

Høyringsnotat

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.

Utsendt: 04.10.2016

Høyringsfrist: 05.12.2016

1	Innleiing – oppsummering av høyringsforslaga.....	5
2	Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova.....	7
2.1	Innleiing – bakgrunn.....	7
2.2	Barn sin rett til medverknad	12
2.2.1	Innleiing	12
2.2.2	Gjeldande rett.....	12
2.2.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	13
2.3	Foreldre sin rett til å få informasjon	14
2.3.1	Innleiing	14
2.3.2	Gjeldande rett.....	15
2.3.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	16
2.4	Avgrensa samtykkekompetanse for barn under 16 år	19
2.4.1	Innleiing	19
2.4.2	Gjeldande rett.....	20
2.4.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	21
2.5	Barn sin rett til å bli høyrde ved samtykke på vegner av barn	22
2.5.1	Innleiing	22
2.5.2	Gjeldande rett.....	23
2.5.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	24
2.6	Økonomiske og administrative konsekvensar	26
3	Samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet	27
3.1	Innleiing – bakgrunn.....	27
3.1.1	Om barnevaksinasjonsprogrammet.....	27
3.2	Gjeldande rett	28
3.3	Departementet sine vurderingar og forslag	29
3.4	Økonomiske og administrative konsekvensar	31
4	Ivaretaking av barn som pårørande til søsken og som etterlatne	32
4.1	Innleiing – bakgrunn.....	32
4.2	Gjeldande rett og praksis	33
4.2.1	Regulering i helselovgivinga	33
4.2.2	Regulering i helselovgivinga til andre nordiske land	35
4.2.3	Praktisering	35

4.3	Departementet sine vurderingar og forslag	37
4.3.1	Mindreårige barn som pårørende søsken	37
4.3.2	Mindreårige barn som etterlatne når foreldre eller søsken dør	38
4.3.3	Forslag til lovregulering.....	39
4.3.4	Nærmare om innhaldet i helsepersonellova § 10 a og § 10 b	40
4.3.5	Nærmare om innhaldet i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a første ledd om barneansvarleg personell m.m.....	42
4.4	Økonomiske og administrative konsekvensar	43
5	Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplikt.....	44
5.1	Innleiing.....	44
5.2	Gjeldande rett	45
5.2.1	Helsepersonellova	45
5.2.2	Pasientjournallova.....	45
5.2.3	Helseregisterlova.....	46
5.2.4	Straffelova.....	46
5.3	Departementet sine vurderingar og forslag	46
5.4	Økonomiske og administrative konsekvensar	50
6	Helsepersonellnemnda – forslag om å utvide delegasjonstilgangen.....	50
6.1	Innleiing.....	50
6.2	Kort om Helsepersonellnemnda	51
6.3	Gjeldande rett	51
6.4	Departementet sine vurderingar og forslag	52
6.5	Økonomiske og administrative konsekvensar	53
7	Plikta til å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene ved fare for pasienttryggleiken	54
7.1	Innleiing.....	54
7.2	Gjeldande rett	54
7.3	Departementet sine vurderingar og forslag	55
7.4	Økonomiske og administrative konsekvensar	57
8	Enkelte tekniske endringar i helsepersonellova	57
8.1	Innleiing.....	57
8.2	Departementet sine vurderingar og forslag	58
8.2.1	Helsepersonellova § 6	58

8.2.2	Helsepersonellova § 11	58
8.2.3	Helsepersonellova § 38	58
8.2.4	Helsepersonellova § 62	59
8.2.5	Helsepersonellova § 74	59
8.3	Økonomiske og administrative konsekvensar	59
9	Oppheving av apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a	60
9.1	Innleiing.....	60
9.2	Gjeldande rett	60
9.2.1	Krava til utdanning i apoteklova og helsepersonellova	60
9.2.2	Multilaterale avtalar om gjensidig godkjenning	61
9.3	Praktiseringa av gjeldande regelverk.....	62
9.4	Departementet sine vurderingar og forslag	63
9.5	Økonomiske og administrative konsekvensar	64
10	Tydeleggjering av verkeområdet til pasientskadelova.....	64
10.1	Innleiing	64
10.2	Gjeldande rett.....	64
10.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	66
10.4	Økonomiske og administrative konsekvensar	69
11	Verkeområdet for endringane - Svalbard og Jan Mayen	69
12	Merknader til kvar særskild føresegn	70
13	Forslag til lovendingar.....	73
14	Forslag til forskriftsendringar	80

1 Innleiing – oppsummering av høyringsforslaga

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høyring forslag om endringar i fleire lover og enkelte forskrifter 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).

