Å ikke hindre dette, vil således anses som et selvstendig brudd på taushetsplikten. Etter Advokatforeningens syn bør det være mulig å straffe også brudd på denne hindringsplikten, og de særskilte straffebestemmelsene bør ikke oppheves dersom det medfører at kun brudd på enkeltelementer i taushetsplikten kan belegges med straff.»

Høyringsinstansane støttar dessutan vidareføringa av regelen om at Statens helsetilsyn kan reise krav om påtale.

*Den norske legeforeningen* uttaler seg slik:

«Vi vil fremheve at vi mener det har avgjørende betydning å videreføre regelen om at Statens helsetilsyn kan begjære påtale. Det er helt sentralt at politi – og påtalemyndighet samarbeider med tilsynsmyndighetene, som har nødvendig kompetanse og erfaringsgrunnlag. Påtaleregelen kom inn i helsepersonelloven etter forslag fra Riksadvokaten. Bakgrunnen for forslaget var ønsket om å trekke tilsynsmyndigheten mer aktivt inn i saker hvor det er grunn til å vurdere straffereaksjoner mot helsepersonell eller virksomheter innen helsetjenesten. Vi vil her særlig vise til at Riksadvokaten fremhevet nettopp at det er avgjørende for påtalemyndigheten å kunne få råd av tilsynsmyndigheten som fagorgan i slike saker, da påtalemyndigheten ikke har denne type kompetanse.»

*Bergen kommune* uttaler seg slik:

«Bergen kommune mener det er viktig å beholde denne særregelen fordi Statens helsetilsyn er den beste til å vurdere alvorlige brudd på taushetsplikten etter helsepersonelloven.»

## 8.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet opprettheld i hovudsak forslaget frå høyringsnotatet om å endre straffeføresegnene i helsepersonellova § 67, pasientjournallova § 30 og helseregisterlova § 30 slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Forslaget får støtte av høyringsinstansane og vil forhindre at den same handlinga blir ramma av to konkurrerande straffebod.

Justis- og beredskapsdepartementet vurderer å foreslå endringar i straffelova § 209. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor å utsette iverksettinga av dei foreslåtte endringane i særlovene.

Departementet har vurdert om den generelle strafferamma i helsepersonellova bør utvidast frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Etter straffelova § 209 er strafferamma for brot på teieplikt som følger av lov eller forskrift, bot eller fengsel inntil 1 år. Strafferamma for brot på helsepersonellova er bøter eller fengsel inntil 3 månader. Straffeføresegna i helsepersonellova omfattar òg andre brot på helsepersonellova. Det å bryte blant anna plikta til forsvarlegheit i helsepersonellova § 4 eller plikta til å gi øyeblikkeleg hjelp i helsepersonellova § 7 vil slik departementet ser det vere like alvorleg og kan ofte vere meir alvorleg enn å bryte teieplikta.

Av denne grunn meiner departementet at strafferamma ikkje bør vere lågare for slike brot enn for brot på teieplikta. Departementet opprettheld derfor forslaget om å endre strafferamma i helsepersonellova til bot eller fengsel inntil 1 år. Den foreslåtte strafferamma er vid nok til at ho gir tilgang til å sette ei mild straff for dei mindre alvorlege brota og samtidig ei tilstrekkeleg streng straff for dei svært alvorlege brota.

Når strafferamma blir utvida til bot eller fengsel inntil eitt år, rammar det òg forsøk på brot, jf. straffelova § 16, med mindre noko anna er bestemt. Føresegna lyder slik:

«Den som med forsett om å fullbyrde et lovbrudd som kan medføre fengsel i 1 år eller mer, og som foretar noe som leder direkte mot utføringen, straffes for forsøk, når annet ikke er bestemt.

Den som frivillig avstår fra å fullbyrde lovbruddet eller avverger at det blir fullbyrdet, straffes likevel ikke for forsøk.»

Kjernen i det rettslege omgrepet «forsøk» er at skyldkravet i straffeføresegna er oppfylt, men ikkje gjerningsinnhaldet. I forarbeida til straffelova, Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) Om lov om straff (straffeloven) står dette på side 100 om forsøk:

«Slik straff for forsøk er utformet i norsk rett, og slik den er foreslått vidareført i utkastet til en alminnelig del, ligger forsøk såpass tett opp til en fullbyrdet straffbar handling at også forsøket normalt er straffverdig, i alle fall når det dreier seg om lovbrudd av et visst alvor. Gjerningspersonen må forutsetningsvis ha passert planleggings- og forberedelsesstadiet, og med forsett begynt å utføre handlinger som skal bewirke at lovbruddet blir utført. På det subjektive plan, i gjerningspersonens hode, er det lite som skiller et forsøk fra en fullbyrdet forbrytelse. Som påpekt av politimesteren i Drammen under høringen av delutredning V, er det ofte bare tilfeldigheter som avgjør om handlingen fullbyrdes eller ikke. Departementet er derfor enig med Straffelovkommisjonen i at straffelovens alminnelig del fortsatt bør inneholde en generell bestemmelse om straff for den som forsøker å utføre en straffbar handling.»

Departementet viser til grunngevinga over og meiner at hovudregelen i straffelova § 16 bør gjelde for forsettlege forsøk på straffbare brot på helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova. Departementet foreslår derfor ikkje særskilde unntaksføresegner for forsøk.

Departementet opprettheld òg forslaget om at medverknad til brot på teieplikt blir ramma av straffeføresegnene i særlovene. I motsetning til straffelova § 209 rammer straffeføresegnene i helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova også medverknad til brot på teieplikta. Som det går fram av sitatet frå forarbeida til straffelova, kan det ved spesielle behov vere mogleg å fastsette ei regulering i den enkelte særlova som avvik frå den alminnelege straffeføresegna om brot på teieplikt.

Høyringsinstansane blei oppmoda til å uttale seg om ein slik særregel er nødvendig, men det er berre *Politidirektoratet* som har uttalt seg. Direktoratet peiker på at politiet sit på store mengder sensitiv informasjon, og at det ikkje er gitt noka eiga straffeføresegn om medverknad for politiet, og at det ikkje bør gjelde strengare straffeansvar

for helsepersonell enn for politiet. Departementet sluttar seg ikkje til dette. Helsepersonell si teieplikt står slik departementet vurderer det i ei særstilling, sidan den alminnelege tilliten til at helsepersonell overheld teieplikta ofte vil vere avgjerande for om pasientar oppsøker eller vil ta imot helsehjelp.

Departementet opprettheld òg den særskilde påtaleregelen for brot på teieplikta etter helsepersonellova. Helsepersonellova § 67 har i tillegg ein annan påtaleregel enn den alminnelege påtaleregelen etter straffeprosesslova § 62 a.

Etter helsepersonellova blir det aktuelt med offentleg påtale dersom allmenne omsyn krev det, eller etter krav frå Statens helsetilsyn. Pasientjournallova og helseregisterlova følger den alminnelege påtaleregelen etter straffeprosesslova § 62 a. Bakgrunnen for påtaleregelen i helsepersonellova er at tilsynsstyresmaktene skal vere meir aktivt med på å vurdere om det er grunn til å bruke straff på forholdet. Statens helsetilsyn vil ha særleg kompetanse til å vurdere om eit brot på helsepersonellova er så klanderverdig at det er grunn til å bruke straff, eller om administrative reaksjonar som tilbakekall eller avgrensingar i helsepersonell sin autorisasjon er betre eigna til å sikre at regelverket blir overhalde, og til å sikre omsynet til pasienttryggleiken. Dette gjeld òg ved brot på teieplikta.

I likskap med høyringsinstansane meiner departementet at regelen bør vidareførast fordi Statens helsetilsyn har særleg kompetanse til å vurdere om det faktisk ligg føre eit brot på føresegnene om teieplikt i helsepersonellova.

Etter gjeldande praksis er det sett ein relativt høg terskel for å straffeførfølge brot på helsepersonellova. Straff er det sterkaste verkemiddelet som samfunnet kan ta i bruk ved brot, og bør derfor brukast med varsemd. Dersom det er andre verkemiddel som kan sikre at regelverket blir følgt, samt sikre omsynet til pasienttryggleiken, meiner departementet at desse i første rekke bør takast i bruk. Når det skal vurderast kva brot som bør straffeførfølgast, er det derfor rett å sjå på om det er andre mindre inngripande verkemiddel ein kan bruke for å oppnå det same. Etter helsepersonellova kan ein gi administrative reaksjonar, for eksempel å tilbakekalle eller avgrense autorisasjonen til helsepersonell. Slike reaksjonar vil i dei fleste tilfella vere betre eigna enn straff til å sikre at regelverket blir overhalde, og til å sikre omsynet til pasienttryggleiken. Departementet viser i denne samanhengen til NOU 2015: 11 «Med åpne kort» (Arianson-utvalget), som på side 264–265 blant anna uttaler dette:



«Et samlet utvalg mener at administrative reaksjoner gjennomgående vil være bedre egnet enn straff for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet mv. I grove tilfeller vil det imidlertid kunne være på sin plass også med straff, men utvalget mener generelt sett at det ikke er grunn til å gi straffeforfølgning en større plass enn i dag ved alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene.

(...)

Brudd på helsepersonelloven, herunder kravet om faglig forsvarlighet, er straffbart dersom det er utvist forsett eller grov uaktsomhet. Dette er i samsvar med utvalgets oppfatning om at terskelen for straffeforfølgning på grunn av den faglige utøvelsen av yrket, ikke bør være for lav. Straff bør reserveres til de særlig markante avvik fra forsvarlig praksis. Utvalget slutter seg til riksadvokatens uttalelse om at

«(...) helsepersonale har som oppgave å yte behandling – ikke sjelden av livreddende karakter og under tidspress – hvor konsekvensene av små feil lett blir katastrofale. Det har også en viss vekt at en for intensiv straffeforfølgning kan lede til dårligere behandlingstilbud totalt sett. Overdreven engstelse for konsekvensene av å begå feil, kan medføre uheldig ressursbruk for å gardere seg mot kritikk og straffeforfølgning.»

(...)

Utvalget legger til grunn at helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten i sin alminnelighet gjør sitt beste og at en kun helt unntaksvis har å gjøre med helsepersonell eller ledere som ønsker å skade eller som opptre grovt uaktsomt. I de sjeldne tilfeller det er forsettlig eller grovt uaktsomme handlinger eller unnlater som ligger til grunn for en alvorlig hendelse, må det være mulighet for straffeforfølgning. For eksempel dersom helsepersonell bevisst forsømmer sine plikter, utfører arbeidet skjodesløst eller unnlater å utføre oppgaver av bekvemmelighetsgrunner, vil det kunne være aktuelt med straffansvar. Det samme vil kunne gjelde ved tilsidesettelse av rutiner uten faglig

grunn og uten at en særlig krevende arbeidssituasjonen gjør det umulig å utføre alle de konkurrerende oppgavene. Terskelen for straffeforfølgning må ikke være så høy at det strider mot den allmenne rettsoppfatningen.»

Departementet er enig i vurderingane over og i at terskelen for straffeforfølgning framleis bør vere relativt høg ved uhell i pasientbehandling og reserverast til dei særleg markante avvika frå forsvarleg praksis. Terskelen må likevel ikkje vere så høg at det strid mot den allmenne rettsoppfatninga.

## 8.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

For å unngå at den same handlinga blir ramma av konkurrerande straffebod, foreslår departementet å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Slik departementet vurderer det vil ikkje dette innebere økonomiske eller administrative konsekvensar.

Departementet foreslår å utvide strafferamma i helsepersonellova frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Det å utvide strafferamma kan i prinsippet verke inn på straffeutmålinga. I den grad det er snakk om å idømme fengsel utan vilkår, kan skjerpingar i straffeutmålinga få konsekvensar for kriminalomsorga. Som det går fram over, foreslår departementet å ikkje endre terskelen for straffeforfølgning. Det er få brot på helsepersonellova som blir straffeforfølgde. Av desse sakene er det igjen berre nokre få saker som resulterer i fengselsstraff utan vilkår. Det er domstolane som skal utmåle straffa i den enkelte saka, og ein er svært usikre på om den utvidinga av strafferamma som er foreslått her, vil føre til noka skjerping i utmålinga av fengselsstraff. Det vil uansett berre vere aktuelt å idømme fengsel utan vilkår i svært få saker.

## 9 Helsepersonellnemnda – forslag om å utvide delegasjonstilgangen

### 9.1 Innleiing

Det har dei siste åra vore ein markant auke i talet på klagesaker som har komme inn til Statens helsepersonellnemnd (heretter Helsepersonellnemnda), og talet har meir enn dobla seg sidan 2012. Talet på innkomne klagesaker var på 296 i 2015. Trass i at Helsepersonellnemnda gjennom ein ekstraordinær innsats i 2015 har handsama 273 saker mot 216 klagesaker i 2014, har ikkje Helsepersonellnemnda kapasitet til å få handsama alle sakene som kjem inn. I tillegg inneber den store saksmengda at nemnda får mindre tid til å handsame kvar enkelt klagesak. For å legge til rette for ein meir effektiv bruk av ressursane, samtidig som rettstryggleiken til klagaren blir sikra, foreslo departementet i høyringsnotatet å endre reglane om delegasjon av vedtakskompetanse i helsepersonellova.

### 9.2 Kort om Helsepersonellnemnda

Helsepersonellnemnda handsamar klager frå helsepersonell over vedtak om avslag på søknad om autorisasjon og lisens som Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) har gjort, over vedtak om administrative reaksjonar som Statens helsetilsyn har gjort, og vedtak om spesialistgodkjenning som Helsedirektoratet har gjort.

I 2015 tok sekretariatet imot totalt 363 saker. Av desse var 296 saker ordinære klagesaker som skal til handsaming i nemnda, mens 67 saker var av administrativ karakter. Totalt 273 saker blei handsama i ni nemndmøte i 2015. Dette er det høgaste talet på klagesaker nemnda nokon gong har handsama.

Dei fleste av sakene er handsama av SAK i første instans. I alt 145 handsama nemndsaker var klager over vedtak frå SAK. Frå 1. januar 2016 er SAK blitt innlemma i Helsedirektoratet.

Klager over vedtak frå Statens helsetilsyn utgjorde 119 saker. Sakene gjaldt i hovudsak tilbakekall av autorisasjon, åtvaring, suspensjon av

autorisasjon og avslag på søknad om ny eller avgrensa autorisasjon. I tillegg handsama nemnda ni klager over vedtak frå Helsedirektoratet om avslag på søknad om spesialistgodkjenning.

Gjennomsnittleg sakshandsamingstid for handsaminga av klagesaker i nemnda auka i 2015 og var i gjennomsnitt på 7,03 månader mot 5,46 månader i 2014.

For visse klager etter apoteklova blir Helsepersonellnemnda sett som apotekklagenemnd. Når nemnda blir sett som apotekklagenemnd, blir to av medlemmene i Helsepersonellnemnda med helsefagleg bakgrunn erstatta med to som har farmasøytisk kompetanse, sjå forskrift om Statens helsepersonellnemnd av 21. desember 2000 nr. 1383 § 4 andre ledd.

Apotekklagenemnda handsamar klager frå provisorfarmasøyter, reseptarfarmasøyter og apotek for vedtak som Statens legemiddelverk har gjort etter apoteklova. Eksempel på slike klager er klager over avslag på godkjenning som filialapotek, jf. apoteklova § 3-4, og klager over vedtak om åtvaring, jf. apoteklova § 8-4. Apotekklagenemnda hadde i 2013, 2014 og 2015 ingen saker til handsaming.

### 9.3 Gjeldande rett

Helsepersonellova § 69 regulerer organiseringa av Helsepersonellnemnda. Det følger av føresegna at Helsepersonellnemnda skal vere eit uavhengig organ med høg helsefagleg og juridisk ekspertise. Nemnda skal bestå av i alt sju personar. Tre av medlemmene skal vere juristar, og tre medlemmer skal ha helsefagleg bakgrunn. Den siste medlemmen skal vere lekrepresentant. Medlemmene i nemnda blir oppnemnde av departementet for tre år om gongen. Nemnda kan i tillegg nemne opp to sakkyndige i kvar enkelt sak.

Departementet har etter føresegna heimel til å gi nærmare reglar om organiseringa av nemnda. Det følger vidare av helsepersonellova § 70 at departementet òg kan gi nærmare reglar om saks-

handsaming i nemnda. I forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling, er det gitt nærare føresegner om organiseringa og sakshandsaminga.

Det følger av forskrifta § 7 at avgjersler som avsluttar ei klagesak, skal treffast av ei samla nemnd i møte/fjernmøte eller ved å sirkulere skriftlege utkast til avgjersle. Det går vidare fram at nemnda i særlege tilfelle kan treffe vedtak når ho består av fem medlemmer, så framt desse består av ein leiar, ein av dei andre juridiske medlemmene, to helsefaglege medlemmer samt lekrepresentanten. Leiaren for nemnda kan åleine ta avgjersler av prosessuell karakter eller delegere til sekretariatet å ta slike avgjersler.

Avgjerslene nemnda tar er endelege og kan ikkje klagast inn administrativt, men kan bringast inn for domstolane.

#### 9.4 Forslag i høyringsnotatet

I høyringsnotatet foreslo departementet at nemndleiar i Statens helsepersonellnemnd kan avgjere saker som ikkje byr på vesentlege tvilsspørsmål, og at nemnda òg kan delegere vedtakskompetanse til sekretariatet i slike saker.

Formålet bak forslaget er å legge til rette for ein meir effektiv bruk av ressursane, samtidig som rettstryggleiken til klagaren blir sikra.

#### 9.5 Høyringsinstansane sitt syn

Av høyringsinstansane som har uttalt seg, er det berre *Statens helsetilsyn og Pasient- og brukarombudet i Vestfold – på vegne av landets 17 pasient- og brukarombud*, som støttar forslaget slik det er lagt fram i høyringsnotatet. Dei andre høyringsinstansane er enten imot forslaget eller foreslår endringar.

*Helsedirektoratet* uttaler seg slik:

«Helsedirektoratet ser behovet for raskere klagesaksbehandling i Statens helsepersonellnemnd, men vurderer at det i de fleste saker vil være behov for helsefaglig og utdanningsfaglig kompetanse ved avgjørelsene. Statens helsepersonellnemnds sekretariat eller nemndleder, vil ikke inneha helsefaglig eller utdanningsfaglig kompetanse. Både utdanningsfaglige og helsefaglige spørsmål vil kunne ha avgjørende betydning for utfallet av saken.»

*Helseklage, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten* uttaler seg slik:

«Helseklage ser positivt på forslaget om at avgjørelsesmyndigheten for å treffe vedtak i Statens helsepersonellnemnd kan delegeres til nemndas sekretariat. En utvidet delegasjonsadgang er i tråd med hensynet til effektivisering, som er en av grunntankene bakoppsettelsen av Helseklage. Slik kan ressursbruken i den enkelte sak være i samsvar med sakens kompleksitet.

Helseklage finner det ikke hensiktsmessig med delegasjon til lederen i nemnda. Avbyråkratisering er et av hensynene bak fusjonen. Helseklage mener at bestemmelsen bør formuleres på samme måte som for Pasientskadenemnda i pasientskadeloven § 16, 7. ledd. Hensikten med fusjonen av sekretariatene for nemndene er blant annet å effektivisere saksbehandlingen. Alle saker er ikke like komplekse og noen sakstyper vil være avklart etter fast nemndpraksis. Enklere saker bør derfor kunne behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemndlederen. En mellom-løsning der det er nemndlederen som fatter vedtakene, vil i realiteten være en form for «mininemnd», noe vi mener ikke er hensiktsmessig.

Nemndlederen vil kunne bestemme hvorvidt delegasjonsadgangen til å begynne med skal være snever, og om den kan utvides etter hvert, f.eks. dersom saksmengden på noe tidspunkt skulle øke vesentlig. Dermed beholdes fleksibiliteten i systemet på en hensiktsmessig måte.

I tråd med hensynene bak fusjonen, mener Helseklage at det er formålstjenlig med harmonisering av regelverket som gjelder de ulike nemndene som Helseklage er sekretariat for. Vi ønsker derfor at bestemmelsen i helsepersonelloven § 68, nytt tredje ledd utformes etter samme form som pasientskadelovens § 16, 7. ledd og foreslår følgende bestemmelse:

«Helsepersonellnemndas leder kan bestemme at sekretariatet kan treffe avgjørelser på vegne av nemnda»

Helseklage vil i samarbeid med helsepersonellnemndas leder utforme en fullmakt hvor eventuelle begrensninger for delegasjonen fremgår.»

*Bergen kommune* uttaler blant anna dette:

«Bergen kommune mener at departementet ikke har foreslått riktig tiltak for denne pro-

blemstillingen. Departementet må sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet i sekretariatet og at sakene utredes med høy helsefaglig og juridisk ekspertise. Særlig gjelder dette dersom sekretariatet skal utrede enklere saker uten vesentlig tvil til nemdsleder som skal avgjøre saker alene, og enda viktigere dersom sakene skal kunne avgjøres av sekretariatet alene. Bergen kommune mener at en kapasitetsøkning i sekretariatet og avklart praksis om vilkåret for vesentlig tvil er en forutsetning for å kunne støtte forslaget om å utvidet delegasjonstilgangen. Dersom departementet ikke sørger for økte ressurser til sekretariatet finner Bergen kommune ikke å kunne støtte forslaget.»

*Den Norske Advokatforening* uttaler blant anna dette:

«Etter Advokatforeningens syn er ordlyden i forslaget om utvidet kompetanse for nemdsleder og sekretariatet altfor vidtgående. For det første vil vi anta at et klart flertall av sakene ikke byr på «vesentlige tvilsspørsmål», og i så fall innebærer forslaget at nemndsbehandling bare er nødvendig i et fåtall saker. Vi mener derfor at unntaket må innrettes mot de avgjørelsene som ikke byr på særlig tvil. For det annet bør alltid saker som angår tilbakekall og begrensning av autorisasjon og tap av rett til å rekvirere legemidler, behandles i nemnd. Dette er avgjørelser av så stor betydning for helsepersonell at det alltid bør være gjenstand for full nemndsbehandling.

Annet ledd kan for eksempel lyde:

«Saker som ikke byr på særlig tvil kan avgjøres av nemdslederen eller delegeres til sekretariatet, jf. helsepersonelloven § 68 tredje ledd. Saker som gjelder tap av rett til å rekvirere legemidler, tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning eller begrensning av autorisasjon skal alltid avgjøres av den samlede nemnd etter første ledd.»»

*Den norske legeforening* uttaler blant anna dette:

«(...) Som nevnt innledningsvis kan vi imidlertid ikke se at det presenterte vil ha forutsatt effekt, og det vil svekke rettsikkerheten i en slik grad at vi ikke kan støtte forslaget.

(...)

Viktige rettssikkerhetshensyn lå bak opprettelsen av Helsepersonellnemnda. Uavhengighet, bred faglig sammensetning og mulig-

heten til å klage på vedtakene til «en fullstendig uavhengig instans uten noen formell tilknytning til tilsynsmyndighetene» var viktige elementer i dette. Vi har tidligere tilskrevet departementet om vår bekymring knyttet til lav omgjøringsprosent i nemnda og muligens et for tett samarbeid mellom Statens helsetilsyn og sekretariatet i Helsepersonellnemnda. Vi viste til at det i årsrapportene fra Statens helsetilsyn fremgår bl.a. at omgjøringsprosenten var betydelig lavere i 2014 enn tidligere år. Vi mente det var grunn til å problematisere at kun 4 av 72 fikk medhold i klagen på administrativ reaksjon i 2014. Det er 5,5 %, mot 10,25 % i 2013 og 12,5 % i 2012. Dersom man f.eks. sammenligner med Trygderetten, oppgir de i sin årsmelding at i 2014 ble 24,7 % av de overprøvede vedtakene endret i favør av den ankende part, og at endrings («gunst») andelen har holdt seg ganske stabil over tid. Dette gir en indikasjon på at nemnda ikke fungerer som det korrektiv den var ment å være. Løsningen er likevel ikke å innføre en ordning som svekker rettsikkerheten til de som klager, potensielt kan utfordre uavhengigheten ytterligere og svekke legitimiteten til nemnda.

Klager har rett til en grundig saksbehandling, hvor det ligger viktige rettsikkerhetsgarantier både i at sakene er godt forberedt, at det er mulig å møte personlig å fremlegge saken sin og besvare eventuelle spørsmål – og bli vurdert av en kompetent og faglig bredt sammensatt nemnd. Vi mener at denne kompetansen også kreves for å vurdere om det foreligger et tvilsspørsmål.

I denne sammenheng er det også vesentlig å fremheve at vi har fått opplyst at kapasiteten til sekretariatet er mindre enn nemndas kapasitet til å behandle sakene. Det fremstår dermed mer logisk å styrke kapasiteten i Nasjonalt klageorgan.

Det følger av dette at departementets forslag ikke vil ha den ønskede effekt. For oss fremstår det som at det vil kreve at sakene er minst like grundig utredet dersom de skal avgjøres av nemdsleder eller sekretariat, i tillegg til at sekretariatet må ta stilling til om det foreligger tvil i saken. Etter vår vurdering vil dette gi minst like lang saksbehandlingstid, med en vesentlig svekket behandling og rettsikkerhetsgaranti for klager. Vi vil på denne bakgrunnen ikke anbefale en gjennomføring av den foreslåtte endringen.»

*Norsk Sykepleierforbund* uttaler seg slik:

«NSF ser behovet for å effektivisere saksbehandlingen i nemnda. Vi er imidlertid i tvil om nemndleder alene bør kunne vurdere om en sak reiser vesentlige tvilsspørsmål. En bedre løsning kan etter vårt syn være at to fra nemnda, og som representerer både juridisk og helsefaglig kompetanse, gjør slike vurderingar.»

*Norsk psykologforening* uttaler seg slik:

«Norsk psykologforening mener at tiltak for å redusere saksbehandlingstid i klagesaker er viktig. Ut fra de opplysninger vi har er det imidlertid ikke nemndskapiteten som er flaskehalsen, men sekretariatsfunksjonen og kapasitet til å forberede sakene. Det kan også være grunn til å stille spørsmålstegn ved å endre regelen her nå siden det er en omorganisering og flytting på gang med alle de implikasjoner det kan ha for saksbehandlingen en periode.»

## 9.6 Departementet sine vurderingar og forslag

---

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert høyringsfråsegnene og opprettheld ikkje lovendringsforslaget. Forslaget har fått stor motstand i høyringa. Argumenta mot forslaget går dels ut på at lovendringa vil gå utover rettstryggleiken for helsepersonellet, og på at tiltaket ikkje vil redusere sakshandsamingstida. Dette er argument som, slik departementet ser det, må vege tungt. Avgjerslene som blir tekne i slike saker, har mykje å seie for helsepersonell. Dette gjeld særleg i saker som gjeld tap av rett til å rekvirere legemiddel, tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning eller avgrensing av autorisasjon.

Departementet legg òg vekt på at leiaren for nemnda allereie i dag åleine kan ta avgjersler av prosessuell karakter eller delegere slike avgjersler til sekretariatet.

Slik departementet vurderer det, er det viktig at befolkninga har tillit til at avgjerslene frå nemnda sikrar rettstryggleiken til klagar på ein god måte. Vi sluttar oss òg til høyringsinstansane som meiner at tidspunktet for å endre reglane kan vere uheldig med tanke på at Nasjonalt klageorgan for helse-tenesta er i ferd med å bli omorganisert og flytta.

## 10 Plikta til å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene ved fare for pasienttryggleiken

### 10.1 Innleiing

Det har blitt reist spørsmål om opplysningsplikta i helsepersonellova § 17 inneber at helsepersonell pliktar å gi tilsynsstyresmaktene opplysningar som er omfatta av teieplikta, og som dei er kjende med i kraft av å yte helsehjelp til anna helsepersonell, når vilkåra i føresegna er oppfylt. Dette går ikkje klart fram av føresegna. I høyringsnotatet gjorde departementet ei avveging av omsyna til teieplikt i behandlingssituasjonen og formålet med opplysningsplikta i § 17 og foreslo å føye til ei presisering i føresegna. Presiseringa går ut på at det klart går fram at opplysningsplikta ikkje omfattar opplysningar som er underlagde teieplikt.

### 10.2 Gjeldande rett

Det følger av helsepersonellova § 17 at helsepersonell på eige initiativ skal gi tilsynsstyresmaktene informasjon om forhold som kan føre til fare for tryggleiken til pasientar. Plikta gjeld alt helsepersonell. Plikta gjeld òg for personell i kommunane som ikkje er helsepersonell, men som yt helse- og omsorgstenester etter helse- og omsorgstenestelova. Det følger av helse- og omsorgstenestelova § 2-1 at helsepersonellova gjeld for personell som yt slike tenester.

Det er tilstrekkeleg at forholdet utgjer ein fare for tryggleiken til pasientar. Plikta oppstår først når forholdet er av ein slik art at det er påreknelig/sannsynleg at helsetilstanden til pasientar kan bli forverra, eller at pasientar kan bli påført skade, smitte eller liknande.

I forarbeida til § 17, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell mv. går dette fram av dei særskilte merknadene:

«Med «forhold» menes tiltak, rutiner, teknisk utstyr, svikt og mangler i organiseringen av tjenesten, herunder mangel på helsepersonell. Det kan også være enkeltpersoner som på bak-

grunn av manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner representerer en alvorlig fare for pasienters sikkerhet, for eksempel på bakgrunn av psykiske lidelser, rusmiddelmissbruk, manglende oppdatering av faglige kvalifikasjoner eller vilje til å innrette seg etter egne kvalifikasjoner.»

I rundskriv IS-8/2012 «Helsepersonelloven med kommentarer» har Helsedirektoratet utdjupe dette:

«Bestemmelsen i § 17 opphever ikke helsepersonells taushetsplikt om pasienters helsemessige – eller personlige forhold. Bestemmelsen kan derfor ikke anvendes til å melde fra om taushetsbelagte forhold som helsepersonell er blitt kjent med i kraft av å yte helsehjelp til annet helsepersonell. Det kan for eksempel gjelde en fastlege som blir oppmerksom på at en av hennes pasienter, som er anestesisykepleier ved et sykehus, har et rusmisbrukerproblem i et slikt omfang at det er fare for pasientsikkerheten. I slike tilfeller er det ev. helsepersonelloven § 23 nr. 4 som etter en konkret vurdering kan gi legen adgang til å melde fra om sykepleierens rusmisbruk til virksomheten der vedkommende er ansatt eller til helsemyndighetene.»

Det følger av helsepersonellova § 21 at helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysningar om folk sine lekams- eller sjukdomsforhold eller andre personlege forhold som dei får vite om i eigenskap av å vere helsepersonell.

Det er ei rekke føresegner som gir unntak frå teieplikta. Nedanfor omtaler vi nokre av dei mest aktuelle føresegnene i denne samanhengen.

Helsepersonellova § 23 gir fleire grunnlag for at opplysningar som er underlagde teieplikt, kan givast vidare. Det følger av § 23 nr. 3 at teieplikta ikkje er til hinder for å gi opplysningane vidare når behovet for vern må reknast for å vere vareteke ved at individualiserande kjenneteikn er utelatne, jf.

§ 23 nr. 3. Det må vurderast konkret om enkeltpersonar kan identifiserast på grunnlag av opplysningane. Det avgjerande er om opplysningane inneheld tilknytingspunkt som til saman er tilstrekkelege for å kunne identifisere enkeltpersonar.

Opplysningar som er underlagde teieplikt, kan òg givast vidare når tungtvegande private eller offentlege interesser gjer det rettmessig å gi opplysningar vidare, jf. § 23 nr. 4. Det må vurderast konkret om situasjonen tilseier at teieplikta kan settast til side. Omsyna og interessene som taler for å sette teieplikta til side, må vege vesentleg tyngre enn omsyna som taler for å bevare teieplikta. Unntaket i føresegna omfattar hovudsakleg truande farar eller situasjonar der det er fare for ei skadevaldande handling, og vil i utgangspunktet gjelde fare for menneskeliv og helse. Ordlyden i føresegna kan derimot òg omfatte interesser utover menneskeliv og helse. Vurderingane som helsepersonellet må gjere, vil langt på veg vere dei same vurderingane som blir gjort i nødretts- og nødverjesituasjonar. Vurderinga må baserast på ei konkret vurdering av den aktuelle situasjonen. Føresegna gir berre tilgang til å utlevere dei opplysningane som er nødvendige for å avverje skade.

Teieplikt er ikkje til hinder for at opplysningar kan givast vidare dersom det er uttrykkeleg fastsett eller det finst ein klar føresetnad i lov eller i medhald av lov om at teieplikta ikkje skal gjelde, jf. § 23 nr. 6. Ei rekke føresegner gjer innskrenkingar i teieplikta til helsepersonellet, blant anna føresegner om opplysningsplikt i kapittel 6 og føresegner om meldeplikt i kapittel 7 i helsepersonellova, smittevernlova § 2-3, folketrygdlova § 21-4 og legemiddelova § 25.

### 10.3 Forslag i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet å gjere ei presisering i helsepersonellova § 17, slik at det går fram at opplysningsplikta i føresegna ikkje omfattar opplysningar som er underlagde teieplikt.

### 10.4 Høyringsinstansane sitt syn

*Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Bergen kommune og Norsk psykologforening* støttar forslaget slik det er lagt fram i høyringsnotatet. *Statens helsetilsyn* seier dette:

«Vi ser behovet for å presisere bestemmelsen på dette punktet, og støtter den presiseringen

som er foreslått. De øvrige bestemmelsene om taushetsplikt for helsepersonell vil imidlertid ha stor betydning for hvordan bestemmelsen skal forstås i deres daglige arbeid. Ettersom dette er et komplisert regelverk, ser vi et behov for å konkretisere dette i merknadene til helsepersonelloven. Særlig gjelder dette i de situasjonene hvor helsepersonell er behandler for annet helsepersonell. Vi vil samtidig vise til helsepersonelloven § 23 nr. 4 som angir at taushetsbelagte opplysninger kan gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.»

Andre høyringsinstansar foreslår ulike endringar. *Pasient- og brukarombudet i Vestfold – på vegne av landets 17 pasient- og brukarombud*, uttaler blant anna dette:

«Ombudene støtter derfor forslaget om at det inntas en presisering i loven, men foreslår at man i stedet for benytter den formuleringen som i dag fremgår av rundskrivet til bestemmelsen, se IS 8/2012 s 48 «Informasjonsplikten opphever ikke helsepersonells taushetsplikt om pasienters helsemessige- og personlige forhold».»

*Den Norske Advokatforening* uttaler seg slik:

«Advokatforeningen frykter at måten forslaget til nytt annet punktum i helsepersonelloven § 17 er formulert på, kan bli oppfattet slik at man ikke skal melde overhodet dersom informasjonen i utgangspunktet inneholder taushetsbelagte opplysninger. Vi anser at det er en fare for at regelen kan bli oppfattet slik at taushetsplikten går foran informasjonsplikten, og at det dermed ikke blir meldt. Etter vår oppfatning vil det være bedre å presisere at informasjon skal gis uten individualiserende kjenne-tegn, for eksempel slik som i § 26:

«Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.»

*Norges Farmaceutiske Forening* seier:

«Farmaceutene mener det er uheldig dersom § 17 presiseres, slik det er foreslått, med mindre det også settes inn henvisninger til § 21 og § 23.

For «vanlig» helsepersonell vil den faktiske adgangen til å melde, også når den det meldes om er egen pasient, være lite tilgjengelig uten en tydelig henvisning. «Vanlig» helsepersonell

vil fort avslutte letingen etter hjemler etter å ha lest § 17, med presiseringen departementet foreslår.

Farmaceutene foreslår følgende tillegg til § 17: «Taushetsplikt etter § 21 gjelder, se likevel § 23».

## 10.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet opprettheld i hovudsaka forslaget frå høyringsnotatet ved å presisere innhaldet i helsepersonellova § 17.

Dei viktigaste omsyna bak teieplikta er å sikre personvernet til pasientar, å verne om den personlege integriteten til pasienten og å skape tillit mellom pasienten og helsepersonellet. Teieplikt vil kunne vere ein føresetnad for at hjelpetrengande oppsøker helsetenesta, og for å sikre nødvendig openheit i kontakten mellom pasient og helsepersonell.

Den klare hovudregelen er at opplysningar som helsepersonell blir gjort kjende med under behandlinga av ein pasient, er underlagde teieplikt og ikkje kan vidareformidlast for andre formål enn behandlingsformål.

Omsyna bak teieplikta tilseier eit sterkt vern om denne. Når lova i gitte situasjonar fritar helsepersonell frå teieplikta deira, kjem det av at andre omsyn blir rekna for å vege tyngre enn dei omsyna som dannar grunnlag for teieplikta. I helsepersonellova kapittel 5 er det gjort fleire avgrensingar av teieplikta. Det går fram av helsepersonellova § 23 nr. 6 at teieplikta ikkje er til hinder for at opplysningar kan givast vidare etter reglar som er fastsette i lov eller i medhald av lov, når det er uttrykkeleg fastsett eller er ein klar føresetnad at teieplikta ikkje skal gjelde.

Det er ikkje klart fastsett i helsepersonellova § 17 at føresegna gir unntak frå teieplikta. Det går heller ikkje fram av forarbeida til føresegna at ho vil fritar for teieplikt som oppstår i ein behandlingssituasjon. Helsedirektoratet har i rundskriv IS-8/2012 «Helsepersonelloven med kommentarer» lagt til grunn at føresegna ikkje inneber noko fritak frå teieplikt. Departementet er einig i Helsedirektoratet si tolking av føresegna.

Opplysningsplikta i helsepersonellova § 17 omfattar forhold som kan føre til fare for pasientar sin tryggleik. Omsynet bak plikta er å førebygge pasientskade og hindre moglege brot på pasienttryggleiken i helse- og omsorgstenesta. I merkna den til føresegna går det fram at ein med «forhold» meiner tiltak, rutinar, teknisk utstyr, svikt

og manglar i organiseringa av tenesta, medrekna mangel på helsepersonell. I tillegg blir det vist til at enkeltpersonar kan representere ein alvorleg fare for tryggleiken til pasientane på grunn av manglande faglege eller personlege føresetnader. Føresegna er plassert i kapitlet om krav til organisering av verksemd og er meint å skulle rette seg mot forhold som utgjer ein fare for pasienttryggleiken i verksemda.

Som nemnt over ligg det sterke omsyn bak teieplikta. Behovet for å verne mot spreiding av opplysningar og å verne den personlege integriteten til pasienten er, slik departementet vurderer det, ikkje mindre i situasjonar der helsepersonell yt helsehjelp til anna helsepersonell enn i andre tilfelle. Behovet for tillit til helsetenesta er etter departementet si vurdering like viktig i slike saker som i andre saker. Helsepersonell som er pasient i ein behandlingssituasjon, bør derfor ha det same vernet mot spreiding av opplysningar underlagde teieplikt som andre pasientar. Departementet meiner av den grunn at dei same reglane for fritak frå teieplikt som i andre behandlingssituasjonar bør gjelde når helsepersonell yt helsehjelp til anna helsepersonell.

I helsepersonellova er det gjort ei avveging av omsyna bak teieplikta og andre omsyn, noko som har resultert i fleire avgrensingar av teieplikta, sjå nærmare omtale i punkt 10.2. I denne samanhengen viser vi blant anna til helsepersonellova § 23 nr. 4, som gir heimel for å gi opplysningar underlagde teieplikt vidare når tungtvegande private eller offentlege interesser gjer det rettmessig å gi opplysningane vidare. Denne føresegna kan gi heimel for å gi opplysningar underlagde teieplikt vidare for å motverke risiko for skadar av eit visst omfang. Risikoen for at ei skadevaldande handling oppstår, må vurderast konkret opp mot omsyna som teieplikta er meint å sikre.

Formålet bak opplysningsplikta i helsepersonellova § 17 er å bidra til betre pasienttryggleik og å førebygge pasientskadar. Det har blitt reist spørsmål om formålet bak føresegna kan sikrast dersom føresegna ikkje gir fritak for teieplikt. Som nemnt over gjeld opplysningsplikta tiltak, rutinar, teknisk utstyr, svikt og manglar i organiseringa av tenesta, medrekna mangel på helsepersonell, som utgjer ein fare for pasienttryggleiken. Føresegna rettar seg òg mot enkeltpersonar i verksemda som representerer ein alvorleg fare for tryggleiken til pasienter på grunn av manglande faglege eller personlege føresetnader. Eit eksempel på det siste er dersom helsepersonellet opplever at ein kollega møter rusa på jobb eller utfører oppgåver som vedkommande ikkje har kompe-



tanse til. Dette gjeld òg sjølv om den same kollegaen i andre situasjonar i tillegg er pasient av helsepersonellet. Slik departementet vurderer det, må det kunne varslast om slike forhold utan at helsepersonellet må utlevere opplysningar som er underlagde teieplikt.

Tilsynsstyresmaktene har heimel til å få utlevert dokument m.m. utan at det er til hinder for teieplikta, jf. helsepersonellova § 30. Føresegna har som formål å gi tilsynsstyresmaktene tilgang til opplysningar som relaterer seg til yrkesutøvinga til helsepersonell. Det går fram av forarbeida til føresegna at ho ikkje gir tilgang til å krevje å få utlevert opplysningar der helsepersonell er pasientar, for eksempel i ei tilsynssak der det er mistanke om at helsepersonellet har rusproblem eller psykiske lidningar som kan verke inn på yrkesutøvinga. Dersom tilsynsstyresmaktene ønsker å få utlevert pasientopplysningane som gjeld eit helsepersonell, er kravet anten at vedkommande helsepersonell samtykker til dette, eller at det finst ein heimel i dei andre føresegnene som gir unntak frå teieplikt, for eksempel helsepersonellova § 60 om plikt for helsepersonell til å underkaste seg sakkyndig undersøking.

På bakgrunn av fleire av høyringsfråsegnene ser vi likevel at det er behov for ei tydelegare presisering av føresegna enn den som blei foreslått i høyringsnotatet. Departementet er einig med Den Norske Advokatforeningen i at måten forslaget til presisering i § 17 er formulert på i høyringsnotatet, kan bli oppfatta slik at ein ikkje skal melde frå i det heile teke dersom informasjonen i utgangs-

punktet inneheld opplysningar underlagde teieplikt. Det er viktig at ordlyden ikkje fører til at føresegna blir misforstått, slik at konsekvensen blir at færre melder frå.

Departementet foreslår derfor å gjere ei slik endring i § 17 nytt andre punktum: «Det skal ikkje gis informasjon om taushetsbelagte opplysningar.»

Denne ordlyden vil slik departementet vurderer det i større grad tydeleggjere korleis opplysningsplikta skal forståast. Opplysningsplikta fritar ikkje for teieplikta som helsepersonellet har i ein behandlingssituasjon, samtidig som ho heller ikkje stenger for at unntak frå lovbestemd teieplikt kan bli aktuelt. Ved å få fram at det er opplysningane som *blir gitt*, og ikkje teieplikta i seg sjølv som er det sentrale, kjem dette tydelegare fram, slik departementet ser det.

Departementet foreslår også å tilføye «eller brukeres» i § 17 første punktum, slik at det blir tydeleg at føresegna også gjeld for brukarar. Dette følger opp eit forslag som er fremma av Ariansonutvalget i NOU: 2015: 11 «Med åpne kort».

## 10.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

---

Den foreslåtte presiseringa av innhaldet i opplysningsplikta i helsepersonellova § 17 vil slik departementet ser det ikkje gi økonomiske eller administrative konsekvensar i særleg grad.

## 11 Enkelte tekniske endringar i helsepersonellova

### 11.1 Innleiing og forslag i høyringsnotatet

---

I høyringsnotatet foreslo departementet fleire tekniske endringar i helsepersonellova, som har til hensikt å tydeleggjere eller presisere dei gjeldande føresegnene. I tillegg blei det foreslått å oppheve helsepersonellova § 38, som ikkje har tredd i kraft.

### 11.2 Høyringsinstansane sitt syn

---

Alle høyringsinstansane som har uttalt seg om forslaget om tekniske endringar i helsepersonellova, støttar forslaga. *Helsedirektoratet* uttaler seg slik:

«Departementet foreslår en rekke tekniske endringer i helsepersonelloven (§§ 6, 11, 62 og 74) som skal bidra til å tydeliggjøre innholdet i dagens bestemmelser. I tillegg foreslås det å oppheve helsepersonelloven § 38 som ikke har trådt i kraft. Helsedirektoratet har ingen merknader ut over at vi støtter alle endringsforslag som bidrar til å gjøre lovgivningen enklere å forstå for de som skal anvende regelverket.»

Forslaget om å oppheve helsepersonellova § 38, som ikkje har tredd i kraft, blir òg støtta, med unntak av *Tromsø kommune*, som seier dette:

«Tromsø kommune kommenterer likevel at det å anta at virksomheten alene skal være ansvarlig for å melde om forholdene, tar ansvaret bort fra det enkelte helsepersonell. Dersom plikten ikke skulle ivaretas, vil det stille enkelt helsepersonell i en uheldig skvis dersom det ikke er hjemmel i lov om at det enkelte helsepersonell har en plikt til å melde i henhold til § 38 i Helsepersonelloven. Kommuneoverlegen mener derfor at § 38 burde stå slik den står, og at den kommunale virksomheten i tillegg omfattes av plikten på lik linje med spesialisthelsetjenesten.»

### 11.3 Departementet sine vurderingar og forslag

---

#### 11.3.1 Helsepersonellova § 6

Departementet opprettheld forslaget om å endre helsepersonellova § 6 ved å erstatte ordet «pasienter» med «pasient», slik at det går klart fram av føresegna at plikta i tillegg omfattar ressursbruk ved helsehjelp til den enkelte pasienten. Forslaget har fått god støtte hos høyringsinstansane.

Det følger av helsepersonellova § 6 at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpa ikkje påfører pasientar, helseinstitusjon, trygda eller andre unødvendig tidstap. Det går fram av forarbeida til føresegna at plikta i tillegg omfattar ressursbruk ved utgreiing, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasienten.

#### 11.3.2 Helsepersonellova § 11

Departementet opprettheld forslaget om å endre helsepersonellova § 11 slik at det går uttrykkeleg fram at føresegna gir heimel for å gjere unntak for kategoriar av legemiddel i forskrifter. Forslaget har fått god støtte hos høyringsinstansane.

Etter helsepersonellova § 11 andre ledd kan departementet i forskrift gi nærmare føresegner om rekvirering av legemiddel, og også om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan òg avgjerast at det kan givast unntak for *bestemte legemiddel* heilt eller delvis når det gjeld denne retten. I enkelte tilfelle kan det vere aktuelt og hensiktsmessig å gjere unntak for kategoriar av legemiddel i staden for å ramse opp kvart enkelt legemiddel innan ein kategori. Ein slik teknikk vil òg bidra til at nye legemiddel i same kategori blir omfatta av unntak utan at forskrifta må endrast. Departementet har tolka den gjeldande føresegna slik at ho òg gir tilgang til å gjere unntak for kategoriar av legemiddel, og endrar derfor føresegna slik at dette uttrykkeleg går fram.

### 11.3.3 Helsepersonellova § 38

Departementet opprettheld forslaget om å oppheve helsepersonellova § 38. Forslaget har fått god støtte hos høyringsinstansane.

Etter helsepersonellova § 38 har helsepersonell meldeplikt til Fylkesmannen dersom ein pasient blir valda stor personskade som følge av yting av helsehjelp, eller dersom ein pasient eller brukar skadar ein annan. Denne føresegna har ikkje tredd i kraft. Føresegna er først og fremst aktuell for helsepersonell som arbeider i kommunane, ettersom desse ikkje er omfatta av meldeplikta etter spesialisthelsetenestelova § 3-3. Det blei foreslått å oppheve føresegna i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesten), men forslaget blei ikkje følgt opp i lovvedtaket, truleg ved ein feil. I NOU 2015: 11 «Med åpne kort» foreslår utvalet å oppheve den nemnde føresegna.

Fleirtalet i utvalet foreslår å innføre meldeplikt for alle tenesteytarar i spesialisthelsetenesta og i den kommunale helse- og omsorgstenesta, også tenesteytarar utanfor institusjon. Det blir som følge av dette foreslått å utvide spesialisthelsetenestelova § 3-3, noko som inneber at meldeplikta i tillegg vil gjelde for verksemd utanfor helseinstitusjonar. Dette vil òg omfatte private tenesteytarar utan avtale med helseføretak eller regionalt helseføretak. I tillegg blir det foreslått ei ny føresegn i helse- og omsorgstenestelova, som skal utformast på same måte som spesialisthelsetenestelova § 3-3 med dei endringane utvalet foreslår. Utvalet meiner meldeplikta bør ligge hos verksemda, ikkje hos det enkelte helsepersonellet.

NOU 2015: 11 «Med åpne kort» er no til vurdering i departementet etter å ha vore på høyring. I høyringa av utgreiinga er det ikkje komme innspel som tilseier at helsepersonellova § 38 ikkje bør opphevast. Dersom det blir aktuelt å utvide meldeordninga til å omfatte kommunale helse- og omsorgstenester, må det fremmast forslag for Stortinget om lovendringa. Departementet har vurdert det slik at det derfor kan verke uryddig å la § 38 bli ståande i helsepersonellova, ettersom denne ikkje har tredd i kraft.

### 11.3.4 Helsepersonellova § 62

Departementet opprettheld forslaget om å presisere i helsepersonellova § 62 at avslag på ein søknad om spesialistgodkjenning òg er eit enkeltved-

tak etter forvaltningslova § 2. Forslaget har fått god støtte hos høyringsinstansane.

Statens helsetilsyn kan gi ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning til helsepersonell som har mista autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved tilbakekall eller frivillig tilbakekall, dersom vedkommande godtgjer at han/ho er skikka, jf. helsepersonellova § 62 første ledd. Det går fram av helsepersonellova § 62 andre ledd at avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningslova. Eit avslag på ein søknad om spesialistgodkjenning er òg eit enkeltvedtak etter forvaltningslova § 2. Dette er ikkje presisert i helsepersonellova § 62 andre ledd. Departementet presiserer derfor dette i føresegna.

### 11.3.5 Helsepersonellova § 74

Departementet opprettheld forslaget om å presisere i helsepersonellova § 74 første ledd at det berre er dei som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, som etter hovudregelen har rett til å bruke dei yrkesnemningane som kjenneteiknar vedkommande gruppe helsepersonell. Forslaget har fått god støtte hos høyringsinstansane.

Det følger av helsepersonellova § 74 første ledd første punktum at berre den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å bruke slik yrkesnemning som kjenneteiknar vedkommande gruppe helsepersonell. Dette er hovudregelen, og det er gjort enkelte unntak i andre og tredje ledd av føresegna.

Det går ikkje fram av første ledd at det berre er norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning som gir rett til å bruke yrkestittelen, men dette går fram av forarbeida til føresegna. I andre og tredje ledd av føresegna blir derimot norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning brukt. Med norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning meiner vi autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt etter kap. 9 i helsepersonellova.

## 11.4 Økonomiske og administrative konsekvensar

Dei tekniske endringane nemnde over gjer innhaldet i føresegna tydelegare og vil slik departementet ser det ikkje få økonomiske eller administrative konsekvensar.

## 12 Oppheving av apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a

### 12.1 Innleiing

Apoteklova stiller krav om at den som ønsker å eige og drive eit apotek i Noreg, må ha både apotekkesesjon og driftskonsesjon, jf. § 1-4. Mens ein apotekkesesjon gir rett til å eige eit apotek, gir ein driftskonsesjon rett til å vere driftsansvarleg for dette apoteket. Vilkåra for tildeiling av apotekkesesjon og driftskonsesjon følger av kapittel 2 og 3 i apoteklova. Endringsforslaget i denne proposisjonen er avgrensa til regelverket om driftskonsesjon.

Kravet om driftskonsesjon inneber at alle apotek må ha ein driftsansvarleg provisorfarmasøyt (apotekar). For å kunne bli driftsansvarleg må farmasøyten tilfredsstille krava til blant anna utdanning, relevant praksis og autorisasjon, jf. apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a til f.

§ 3-2 første ledd bokstav a stiller etter ordlyden opp eit sjølvstendig krav til utdanning. Dette kravet inneber at kandidatar med utdanning frå andre EØS-land eller land utanfor EØS (tredjeland) som har fått autorisasjon som provisorfarmasøyt, likevel kan bli nekta driftskonsesjon fordi utdanninga ikkje blir rekna som jamgod med norsk eksamen. Ein slik rettsstilstand kan utgjere brot på EØS-retten. På bakgrunn av dette har departementet bede Statens legemiddelverk om å legge til grunn ei forståing av § 3-2 første ledd som ikkje strider mot dei forpliktingane Noreg har etter EØS-avtalen.

For å oppnå samsvar mellom ordlyden og gjeldande praksis foreslår departementet å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a.

### 12.2 Gjeldande rett

#### 12.2.1 Krava til utdanning i apoteklova og helsepersonellova

Det er eit minimumskrav etter apoteklova § 3-2 første ledd bokstav c at den som søker om driftskonsesjon, har autorisasjon som provisorfarmasøyt. Med verknad frå 1. januar 2016 er det Helsedepartementet som tildeler autorisasjonen etter helsepersonellova § 48, medrekna autorisasjon som provisorfarmasøyt.

I helsepersonellova § 48 a første ledd er det oppført fleire alternative vilkår om utdanning, jf. bokstavane a til d. Forutan eksamen avlagd ved ein norsk utdanningsinstitusjon blir eksamen «anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning» også godkjend, sjå høvesvis bokstav a og b. Vidare blir utanlandsk eksamen godteken dersom «denne anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk utdanning og eksamen», jf. bokstav c. På tilsvarende vis vil ein søker som har «den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring», kunne ha krav på autorisasjon, sjå bokstav d.

Det er likevel ikkje nok at den som ønsker å bli apotekar, oppfyller vilkåra til utdanning etter helsepersonellova. Apoteklova stiller òg eit sjølvstendig krav om utdanning. Av § 3-2 første ledd bokstav a går det fram at søkaren må ha «norsk eksamen cand.pharm., master i farmasi eller utenlandsk utdanning som anerkjennes som jevn god med norsk eksamen, jf. helsepersonelloven § 48 a første ledd bokstav c».

Ettersom apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a ikkje viser til helsepersonellova § 48 første ledd bokstav b, er det tilsynelatande slik at ein provisorfarmasøyt som har fått autorisasjon på grunnlag av avtale om gjensidig godkjenning, ikkje utan vidare oppfyller vilkåra i apoteklova for å bli apotekar. Formuleringa i apoteklova legg opp til at Statens legemiddelverk, som er tildelt kompetanse til å handsame søknader om driftskonsesjon, på ny skal vurdere om utdanninga til søkaren er «jevn god» med tilsvarende norsk utdanning.

#### 12.2.2 Multilaterale avtalar om gjensidig godkjenning

Noreg er bunde av to multilaterale avtalar om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjonar: europaparlaments- og rådsdirektiv nr. 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av faglige kvalifikasjonar (heretter yrkeskvalifikasjonsdirektivet) og Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer av 14. juni 1993 (Arjeplogavtalen).

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet er delvis inkorporert i norsk rett gjennom forskrift av 8. oktober 2008 nr. 1130, om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits). Forskrifta § 11 første ledd fastset dette:

«Søker som har gjennomgått utdanning til provisorfarmasøyt, farmasøytisk kandidat, i et annet EØS-land eller i Sveits og som oppfyller vilkårene i § 5 eller § 6, skal få sin utdanning lagt til grunn som tilsvarende norsk provisorfarmasøytutdanning ved søknad om driftskonsesjon til å drive apotek her i landet.»

Forskrifta § 5 regulerer autorisasjon og lisens på grunnlag av kvalifikasjonsbevis, mens § 6 regulerer autorisasjon og lisens på grunnlag av erverva rettar. Det ligg til Helsedirektoratet å vurdere om vilkåra for autorisasjon etter desse føresegnene er oppfylte.

§ 11 i forskrifta uttrykker klart at søkarar med provisorfarmasøytutdanning frå eit anna EØS-land eller Sveits har krav på å få lagt denne utdanninga til grunn når dei søker om driftskonsesjon. Sjølv om ordlyden er avgrensa til utdanning frå EØS-land og Sveits, har også kandidatar med utdanning frå tredjeland krav på driftskonsesjon, så framt denne utdanninga er godkjend i eit EØS-land eller Sveits og søkaren kan dokumentere tre års praksis frå godkjenningslandet. Dette følger av forskrifta § 23 første ledd:

«Søker har rett til å få sin søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning vurdert etter forskriften kapittel 3 dersom vedkommende har kvalifikasjonsbevis utstedt i et tredjeland, oppfyller direktivets minstekrav til utdannelse og har minst tre års attestert yrkeserfaring fra en avtalesat som har anerkjent beviset.»

Forskrifta bygger på ein føresetnad om at det første EØS-landet som tildeler autorisasjon, skal ta stilling til om minstekravet til utdanning i yrkeskvalifikasjonsdirektivet er oppfylt.

Verknaden av godkjend utdanning som provisorfarmasøyt er at kandidatar utdanna i EØS-land eller eit tredjeland kan «utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge», jf. § 3 i forskrifta.

Forutan yrkeskvalifikasjonsdirektivet kan statsborgarar frå nordiske land ha krav på autorisasjon på grunnlag av Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer av 14. juni 1993 og avtale mellom Danmark, Finland, Island, Noreg og Sverige av 11. november 1998 om endring i Overenskomst om felles nordisk arbeids-

marked for yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (heretter «den nordiske overenskomsten»). Den nordiske overenskomsten gir noko vidare moglegheiter for autorisasjon samanlikna med yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men helsepersonellova § 48 a likestiller autorisasjon etter desse to heimlane. Når ein nordisk statsborgar fremmar søknad om autorisasjon som provisorfarmasøyt, gjer Helsedirektoratet vedtak om autorisasjon etter den nordiske overenskomsten dersom det er grunnlag for det, utan å vurdere om også yrkeskvalifikasjonsdirektivet gir rett til autorisasjon.

### 12.2.3 Praktiseringa av gjeldande regelverk

Departementet meiner ordlyden i apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a om utdanning er i strid med dei EØS-rettslege forpliktingane våre.

Gjeldande apoteklov § 3-2 første ledd bokstav a tredde i kraft 1. januar 2010. Fram til 1. januar 2010 lydte bokstav a slik:

«Søker har norsk eksamen cand. pharm eller tilsvarende universitetsutdanning fra EØS-området eller som er godkjent av departementet.»

Etter denne ordlyden var det ikkje tvil om at også ein søkar som hadde fått eksamen godkjend etter avtale om gjensidig godkjenning, oppfylte vilkåret om utdanning.

Ordlyden blei endra for å presisere at autorisasjon etter den dågjeldande helsepersonellova § 48 tredje ledd bokstav c («på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet») ikkje var tilstrekkeleg for å ha rettskrav på driftskonsesjon. Vidare skulle lovendringa presisere at Statens legemiddelverk skulle legge til grunn Helsedirektoratet (det dåverande Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) si vurdering av kva som blir rekna som «jevngod» utdanning. Lovgivar hadde ikkje intensjon om å ta frå provisorfarmasøytar med utdanning frå EØS-land sjansen til å bli apotekar i Noreg.

På bakgrunn av forhistoria til føresegna har departementet bede Statens legemiddelverk om å tolke § 3-2 første ledd bokstav a innskrenkande. Gjeldande praksis skil mellom provisorfarmasøytar som har fått autorisasjon på grunnlag av yrkeskvalifikasjonsdirektivet, og kandidatar som har blitt vurderte etter den nordiske overenskomsten. Når Statens legemiddelverk tek imot ein søknad om driftskonsesjon, hentar dei inn opplysningar frå Helsedirektoratet om grunnlaget for autorisasjonen. Dersom yrkeskvalifikasjonsdirektivet ligg til grunn for søkaren sin autorisasjon, blir utdanningskravet etter apoteklova § 3-2 første

ledd bokstav a rekna for å vere oppfylt. Dersom autorisasjonen har vore gitt med heimel i føresegnene i den nordiske overeinskomsten, har Helse- og omsorgsdepartementet på førespurnad frå Statens legemiddelverk måtta vurdere om søkaren har krav på autorisasjon også etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

### 12.3 Forslag i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a. Endringsforslaget inneber at det ikkje skal stillast krav til utdanning utover vilkåra for autorisasjon, slik desse går fram av helsepersonellova § 48 a. Forslaget til endring vil blant anna innebere at ein provisorfarmasøyt som har autorisasjon etter helsepersonellova § 48 a bokstav d, «har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring», vil oppfylle kravet til utdanning. I praksis inneber forslaget at Statens legemiddelverk ikkje treng å kontakte Helsedirektoratet for å undersøke grunnlaget søkaren har for å få autorisasjon. Det ville etter departementet si meining kunne forenkle sakshandsaminga og redusere sakshandsamingstida. Departementet vurderte det slik at dei nødvendige faglege krava til apotekar var bevarte.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet sikrar at farmasøytutdanning i dei ulike EØS-landa oppfyller visse minimumskrav. Desse krava blir rekna for å sikre at utdanninga er jamgod med norsk eksamen cand.pharm. og master i farmasi.

Departementet la til grunn at stillinga som apotekar er ein naturleg del av det å utøve yrket som provisorfarmasøyt. I tråd med føresegnene i forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits skal moglegheitene for å få driftskonsesjon i utgangspunktet vere opne også for kandidatar med utdanning frå andre EØS-land og kandidatar utdanna i tredjeland, så framtid utdanninga er godkjend med bakgrunn i yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Høyringsnotatet erkjende at det kan oppstå situasjonar der ein kandidat har fått tildelt autorisasjon i eit EØS-land trass i at utdanninga har vore kortare enn i Noreg. Som eit eksempel viser vi til svensk farmasiutdanning. Lengda på utdanninga blei endra på 1980-talet. Søkarar som har fullført utdanninga før denne endringa, vil kunne få godkjent utdanninga i Noreg trass i at dei har studert i kortare tid enn norske søkarar. Desse søkarane vil normalt ha lang arbeidserfaring frå svenske apotek.

### 12.4 Høyringsinstansane sitt syn

Det er berre nokre få av høyringsinstansane som har kommentert forslaget til endring av apoteklova § 3-2. Oppfatningane er delte blant høyringsinstansane som uttaler seg.

*Statens legemiddelverk, Norges Farmaceutiske Forening og Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt* går imot at apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a blir oppheva.

*Statens legemiddelverk* er uroa for at forslaget vil endre den farmasøytisk faglege kvaliteten for leiinga i dei norske apoteka, og meiner at ei presisering i apoteklova § 3-2 første ledd bokstav c om at berre autorisasjon i samsvar med helsepersonellova § 48 a bokstav a og c vil vere tilstrekkeleg for å kunne inneha driftskonsesjon, vil kunne sikre kravet til utdanning i samsvar med yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Statens legemiddelverk har merkt seg at departementet i høyringsnotatet skriv at retten til å få autorisasjon med heimel i bokstav d er avgrensa til «dersom kvalifikasjonene til søkeren er likeverdige med norsk utdanning som provisorfarmasøyt», men saknar denne avgrensinga klart uttrykt i den gjeldande reguleringa.

*Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt* meiner at det å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a vil senke standarden på konsesjonærar ved norske apotek og kunne utgjere ein potensiell fare for folkehelsestryggleiken.

*Norges Farmaceutiske Forening* ser behovet for å forenkle sakshandsaminga, men støttar likevel ikkje forslaget. Dette blir grunnlagt med at det i fleire saker kan reisast tvil om Helsedirektoratet (tidlegare SAK/SAFH) sine vurderingar ved godkjenning av autorisasjonar til provisorfarmasøytar og reseptarfarmasøytar med utanlandske utdanningar, og at det har vore ueinigheit mellom tidlegare Statens autorisasjonskontor og Statens legemiddelverk når det gjeld slike vurderingar. *Norges Farmaceutiske Forening* meiner derfor det framleis er viktig at Statens legemiddelverk er ein tryggingventil når faglegheita til søkarar av driftskonsesjon skal vurderast.

*Apotekforeningen* seier at det å fjerne kravet om jamgod vurdering av utdanninga til farmasøyten inneber å nedjustere utdanningskravet for å kunne vere driftskonsesjonær til apotek, og at det ikkje er ønskeleg. På den andre sida seier Apotekforeningen at det er uheldig med to ulike vurderingar av utdannings- og kompetansekrav for farmasøytar. Foreninga støttar prinsippet om at autorisasjon som provisorfarmasøyt bør vere eit godt nok grunnlag for å tildele driftskonsesjon, og

at ein bør ha som føresetnad at utdanninga til provisorfarmasøyten er jamgod med norsk cand.pharm./master i farmasi.

*Bergen kommune og Helseklage, Nasjonalt klageorgan for helsetenesta* støttar forslaget om å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a. Helseklage kan ikkje sjå at det er nokon sakleg grunn til å skilje mellom provisorfarmasøytar ut frå kva grunnlag dei har fått autorisasjonen på, og at det må vere ein føresetnad at vurderinga om «nødvendig kyndighet» ligg tett opp til dei krava som blir stilte i helsepersonellova § 48 a bokstav c.

## 12.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Slik departementet ser det, er det unødvendig og kompliserande at apoteklova stiller eit sjølvstendig krav om utdanning for at ein provisorfarmasøyt skal bli rekna som kvalifisert som apotekar. Departementet opprettheld forslaget i høyringsnotatet om å oppheve apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a.

Enkelte av høyringsinstansane er uroa over at dei faglege krava til apotek blir svekte når endringsforslaget inneber at det ikkje skal stillast krav til utdanning utover vilkåra for autorisasjon, slik desse går fram av helsepersonellova § 48 a.

Forslaget til endring vil blant anna innebere at ein provisorfarmasøyt som har autorisasjon etter helsepersonellova § 48 a bokstav d, «har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring», vil oppfylle kravet til utdanning. Departementet vil i denne samanhengen understreke at søkar berre vil ha rett til autorisasjon etter helsepersonellova § 48 a bokstav d dersom kvalifikasjonane til søkaren er likeverdige med norsk utdanning som provisorfarmasøyt. Dette blir understreka i den særskilde merknaden til helsepersonellova § 48 a bokstav d i Prop. 99 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon):

«I vurderingen av hvorvidt det foreligger 'nødvendig kyndighet' må det ses hen til kravene som stilles til den norske utdanningen i vedkommende fag. For den som ikke har en utdanning og eksamen som er jevn god med tilsvarende norsk eksamen, jf. helsepersonelloven § 48 a første ledd bokstavene a til c, kan tilleggsutdanning og/eller yrkeserfaring veie

opp for enkelte mangler i søkerens utdanning, slik at søkerens samlede kvalifikasjoner bedømmes som jevn gode med tilsvarende norsk utdanning og eksamen.»

Kva som ligg i kravet til «jevngodhet» etter helsepersonellova, går fram av Prop. 99 L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon), side 15:

«Det er i praksis lagt til grunn at kravet om jevn godhet ikke innebærer et krav om at utdanningen er helt sammenfallende med den norske utdanningen i innhold. I vurderingen er det avgjørende om vedkommende søkers utdanning samlet sett er av en slik kvalitet og et slikt omfang at den må anses faglig jevn god med den aktuelle norske utdanningen. Det må foretas en helhetsvurdering av utdanningens nivå, varighet og innhold, se nærmere punktene 4.3 og 4.4.»

Slik departementet vurderer det, vil ein provisorfarmasøyt, uavhengig av grunnlaget for autorisasjonen, vere kvalifisert til å drive eit apotek, så framtil vilkåra i § 3-2 første ledd bokstav b og d til f er oppfylte.

Departementet vurderer det slik at det å oppheve tilleggskravet i apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a vil sikre ei enklare sakshandsaming og større føreseielegheit for potensielle søkarar og apoteknæringa, utan at dette i vesentleg grad kan svekke apoteket sine føresetnader for å fylle den faglege rolla, jf. apoteklova § 1-1.

Departementet foreslår dessutan i denne proposisjonen ei endring i § 3-2 første ledd bokstav b om krav til farmasøytisk praksis for å ha rett til driftskonsesjon. Etter føresegna er det eit krav at søkaren har minst 2 års farmasøytisk praksis etter eksamen, der minst 12 månader av dette er praksis ved apotek i EØS-området. Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits § 11 andre ledd likestiller praksis i apotek i eit anna EØS-land eller Sveits med teneste ved norsk apotek i samband med krav ved driftskonsesjon. Bakgrunnen for forskriftsføresegna er at statsborgarar frå Sveits har rett til å få godkjend yrkeskvalifikasjonar etter Vedlegg K i EFTA-avtalen. Departementet foreslår derfor ei endring i apoteklova § 3-2 første ledd bokstav b, slik at Sveits blir likestilt med EØS-land. Forslaget inneber inga endring i rettstilstanden.

## 12.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

---

Departementet meiner at endringsforslaget fører til innsparingar for offentleg forvaltning. Ved at Statens legemiddelverk legg til grunn Helsedirektoratet si vurdering av utdanninga til søkaren, unngår vi at den same dokumentasjonen blir handsama dobbelt. Ettersom autorisasjon skal

vere det einaste kriteriet for utdanninga, vil det ikkje lenger vere nødvendig at Helsedirektoratet handsamar førespurnader frå Statens legemiddelverk om kva grunnlag autorisasjonen blei gitt på. Denne ansvarsfordelinga mellom etatane vil både vere ressurs- og tidssparande.

Den foreslåtte forenklinga i prosedyrane for søknadshandsaminga vil òg vere gunstig for den som søker driftskonsesjon.



## 13 Tydeleggjering av verkeområdet for pasientskadelova

### 13.1 Innleiing

Pasientar som har blitt påført ein skade som kjem av behandling, undersøking, diagnostisering eller oppfølging hos helsepersonell eller personell ved institusjonar i helse- og omsorgstenesta, kan ha krav på erstatning etter pasientskadelova. Skaden må komme av svikt i behandlinga, og det er som hovudregel eit krav at skaden i tillegg må ha ført til eit økonomisk tap.

Verkeområdet for pasientskadelova må tydeleggjerast for dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helserelatert behandling» etter alternativ behandlingslova.

### 13.2 Gjeldande rett

Verkeområdet for pasientskadelova går fram av § 1 i lova. Som nemnt gjeld lova i hovudsak for skadar som er valda i institusjon under spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta, samt skadar som er valde av helsepersonell som yt helsehjelp i samsvar med offentleg autorisasjon eller lisens, jf. § 1 første ledd bokstav a og bokstav c.

Helsepersonellova gjeld for helsepersonell og verksemder som yt helsehjelp i riket, jf. § 2 første ledd. Kven som er helsepersonell, følger av § 3 i lova, jf. særleg første ledd nr. 1 av føresegna, som fastslår at helsepersonell er personell med autorisasjon eller lisens i samsvar med lova.

Omgrepet «helsehjelp» er definert i § 3 andre ledd, der det går fram kva ein meiner med helsehjelp; «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell».

Verkeområdet til alternativ behandlingslova går fram av § 2 i lova. Av første ledd av føresegna går det fram at lova gjeld for den som tilbyr eller utøver alternativ behandling i riket. Av tredje ledd går det fram at alternativ behandling som hovudregel er «helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke

utøves av autorisert helsepersonell». I femte ledd av føresegna blir det presisert at helsepersonellova i tillegg vil gjelde når alternativ behandling blir utøvd i helse- og omsorgstenesta eller av autorisert helsepersonell.

Situasjonen der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helserelatert behandling» etter alternativ behandlingslova, er omtalt fleire stader i forarbeida til lova, Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Departementet viser her blant anna til dei spesielle merknadene til § 2 som er tatt inn i kapittel 17 i proposisjonen.

Problemstillinga er dessutan omtalt i punkt 12.8.4 i proposisjonen («Forholdet til helsepersonelloven») og i punkt 12.17.6.1 i proposisjonen, («Tilsyn med alternativ behandling»).

I proposisjonen er det òg gjort greie for pasientskadelova og i kva grad alternativ behandling utført av autorisert helsepersonell kan omfattast av pasientskadelova, jf. punkt 7.19, der blant anna dette blir uttalt:

«I hvilken utstrekning pasientskadeloven vil gjelde i forhold til skader voldt i forbindelse med utøvelse av alternativ behandling vil bero på hvor og av hvem skaden er voldt, samt tolkning av loven.

Skade voldt av alternativ behandler som ikke har autorisasjon eller lisens som helsepersonell og som driver privat behandlingsvirksomhet, faller helt klart utenfor pasientskadelovens virkeområde.

Når alternativ behandling utøves i institusjon under spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, jf. § 1 første ledd bokstav a), vil skaden omfattes av pasientskadeloven uansett om skaden er voldt av autorisert helsepersonell eller av annet personell ansatt eller engasjert i institusjonen.

Dersom skade er voldt under alternativ behandling som ble utøvet integrert i ordinær helsetjeneste utenfor institusjon, for eksempel hos lege eller fysioterapeut, vil pasientskadeloven måtte gjelde. Dette vil særlig være tilfelle

der virksomheten er et ledd i den offentlige helsetjenesten, for eksempel med fastlegeavtale, men det samme må antas der virksomheten er rent privat.

Det er derimot tvilsomt om pasientskadeloven vil omfatte skade voldt under utøvelse av alternativ behandling når utøveren er en person med autorisasjon som helsepersonell, men behandlingen skjer i en rent privat virksomhet hvor det utelukkende eller i hovedsak utøves alternativ behandling. Svaret må bero på en tolkning av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c) og en vurdering av virksomhetens art.

Dersom det i virksomheten utøves behandling som er forbeholdt helsepersonell, vil det være nærliggende å si at det dreier seg om «helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens». Hvilke typer behandling som er forbeholdt helsepersonell fremgår i dag av kvaksalverloven § 3 og § 4, jf. omtale i punkt 7.2, mens departementets forslag til ny regulering av dette er inntatt i utkastet til lov om alternativ behandling §§ 5 til 7, jf. omtale i kapittel 12.

Ved vurderingen vil det også kunne være relevant hvor mye virksomheten skiller seg fra den type virksomhet vedkommende autoriserte helsepersonellgruppe ordinært utøver, om virksomheten er markedsført med angivelse av helsepersoneltittel, og hvilken informasjon pasienten har fått med hensyn til om behandlingen er ordinær helsehjelp eller alternativ behandling mv. Det må i noen grad kunne ses hen til om pasienten har en berettiget forventning om at pasientskadeloven vil gjelde.

Vurderingen vil i noen grad være en parallell til vurderingen av i hvilken utstrekning denne type virksomhet omfattes av pasientrettighetsloven, selv om den vurderingen særlig vil måtte knyttes til tolkningen av begrepet «helsetjenesten». Det vises til pkt. 7.4 og 12.8.5. Det vises også til pkt. 12.8.4 om forholdet til helsepersonelloven når autorisert helsepersonell utøver alternativ behandling. Dette forslås lovregulert, jf. lovutkastet § 2 femte ledd, mens forholdet til pasientrettighetsloven og pasientskadeloven og andre lover vil bero på tolkning av lovene.

Som det fremgår av pkt. 12.8.4 og lovforslaget § 2 femte ledd foreslår departementet at helsepersonelloven skal gjelde også når helsepersonell i det vesentligste eller utelukkende utøver alternativ behandling. Således vil forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20

gjelde også i slik virksomhet. Selv om pasientskadeloven neppe kommer til anvendelse med de fordeler det innebærer for skadelidte, skal behandleren i alle fall ha forsikring som dekker skade voldt i denne type virksomhet.»

### 13.3 Forslag i høyringsnotatet

I høyringsnotatet foreslo departementet å tydeleggjere verkeområdet for pasientskadelova for dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helselatert behandling» etter alternativ behandlingslova.

### 13.4 Høyringsinstansane sitt syn

Det er ikkje mange høyringsinstansar som har merknader til forslaget, men dei som har uttalt seg, støttar forslaget. Forslaget blir blant anna støtta av *Norsk pasientskadeerstatning, Pasient- og brukarombudet i Vestfold – på vegne av landets 17 pasient- og brukarombud, Universitetet i Tromsø og Bergen kommune.*

*Universitetet i Tromsø* uttaler seg slik:

«Ut fra NAFKAMs undersøkelser blant alternative behandlere vet vi at en ikke ubetydelig andel også innehar autorisasjon som helsepersonell. Disse gir alternativ behandling som i varierende grad kan sies å være «en integrert og sammenhengende del av helsehjelpen». Behandlingen tilbys både innenfor og utenfor helsetjenesten. Når det gjelder muligheten for erstatning ved pasientskade, vurderer vi dette til å være en uoversiktlig situasjon for norske pasienter.

Vi ser derfor positivt på at helsemyndighetene ønsker en tydeliggjøring av gjeldende rett på området (...)»

### 13.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet opprettheld forslaget om å tydeleggjere verkeområdet for pasientskadelova for dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helselatert behandling» etter alternativ behandlingslova. I pasientskadelova § 1 første ledd foreslår departementet eit nytt punktum i bokstav c som gjer at lova også gjeld

skader «voldt av helsepersonell i forbindelse med helsereelatert behandling etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 tredje ledd, som ytes i tilknytning til ordinær helsehjelp, som en integrert og sammenhengende del av behandlingen.»

Forslaget blir støtta av høyringsinstansane.

Reguleringa i pasientskadelova der autorisert helsepersonell påfører pasientar skade ved yting av «helsereelatert behandling» etter alternativ behandlingslova, kan i enkelte situasjonar verke uklar.

I den norske offentlege helse- og omsorgstenesta har ein tradisjonelt operert med eit skilje mellom på den eine sida helse- og omsorgstenester og helsepersonellgrupper som har ei «skulemedisinsk» forankring, og alternative behandlingsformer og behandlarar på den andre sida. Dette skiljet er òg lagt til grunn i den gjeldande lovgivinga. Helse- og omsorgstenestelovgivinga, medrekna autorisasjonsordninga i helsepersonellova, regulerer tenester og personellgrupper som gjennom utdanninga har ei «skulemedisinsk» forankring, mens alternativ behandlingslova regulerer helsereelaterte tenester som ikkje blir rekna som helsehjelp etter helsepersonellova.

Med «skulemedisin» meiner vi grovt sett den kunnskapen og yrkesaktiviteten som er basert på ein biomedisinsk forståingsmodell, og som ligg til grunn for den helsefaglege kunnskapen som autorisert helsepersonell tek i bruk. Skulemedisinen bygger på vestleg naturvitskap, og kravet om at behandlinga/effekten av behandlinga skal vere dokumentert, anten gjennom vitskapleg forskning eller erfaringsbasert systemisert kunnskap, står svært sentralt. Med alternativ behandling meiner ein i stor grad behandling som bygger på eit anna teoretisk grunnlag enn skulemedisinen. Gjennomgåande skil mange av desse behandlingane seg frå skulemedisinen når det gjeld sjukdomslære, forklaring av årsaka til sjukdomar og behandlingsprinsipp for ulike sjukdomar. Kunnskapsgrunnlaget, både når det gjeld forklarings-/verknadsmodellane for behandlingsformene og effekten av behandlingsformene, er varierende og i mange tilfelle mangelfullt vurdert i forhold til den standarden ein har bygd skulemedisinen og den ordinære helsetenesta på.

Desse ulikeheitene mellom såkalla skulemedisinsk behandling og alternativ behandling er langt på veg òg lagt til grunn ved avgrensinga av verkeområdet til pasientskadelova.

I tråd med utsegner i Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv., legg departementet til grunn at skade valde

av ein alternativ behandlar som ikkje har autorisasjon eller lisens som helsepersonell, og som driv privat behandlingsverksemd, heilt klart fell utanfor verkeområdet til pasientskadelova.

På same måte verkar det klart at når alternativ behandling blir utøvd i institusjon under spesialisthelsetenesta eller den kommunale helse- og omsorgstenesta, jf. pasientskadelova § 1 første ledd bokstav a, vil skaden kunne bli omfatta av lova uansett om skaden er valda av autorisert helsepersonell eller av anna personell som er tilsett eller engasjert i institusjonen.

Departementet meiner likevel at reguleringa i pasientskadelova kan verke uklar i dei tilfella der helsepersonell ved yting av helsehjelp i tillegg yt alternativ behandling som ein integrert del av ordinær helseteneste utanfor institusjon.

Dersom skade er valde under alternativ behandling som blei utøvd integrert i ordinær helseteneste utanfor institusjon, for eksempel hos lege eller fysioterapeut, legg departementet til grunn at pasientskadelova vil måtte gjelde. Dette vil særleg vere tilfellet der verksemda er eit ledd i den offentlege helsetenesta, for eksempel med fastlegeavtale, men ein må rekne med det same der verksemda er reint privat.

I tråd med utsegner i Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv., legg likevel departementet til grunn at pasientskadelova berre reint unntaksvis vil omfatte skade valde under utøving av alternativ behandling når utøvaren er ein person med autorisasjon som helsepersonell, men behandlinga skjer i ei reint privat verksemd der det berre, eller i hovudsaka, blir utøvd alternativ behandling.

Om ein oppsummerer vil det derfor vere slik at når helsepersonell i tillegg til å yte ordinær helsehjelp også yt alternativ behandling, vil det med omsyn til pasientskadelova vere nødvendig å ta stilling til om den alternative behandlinga skal seiast å vere integrert i ordinær helseteneste utanfor institusjon (og dermed som hovudregel omfatta av pasientskadelova), eller om den alternative behandlinga derimot skal seiast å skje i ei reint privat verksemd der det berre eller i hovudsaka blir utøvd alternativ behandling (og dermed i hovudregelen ikkje omfatta av pasientskadelova).

Departementet refererer til det som er nemnt over, og foreslår derfor å tydeleggjere verkeområdet til pasientskadelova i dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova § 3 tredje ledd og dels «helsereelatert behandling» etter alternativ behandlingslova § 2 tredje ledd.

Om ulike former for alternativ behandling i denne samanhengen skal vere å rekne som ein «integrert og sammenhengende del» av den totale helsehjelpa pasienten tek imot, vil måtte vurderast konkret, der ein særleg må sjå på typen verksemd og korleis behandlinga framstår for pasienten. Moment i ei slik vurdering vil blant anna vere om helsepersonellet yt behandlinga i ein reint privat praksis som normalt berre tilbyr alternativ behandling. Beskrivinga av det behandlingstilbodet verksemda tilbyr, vil her vere relevant, både i den direkte pasientkontakten, men òg når det gjeld namnet på verksemda, marknadsføring eller annan kontaklinformasjon, medrekna om helsepersonellet her framhevar tittelen sin som helsepersonell eller berre bruker tittelen som alternativ behandler. Det vil òg vere relevant å legge vekt på om behandlinga blir gitt i andre behandlingslokale enn dei lokala der helsepersonellet elles yt helsehjelp til pasientar, og om det rekneskapsmessig blir operert med klare grenser mellom dei ulike typane verksemd behandleren driv.

I mange situasjonar vil det altså vere klart for pasienten kva delar av behandlinga som er høvesvis «helsehjelp» etter helsepersonellova, og kva delar som er «helsereelatert behandling» etter alternativ behandlingslova. Dette kan for eksempel gjelde i tilfelle der ein fysioterapeut etter å ha gitt fysikalsk behandling til pasienten i tillegg tilbyr aromaterapi eller fotsoneterapi, i tilfelle der ulike behandlingsformer blir gitt i forskjellige behandlingslokale, eller i tilfelle der ulike behandlingsformer blir gitt i separate konsultasjonar til forskjellig tid.

I andre situasjonar kan det derimot vere vanskeleg for pasienten å vite kva konkrete delar av ei behandling som er høvesvis «helsehjelp» eller «helsereelatert behandling». Dette kan særleg vere vanskeleg når det gjeld behandling med manuelle terapiformer. Fysioterapeutar og kiropraktorar er helsepersonellgrupper som er omfatta av autorisasjonsordninga i helsepersonellova, jf. § 48 første

ledd av lova. Osteopatar og naprapatar er ikkje omfatta av autorisasjonsordninga i lova, og den behandlinga desse yter, vil dermed i hovudregelen bli regulert av alternativ behandlingslova. Dette gjeld sjølv om både osteopati og naprapati er manuelle terapiformer som har ei rekke felles trekk med fysioterapi og kiropraktikk, både når det gjeld sjukdomslære, sjukdomsforståing, forklaring av årsaka til sjukdomar, behandlingsprinsipp og behandlingsteknikkar for ulike sjukdomar.

Som nemnt går det fram av alternativ behandlingslova § 2 femte ledd at helsepersonellova også vil gjelde når alternativ behandling blir utøvd i helse- og omsorgstenesta eller av autorisert helsepersonell. Også i tilfelle der helsepersonellet inkluderer alternativ behandling som ein del av ytinga av helsehjelp, vil helsepersonellet ha ei plikt til å sikre at den behandlinga som blir ytt, er forsvarleg. Den foreslåtte lovendringa i pasientskadelova er ikkje meint å skulle endre på dette. Også etter lovendringa vil det derfor kunne oppstå situasjonar der tilsynsstyresmaktene konkluderer med brot på forsvarlegheitsplikta etter helsepersonellova § 4 og gir personellet ein administrativ reaksjon etter kapittel 11 i lova, samtidig som skaden ikkje gir rett til erstatning etter pasientskadelova.

### 13.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

---

Departementet sitt forslag til lovendring inneber å tydeleggjere allereie gjeldande rett. Forslaget er ikkje meint å skulle utvide eller innskrenke verkeområdet til pasientskadelova i dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behandling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helsereelatert behandling» etter alternativ behandlingslova. Forslaget vil derfor ikkje ha økonomiske eller administrative konsekvensar.

## 14 Merknader til dei enkelte paragrafane i lovforslaget

### Spesialisthelsetenestelova

#### Til § 3-7 a

*Første ledd* pålegg helseinstitusjonar som er omfatta av denne lova, i nødvendig utstrekning å ha barneansvarleg personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonell si oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Endringa utvidar ansvaret for det barneansvarlege personellet på helseinstitusjonane til også å omfatte mindreårige barn som pårørende søsken og etterlatne barn og søsken av slike pasientar.

Endringa er knytt opp mot endringa i helsepersonellova § 10 a og ny § 10 b, som inneber at helsepersonell får utvida plikta si til å bidra til å vareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha, frå å gjelde for mindreårige barn av pasient til å også gjelde for mindreårige søsken av pasient og mindreårige barn som etterlatne barn og søsken.

### Pasient- og brukarrettslova

#### Til § 3-1

*Første ledd andre punktum* blir utvida til også å gjelde for personar som blir rekna som «brukar» etter lova.

Tilføyinga av nytt *fjerde og femte punktum i første ledd* inneber ei særleg presisering av retten barn har til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Det følger av *tredje punktum* at forma på medverkinga skal tilpassast den enkelte si evne til å gi og ta imot informasjon. Kva dette nærare inneber for barn, blir konkretisert i nytt *fjerde og femte punktum*. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt skal få informasjon og høyrast, og det skal leggst vekt på kva barnet meiner i samsvar med alder og kor modent barnet er. Ved utforminga av nytt *fjerde og femte punktum i første ledd* er det særleg sett hen til barnelova § 31, Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12.

Når første ledd andre punktum blir utvida til også å gjelde for personar som blir rekna som

«brukar» etter lova, blir retten barn har til å medverke, både som pasientar og brukarar, regulert særskilt i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd. Det er då ikkje lenger behov for å særregulere rådføringsplikta knytt til barn i § 3-1 andre ledd, som ei konkret rådføringsplikt som berre gjeld ved tenester som tidlegare var omfatta av sosialtenestelova.

#### Til § 3-4

Endringane fører til at føresegna får føydd til nytt tredje og femte ledd. Tidlegare tredje ledd blir nytt fjerde ledd og tidlegare fjerde ledd blir nytt sjettede ledd.

§ 3-4 får nå følgjande struktur, når det gjeld første til fjerde ledd: Hovudregelen om at både pasienten eller brukaren under 16 år og foreldra eller andre som har foreldreansvaret skal informerast går fram av første ledd. Av andre ledd går unntaket som gjeld for pasientar eller brukarar mellom 12 og 16 år fram, mens det nye unntaket som skal gjelde pasient eller brukar under 16 år uavhengig av alder går fram av tredje ledd. Regelen om at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret likevel skal givast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukaren er under 18 år går fram av fjerde ledd.

I *tredje ledd* blir det innført eit nytt unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret, som òg skal gjelde når ein pasient eller brukar er under 12 år. Det er eit snevert unntak avgrensa til at informasjon ikkje skal gjevast til foreldra eller andre som har foreldreansvaret «dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det».

For at det skal ligge føre tungtvegande omsyn til pasienten eller brukaren, må pasienten eller brukaren vere i, eller antakast å vere i, ein situasjon som er alvorleg, eller som blir oppfatta som alvorleg av pasienten eller brukaren. Dette kan for eksempel vere ein alvorleg omsorgssviktsituasjon eller annan situasjon med alvorleg uro eller belastning, for eksempel knytt til kjønnsidentitet, seksualitet eller psykososiale forhold.

Situasjonen må i tillegg vere av ein slik karakter at personellet vurderer det som til beste for pasienten eller brukaren at informasjonen ikkje blir vidareformidla til foreldre eller andre som har foreldreansvaret. Det er vurderinga av kva som vil vere til beste for barnet som skal vere avgjerande. Å ikkje vidareformidle informasjon vil kunne vere til beste for barnet dersom vidareformidling vil kunne sette barnet i ein endå vanskelegare eller farleg situasjon eller dersom vidareformidlinga vil kunne hindre at barnet kjem fram med informasjon som kan føre til at barnet får hjelp.

Den som sit på informasjon om ein alvorleg situasjon for eit barn kan ikkje med dette la vere å gjere noko meir i saka. Dersom det ligg føre opplysningsplikt til barnevernet, skal opplysningane vidareformidlast, slik at barnevernet kan undersøke saka og sørge for at interessene til barnet blir sikra, jf. helsepersonellova § 33. Vidare kan det ligge føre plikt til å varsle politiet for å avverje skaden dersom opplysningane tilseier at barnet står i fare for alvorleg skade, jf. helsepersonellova § 31. Den vidare oppfølginga kan bidra til at mistanken enten blir styrkt eller avkrefta og at barnet får den hjelpa det eventuelt har behov for. Sjå nærare omtale i punkt 3.3.5.1.

For pasientar og brukarar mellom 16 og 18 år følger det etter endringa såleis av første og fjerde ledd at forelda eller andre som har foreldreansvaret berre skal få informasjon om det som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

For pasientar og brukarar mellom 12 og 16 år følger det etter endringa framleis av *andre ledd* at foreldre eller andre som har foreldreansvar ikkje skal få informasjon når pasienten eller brukaren av grunner som bør respekterast ikkje ønsker dette. Unntaket etter andre ledd, skal mellom anna sikre at unge i denne aldersgruppa kan oppsøke helse- og omsorgstenesta med personlege helseproblem utan frykt for at foreldre, som i forhold til dei aktuelle helseproblema kan stå i eit motsetnadsforhold til den unge, automatisk blir trekt inn. Eksempel på dette kan vere prevensjonsrettlegg, råd om svangerskapsavbrot lettare psykiske problem på grunn av mobbing eller saker om mishandling. For pasientar og brukarar i denne aldersgruppa vil det nye unntaket etter tredje ledd dermed bli aktuelt i alvorlege situasjonar som er omfatta av tredje ledd, der unntaket etter andre ledd ikkje er aktuelt fordi den unge ikkje sjølv oppgjer grunnar som bør respekterast for at informasjonen ikkje skal givast.

For pasientar eller brukarar under 18 år følger det av *fjerde ledd* at foreldre eller andre som har foreldreansvaret likevel skal få informasjon om

det som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, er avgrensa til informasjon som er nødvendig for at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal kunne sikre foreldreomsorga. Dette omfattar, som beskrive under punkt 3.3.2, blant anna informasjon om sjølv-mordsfare, kvar pasienten oppheld seg, og innlegging på sjukehus på grunn av livstruande tilstandar. Dersom helsepersonell i ein situasjon som er omfatta av nytt tredje ledd, vurderer at situasjonen er slik at heller ikkje denne avgrensa informasjonen kan givast til foreldre eller andre som har foreldreansvaret, må helsepersonellet vurdere om det ligg føre opplysningsplikt til barnevernstenesta slik at barnevernstenesta får anledning til å vurdere omsorgssituasjonen til barnet og behovet for å sette i verk tiltak etter barnevernlova. I *fjerde ledd nytt andre punktum* blir det innført krav om at pasientar og brukarar skal orienterast i tilfelle der foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal få informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret etter fjerde ledd første punktum.

I *femte ledd* blir det innført eit krav om at i tilfelle der det kan bli aktuelt å halde unna informasjon frå foreldre eller andre som har foreldreansvaret etter andre eller tredje ledd, skal pasienten eller brukaren så tidleg som mogleg orienterast om retten foreldre eller andre som har foreldreansvar har til å få informasjon, og unntak frå dette. For at barn skal fortelje om forhold, kan det vere ein føresetnad at dei får vite at det dei fortel, ikkje automatisk blir vidareformidla til foreldre eller andre som har foreldreansvaret. Det kan dessutan vere viktig at dei får vite dette så tidleg som mogleg, slik at dei kan få opparbeidd seg den tilliten og tryggleiken som kan gjere at dei våger å opne seg og fortelje om forholdet.

I *sjette ledd* blir det føyd til at sjette ledd også skal gjelde i tilfelle der det er fatta mellombelse vedtak om å plassere eit barn utanfor heimen etter barnevernlova § 4-6 andre ledd. Sjå nærare omtale i punkt 3.3.5.5.

#### Til § 4-3

*Første ledd bokstav b* har blitt tolka slik at barn under 16 år i spesielle avgrensa tilfelle har sjølvstendig samtykkekompetanse. Men dette følger ikkje direkte som ei naturleg forståing av lovteksten.

Innføring av *første ledd ny bokstav c* inneber ei regulering av dei avgrensa tilfella der barn mellom 12 og 16 år har sjølvstendig samtykkekompetanse.

Alternativet «tiltakets art» blir også tatt inn i bokstav c, slik at det ikkje skal oppstå tvil om at pasientar mellom 12 og 16 år framleis, og i tråd med gjeldande rett, også kan oppnå samtykkekompetanse i andre tilfelle enn dei som er omfatta av pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre og tredje ledd. Det kan være situasjonar der barn under 16 år ønsker helsehjelp som foreldre ikkje samtykker til og der den sjølvstendige samtykkesretten til barnet hittil har blitt utleida av «tiltakets art» etter § 4-3 første ledd bokstav b. Sjå nærare omtale i punkt 3.4.5.1.

I nytt *sjette ledd* blir det innført ein svært snever tilgang for personell til å ta avgjerder om helsehjelp overfor barn under 12 år i situasjonar der foreldra eller andre som har foreldreansvaret ikkje skal informerast etter § 3-4 tredje ledd. Tilgangen er avgrensa til helsehjelp som ut i frå situasjonen er strengt nødvendig og som ikkje er av inngripande karakter med omsyn til omfang og varigheit, i ein avgrensa periode fram til samtykke kan innhentast.

Då dette gjeld situasjonar der barn er under 12 år, er det særleg viktig å sjå til at situasjonen så snart som mogleg blir endra, slik at dei som har omsorga for barnet kan samtykke til helsehjelp for barnet. Når barn er så unge vil det å vere involvert i og ta ansvar for helsa til barnet vere ein viktig del av omsorgsfunksjonen.

Til grunn for avgjerda om å ikkje informere foreldra eller andre som har foreldreansvaret etter § 3-4 tredje ledd skal det ligge ei vurdering av kva som er det beste for barnet. Denne vurderinga må også leggst til grunn for vurderinga av om denne strengt nødvendige og avgrensa helsehjelpa skal ytast.

Krava om at det berre kan takast avgjerd om helsehjelp som er strengt nødvendig og som ikkje er av inngripande karakter med omsyn til omfang og varigheit, inneber at det verken blir opna for operative inngrep eller medisinerings. Det vil først og fremst opne for at personell kan halde fram med å samtale med barnet for å prøve og avklare situasjonen nærmare, få stadfesta eller avkrefte ein mistanke eller hjelpe barnet med å handtere situasjonen. Det å hjelpe barnet med å handtere situasjonen vil kunne vere å bidra til at barnet blir trygg på at problemet kan og bør takast opp med foreldra.

#### Til § 4-4

Endringane fører til at det blir gjort tilføyningar i første ledd. Andre ledd første punktum bokstav a blir nytt andre ledd med tilføyningar og andre ledd

første punktum bokstav b og andre punktum blir tredje ledd. Tredje ledd blir fjerde ledd og fjerde ledd blir femte ledd.

Av *første ledd nytt andre punktum* går det fram at hovudregelen etter første punktum ikkje gjeld for pasientar mellom 12 og 16 år når dei har sjølvstendig samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c.

Tilføyningane i nytt *andre ledd* inneber at det går direkte fram av lova at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre som har foreldreansvaret samtykker til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet. Tilføyninga inneber også at det går direkte fram av andre ledd at forelder som ikkje har del i foreldreansvaret, kan samtykke aleine til helsehjelp som blir rekna som del av den daglege og ordinære omsorga for barnet. Samtidig blir det føydd til det at dette ikkje gjeld ved samtykke til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet. Då blir det kravd at den som skal samtykke har foreldreansvar for barnet. Sjå nærare omtale i punkt 5.5.

I *femte ledd* blir føresegna om når og korleis barn skal høyrast ved samtykke til helsehjelp på vegner av barn endra. Ved utforminga av nytt femte ledd er det særleg sett hen til barnelova § 31, Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12. Foreldra, andre som har foreldreansvaret eller barnevernstenesta skal gi barnet informasjon og høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke blir avgjort, frå barnet er i stand til å danne seg eigne synspunkt på det samtykket dreier seg om. Det skal gjelde seinast frå barnet fyller 7 år. Det skal vidare leggst vekt på kva barnet meiner, i samsvar med alder og modenskap, og frå fylte 12 år skal det leggst stor vekt på kva barnet meiner. Sjå nærare omtale i punkt 3.5.5

## Helsepersonellova

### Til § 6

Ordet «pasienter» er endra til «pasient,» slik at det går klart fram av føresegna at plikta også omfattar ressursbruk ved helsehjelp til den enkelte pasienten.

### Til § 10 a

Endringane fører til at § 10 a regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å vareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn som pårørande kan ha, ikkje berre når forelderen til barnet er pasient med alvorlege helseproblem men og når søsken til barnet er pasient med alvorlege helseproblem. Føresegna vidarefører det som

opphaveleg følgjer av § 10 a for mindreårige barn som pårørande til foreldre. Samtidig blir dette og innført for mindreårige barn som pårørande til søsken.

*Første ledd* utvidar ansvaret for helsepersonell til også aktivt å vurdere kva for behov for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige søsken av pasienten kan ha. For at plikta etter § 10 a skal gjelde for søsken til pasient, vil det, tilsvarende som for barn av pasient, stillast krav om at pasienten har ein psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengig eller har ein alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Med alvorleg somatisk sjukdom eller skade meiner ein til dømes kreft og store skadar etter alvorlege ulykker. Alvorleg psykisk utviklingshemming og alvorleg funksjonshemming er inkludert i dette sjukdomsombrepet. Det som er avgjerande når ein skal vurdere om pasienten har dette, er om helsetilstanden til pasienten er slik at han gir eller kan gi vesentlege konsekvensar for nær familie, og søsken av pasienten spesielt.

Søsken bør tolkast vidt, slik at det omfattar både biologiske søsken og andre barn som lever med pasienten som søsken i ein familie. Mindreårige søsken vil vere omfatta også når pasienten som barnet er søsken av ikkje er mindreårig. Tilsvarende bør òg foreldre tolkast vidt og omfatte både biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og eventuelle andre, så fram dei fyller foreldrerolla for eit barn. Mindreårige er barn under 18 år.

Helsepersonellet skal prøve å avklare kva informasjons- eller oppfølgingsbehov søsknet har, jf. *andre ledd*. Terskelen for å vurdere kva behov søsken av pasient har for informasjon og nødvendig oppfølging, skal vere den same som for barn av pasient. Ei viktig rettesnor vil slik sett vere om helsetilstanden til pasienten er eigna til å gjere søskenet utrygt, sårbart, skape meistringsproblem eller redsel. Helsepersonell skal generelt ha ein låg terskel for å vurdere kva behov barnet har for informasjon og oppfølging.

Normalt bør helsepersonellet bidra dersom foreldra ikkje sjølv er i stand til, eller ikkje ser seg i stand til å ta hand om behova til barnet. Vidare skal erfaringar delast med foreldra i tilfelle der dei sjølv søker råd om korleis dei skal ta vare på barnet, eller i tilfelle der det er klart at dei vil ha nytte av råd. Kva som skal til for å dekke barnet sitt behov, må vurderast i kvart enkelt tilfelle. Ein del barn vil få tilstrekkeleg oppfølging frå foreldra sine, og i desse situasjonane kan det vere nok å gi foreldra generell informasjon om tilbodet.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til søskenet, skal helsepersonellet mellom anna tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. Så langt det er mogleg skal det skje i samråd med foreldre eller andre med omsorga for søskenet jf. nytt *fjerde ledd*. Fjerde ledd, som gjeld særskilt for søsken av pasienten, viser til tredje ledd, som gjeld særskilt for barn av pasienten.

*Tredje ledd* gir viktige døme på kva oppfølging som kan vere aktuell for å ta hand om behova til barna. Alternativa i tredje ledd bokstav b (innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig) og bokstav c (bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær) skal òg gjelde tilsvarende når barnet er pårørande til søsken, jf. fjerde ledd tredje punktum.

Alternativet etter tredje ledd bokstav a er derimot ikkje relevant når pasienten er eit søsken og ikkje ein forelder, ettersom dette alternativet gjeld å samtale med pasienten om barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. At alternativet etter tredje ledd bokstav a ikkje er relevant, inneber ikkje at helsepersonellet nødvendigvis skal la vere å involvere pasienten. Dei vanlege reglane om samtykke til å vidareformidle informasjon vil òg gjelde når pasienten er søsken. Det kan vidare i enkelte tilfelle vere gode grunnar til å samtale med pasienten om eigen situasjon, korleis pasienten trur han vil verke inn på søsken, m.m.

Når det gjeld oppfølging bør helsepersonell samarbeide med andre tenester med tilvising og kontakt i ein overgangsfase, men ikkje ta på seg oppgåver som andre tenester tar seg av. Det inneber at helsepersonell ikkje åleine skal ha ansvar for å gi søskenet eit heilskapleg tilbod eller koordinere innsatsen frå fleire tenester.

Eit eventuelt behov barnet måtte ha for heilskapleg, spesialisert og meir langvarig hjelp, er ikkje omfatta av denne oppfølginga. Behov for helsehjelp må følgast opp på vanleg måte av helse- og omsorgstenesta.

Sjå nærare omtale i punkt 6.5.4 og 6.5.4.1.

#### *Til § 10 b*

Ny § 10 b innfører i *første ledd* ei plikt for helsepersonell til å bidra til å vareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn som etterlatne kan ha, som følge av at ein forelder eller eit søsken døyr.



Mindreårige er barn under 18 år. Barn bør tolkast vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Føresegnene omfattar derfor både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Også søsken bør tolkast vidt, slik at det omfattar både biologiske søsken og andre barn som lever med pasienten som søsken i ein familie. Tilsvarande bør òg foreldre tolkast vidt og omfatte både biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og eventuelle andre, så framti dei fyller foreldrerolla for eit barn.

Det følger av *andre ledd* at helsepersonellet sitt ansvar i etterkant av dødsfallet består i å prøve å avklare barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak, tilsvarande som for barn som pårørande, jf. § 10 a.

Normalt bør helsepersonellet bidra dersom foreldra eller andre med omsorga for barnet, ikkje sjølv er i stand til, eller ikkje ser seg i stand til å ta hand om behova til barnet. Vidare skal erfaringar delast med foreldra eller andre med omsorga for barnet i tilfelle der dei sjølv søker råd om korleis dei skal ta vare på barnet, eller i tilfelle der det er klart at dei vil ha nytte av råd. Kva som skal til for å dekke barnet sitt behov, må vurderast i kvart enkelt tilfelle. Ein del barn vil få tilstrekkeleg oppfølging frå foreldra eller andre med omsorga for barnet, og i desse situasjonane kan det vere nok å gi foreldra eller andre med omsorga for barnet generell informasjon om tilbodet.

Dette er eit ansvar som skal bidra til å sikre at barn blir sette og varetekne av helsepersonell i tilknytning til dødsfallet. Det er ikkje meint som eit ansvar som skal strekke seg over tid. Har barnet behov for oppfølging over tid, vil det vere naturleg å innhente nødvendig samtykke og sørge for at barnet blir tilvist vidare i hjelpeapparatet. Helsepersonellet kan likevel ta vare på barnet ved å svare på spørsmål som barnet måtte ha i samband med dødsfallet, og ved å vurdere barnet sitt eventuelle behov for vidare oppfølging. Avklaringane og oppfølginga bør så langt det er mogleg, gjerast i samråd med foreldre eller andre med omsorga for barnet.

Det følger av *tredje ledd* at «informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger». Det følger vidare at «opplysninger om avdøde skal gis innenfor de rammer som følger av § 24». Ut frå helsepersonellova § 24 første ledd er ikkje helsepersonell si teieplikt til hinder for at dei kan gi opplysningar om ein avdød person vidare, dersom vektige grunnar taler for dette. Når ein vurderer å gi opplysningar eller

ikkje, skal det takast omsyn til det ein trur avdøde hadde ønskt, opplysningane sin art og dei pårørande og samfunnet sine interesser.

Sjå nærare omtale under punkt 6.5.4 og 6.5.4.2.

#### Til § 11

Ny ordlyd presiserer gjeldande rett slik at det går uttrykkeleg fram at føresegna gir heimel for i forskrift å gjere unntak for kategoriar av legemiddel. Sjå nærare omtale i punkt 11.3.2.

#### Til § 17

Tilføyinga i *første punktum* er gjort for å tydeleggjere at plikta til å gi informasjon også gjeld dersom det er fare for «brukeres» sikkerhet. Føresegna må gjelde helse- og omsorgstenester generelt, ikkje berre helsehjelp.

Nytt *andre punktum* presiserer at det ikkje blir gitt informasjon om teiepliktige opplysningar når helsepersonell av eige tiltak gir tilsynsstyresmakterne informasjon om forhold som kan føre til fare for sikkerheita til pasientar.

Denne ordlyden vil i større grad tydeleggjere korleis opplysningsplikta er å forstå. Opplysningsplikta fritar ikkje for teieplikta som helsepersonellet har i ein behandlingssituasjon samtidig som den heller ikkje stenger for at unntak frå lovbestemt teieplikt kan brukast. Sjå nærare omtale i punkt 10.5.

#### Til § 22

I lys av endringane i pasient- og brukarrettslova §§ 4-3 første ledd, 4-4 første ledd og 3-4, blir dagens tilvising til pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd i helsepersonellova § 22 andre ledd fjerna. § 22 viser etter dette berre til pasient- og brukarrettslova § 4-4. Men pasient- og brukarrettslova § 4-4 viser vidare til § 4-3 første ledd ny bokstav c som regulerer den avgrensa samtykkekompetansen for barn mellom 12 og 16 år.

#### Til § 25

Endringa utvidar tilgangen til å gi opplysningar til samarbeidande personell når det er nødvendig for å vareta behova til dei mindreårige barna til pasienten til også å omfatte dei mindreårige søskena til pasienten.

Endringa er knytt opp mot endringane i helsepersonellova 10 a som inneber at helsepersonell får utvida plikta si til å bidra til å vareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som min-

dreårige barn kan ha, frå å gjelde for mindreårige barn av pasient til å også gjelde for mindreårige søsken av pasient.

#### *Til § 62*

Ny ordlyd presiserer gjeldande rett slik at det går uttrykkeleg fram av føresegna at avslag på ein søknad om spesialistgodkjenning òg er eit enkeltvedtak etter forvaltningslova § 2. Sjå nærare omtale i punkt 11.3.4.

#### *Til § 67*

For å unngå at den same handlinga blir ramma av konkurrerande straffebod er føresegna endra slik at den viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Strafferamma i helsepersonellova blir med dette utvida frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Det gjeld ikkje særskilde unntaksføresegner for forsøk. Medverknad til brot på teieplikt blir og ramma. Sjå nærare omtale i punkt 8.5.

#### *Til § 74*

Ny ordlyd i *første ledd* presiserer at det berre er dei som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, som etter hovudregelen har rett til å bruke dei yrkesnemningane som kjenne-teiknar vedkommande gruppe helsepersonell. Sjå nærare omtale i punkt 11.3.5.

### **Apoteklova**

#### *Til § 3-2*

Første ledd bokstav a opphevast. Nåverende bokstav c blir ny bokstav a. Nåverende bokstav d til f blir ny bokstav c til e. Sjå nærare omtale i punkt 12.5.

### **Pasientskadelova**

#### *Til § 1*

Innføring av nytt *andre punktum i bokstav c* tydeleggjer verkeområdet for pasientskadelova for dei tilfella der autorisert helsepersonell tilbyr behand-

ling som dels er «helsehjelp» etter helsepersonellova og dels «helselatert behandling» etter alternativ behandlingslova. Sjå nærare omtale i punkt 13.5.

### **Helse- og omsorgstenestelova**

#### *Til § 3-9 a*

Føresegna tydeleggjer den kommunale helse- og omsorgstenesta sitt ansvar for å ha tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester for barn som har opphald i kommunen som er plassert utanfor heimen etter barnevernlova.

Føresegna inneber ei tydeleggjering av at så lenge eit barn oppheld seg i ein kommune og omsorga for barnet blir varetatt i ein fosterheim, ein institusjon, eit omsorgssenter for mindreårige eller eit anna plasseringsalternativ i kommunen, ligg ansvaret på den kommunale helse- og omsorgstenesta i denne kommunen.

### **Pasientjournallova**

#### *Til § 30*

For å unngå at den same handlinga blir ramma av konkurrerande straffebod er føresegna endra slik at den viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Strafferamma i pasientjournallova blir med dette utvida frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Det gjeld ikkje særskilde unntaksføresegner for forsøk. Medverknad til brot på teieplikt blir og ramma. Sjå nærare omtale i punkt 8.5.

### **Helseregisterlova**

#### *Til § 30*

For å unngå at den same handlinga blir ramma av konkurrerande straffebod er føresegna endra slik at den viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Strafferamma i helseregisterlova blir med dette utvida frå bot eller fengsel inntil 3 månader til bot eller fengsel inntil 1 år. Det gjeld ikkje særskilde unntaksføresegner for forsøk. Medverknad til brot på teieplikt blir og ramma. Sjå nærare omtale i punkt 8.5.

Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Dykkar Majestet godkjenner og skriv under eit framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.).

---

Vi **HARALD**, Noregs Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bede om å gjere vedtak til lov om endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) i samsvaret med eit vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

#### I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m. skal § 3-7 a første ledd lyde:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell. *Barneansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter.*

#### II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter skal det gjerast følgjande endringer:

§ 1-3 bokstav b skal lyde:

b. pasientens og brukerens pårørende: den pasienten *eller brukeren* oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten *eller brukeren* er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten *eller brukeren*, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten *eller brukeren*, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten *eller brukeren* nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk

helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

§ 3-1 overskrifta skal lyde:

§ 3-1 *Pasienten eller brukerens rett til medvirkning*

§ 3-1 første og andre ledd skal lyde:

Pasient *eller bruker* har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. *Pasient eller bruker* har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. *Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.*

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient *eller bruker*. Det skal legges stor vekt på hva pasienten *eller brukeren* mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

§ 3-3 overskrifta skal lyde:

§ 3-3 *Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende*

§ 3-3 første og andre ledd skal lyde:

Dersom pasienten *eller brukeren* samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens *eller brukerens* nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens *eller brukerens* helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten *eller brukeren* over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten *eller brukeren* og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

§ 3-4 skal lyde:

§ 3-4 *Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år*

Er pasienten eller brukeren under 16 år, skal både pasienten eller brukeren og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret informeres.

Er pasienten eller brukeren mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukeren av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

*Uavhengig av pasientens eller brukerens alder, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det.*

*Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, når pasienten eller brukeren er under 18 år. Pasienten eller brukeren skal orienteres om at informasjonen gis.*

*Dersom det kan bli aktuelt å unnta informasjon fra foreldrene eller andre som har foreldreansvaret etter andre eller tredje ledd, skal pasienten eller brukeren så tidlig som mulig orienteres om retten til informasjon for foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og unntakene fra denne retten.*

*Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for en pasient eller bruker under 18 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, gjelder første til femte ledd tilsvarende for barneverntjenesten.*

§ 3-5 andre ledd skal lyde:

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

§ 4-3 første ledd skal lyde:

Rett til å samtykke til helsehjelp har

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse
- b) personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art
- c) personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.

§ 4-3 nytt sjettede ledd skal lyde:

Når det følger av § 3-4 tredje ledd at informasjon ikke skal gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og personen er under 12 år, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er strengt nødvendig, og som ikke er inngripende med hensyn til omfang og varighet. En slik avgjørelse kan bare tas i en begrenset periode frem til det kan innhentes samtykke.

§ 4-4 skal lyde:

§ 4-4 *Samtykke på vegne av barn*

Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år som kan samtykke etter § 4-3 første ledd bokstav c.

*Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd. For en forelder gjelder dette uavhengig av om vedkommende har foreldreansvaret for barnet. Ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må likevel den som skal samtykke, ha foreldreansvaret for barnet.*

*Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Før slik helsehjelp gis skal begge foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, så langt som mulig, få si sin mening. En beslutning om slik helsehjelp kan påklegges til Fylkesmannen etter kapittel 7. Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelderen eller andre som har foreldreansvaret.*

*Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for et barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.*

*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.*

## III

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. skal det gjerast følgjande endringar:

§ 6 skal lyde:

§ 6 *Ressursbruk*

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører *pasient*, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

§ 10 a skal lyde:

§ 10 a *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn *kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.*

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn *eller mindreårige søsken og vedkommende sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov.*

Når det er nødvendig for å ivareta *behovet til pasientens mindreårige barn*, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

*Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søskenet. Tredje ledd bokstav b og c gjelder tilsvarende.*

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.*

Ny § 10 b skal lyde:

§ 10 b *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at en forelder eller et søsken dør.

Helsepersonell skal, så langt det er mulig i samråd med foreldre eller andre med omsorgen for barnet, søke å avklare barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov skal helsepersonell innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig.

Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, og opplysninger om avdøde skal gis innenfor rammene som følger av § 24.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

§ 11 andre ledd andre punktum skal lyde:

Det kan også bestemmes at bestemte legemidler *eller kategorier av legemidler* helt eller delvis kan unntas fra denne retten.

§ 17 skal lyde:

§ 17 *Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere*

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters *eller brukeres* sikkerhet. *Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.*

§ 22 andre ledd skal lyde:

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 *tilsvarende* for samtykke etter første ledd.

§ 25 tredje ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens *mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. § 10 a.*

§ 38 opphevast.

§ 62 andre ledd skal lyde:

Avslag på søknad om ny autorisasjon, *lisens eller spesialistgodkjenning* er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 67 skal lyde:

§ 67 *Straff*

Brudd på taushetsplikt etter kapittel 5 straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes. Påtale skal finne sted dersom Statens helsetilsyn begjærer det. For øvrig gjelder straffeprosessloven § 62 a.

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer øvrige bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel inntil 1 år. Påtale skal finne sted dersom Statens helsetilsyn begjærer det. For øvrig gjelder straffeprosessloven § 62 a.

§ 74 første ledd første punktum skal lyde:

Bare den som har *norsk* autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning *etter § 53*, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

#### IV

I lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek skal § 3-2 første ledd lyde:

Søker har rett til driftskonsesjon til et bestemt apotek hvis følgende krav er oppfylt:

- a) Søker har autorisasjon som provisorfarmasøyt.
- b) Søker har minst 2 års farmasøytisk praksis etter eksamen, hvorav minst 12 måneder ved apotek fra EØS-området *eller Sveits*. Apotekpraksis fra land utenfor EØS-området *og Sveits* kan legges til grunn dersom den vurderes som relevant for norske forhold.
- c) Søker har hederlig vandel i henhold til politiat-test.
- d) Søker skal være daglig leder for apoteket.
- e) Søker ikke er uskikket til å drive apotek.

#### V

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasient-skader mv. skal § 1 første ledd bokstav c nytt andre punktum lyde:

Loven gjelder også skader voldt av helsepersonell i forbindelse med helsereelatert behandling etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 tredje ledd, som ytes i tilknyt-

ning til ordinær helsehjelp, som en integrert og sammenhengende del av behandlingen.

#### VI

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal ny § 3-9 a lyde:

§ 3-9 a *Helse- og omsorgstjenester for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven*

Kommunen skal ha tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester for barn som er plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven.

#### VII

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp skal § 30 første og andre ledd lyde:

*Overtredelse av § 15 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes.*

Med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler straffes den som forsettlig eller grovt uaktsomt

- a) behandler helseopplysninger i strid med § 22
- b) unnlater å informere den registrerte etter § 18, jf. personopplysningsloven §§ 19 eller 20
- c) unnlater å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene etter § 26
- d) unnlater å etterkomme pålegg eller overtrer vilkår fra tilsynsmyndighetene etter § 27
- e) *overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 16.*

#### VIII

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger skal § 30 første og andre ledd lyde:

*Overtredelse av § 17 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes.*

Med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler straffes den som forsettlig eller grovt uaktsomt

- a) behandler helseopplysninger uten nødvendig konsesjon eller i strid med konsesjonsvilkår etter § 7
- b) behandler helseopplysninger i strid med § 21
- c) unnlater å informere den registrerte etter § 24, jf. personopplysningsloven §§ 19 eller 20
- d) unnlater å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene etter § 26

Endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

e) unnlater å etterkomme pålegg eller overtrer vilkår fra tilsynsmyndighetene etter § 27

IX

f) *overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 18.*

Lova tek til å gjelde frå det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan setje i verk dei einskilde føresegnene til ulik tid.

---

---



Tinging av publikasjonar

Offentlege institusjonar:

Tryggings- og serviceorganisasjonen til departementa

Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: [www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonane er også tilgjengelege på

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Xpress AS – 03/2017