Fristen for å sende inn høyringsfråsegner er 5. desember 2016.

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 alvorleg sjuke og skada søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr.

Forslaget omfattar òg å harmonisere straffeføresegnene for brot på teieplikta etter helselovgivinga med straffeføresegna for brot på teieplikta i lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (heretter straffelova), å utvide nemndleiar si tilgang til å avgjera saker og moglegheitene til å delegere frå Helsepersonellnemnda til sekretariatet, 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 kortfatta oppsummering av forslaga.

Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova

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
- det skal innførast ein snever tilgang i pasient- og brukarrettslova til ikkje å informere foreldra eller andre med 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 følge av pasient- og brukarrettslova at eit barn skal få informasjon og bli høyrte frå det er i stand til å danne seg egne synspunkt om det samtykket dreier seg om, og få høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke til helsehjelp blir avgjort Dette skal gjelde seinast frå barnet fyller sju år. Det skal vidare leggast vekt på kva barnet meiner, ut frå 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 ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet. Dette gjer at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre med 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 alvorleg sjuke og skada søsken og som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr

I 2009 blei det innført nye føresegnar i helsepersonellova og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m. (heretter spesialisthelsetenestelova) for å sikre at helsepersonell identifiserer og sikrar 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 identifiserer og sikrar det informasjons- og oppfølgingsbehovet også mindreårige barn kan ha som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem, eller som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, foreslår departementet at lovgivinga også skal regulere dette.

Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplikt

Brot på teieplikta etter helsepersonellova, lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysningar ved ytelse av helsehjelp (heretter pasientjournallova) og lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysningar (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 teieplikt. Dette inneber at strafferamma for brot på teieplikt etter dei nemnde lovene blir endra frå bot eller fengsel i inntil 3 månader til bot eller fengsel i 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 påtaleregele 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 i inntil 3 månader til bot eller fengsel i inntil 1 år. På denne måten blir det samsvar mellom straffenivået for brot på teieplikt og brot på dei andre føresegnene i helsepersonellova.

Utviding av tilgangen til å delegere frå Helsepersonellnemnda til sekretariatet

Det har dei siste åra vore ein markant auke i talet på klagesaker som har komme inn til Statens helsepersonellnemnd. Det er viktig at klagesakene blir handsama på ein forsvarleg måte og innan rimeleg tid. For å legge til rette for ein meir effektiv bruk av ressursane samtidig som rettsryggleiken til klagaren blir sikra, foreslår departementet at nemndleiar

kan avgjere saker som ikkje byr på vesentlege tvilsspørsmål, og at Helsepersonellnemnda òg kan delegere vedtakskompetanse til sekretariatet i slike saker.

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, som skal bidra til å gjere innhaldet i dei gjeldande 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 provisorfarmasøyt, 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 "helselatert behandling" etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. (heretter alternativ behandlingslova).

2 Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova

2.1 Innleiing – bakgrunn

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 medråderett. På bakgrunn av dette fremmer departementet

forslag om endringar i pasient- og brukarrettslova § 3-1 om pasienten og brukaren sin rett til medverknad, § 3-4 om informasjon når pasienten er mindreårig, § 4-3 om kven som har samtykkekompetanse, og § 4-4 om samtykke på vegner av barn.

Pasient- og brukarrettslova har føresegnar om barn og unge sin rett til medverknad og medråderett 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 medråderett, har vi hatt ei samfunnsutvikling der barn i større grad blir rekna som sjølvstendige individ og i aukande grad får rett til medverknad og medråderett 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 grunnleggjande 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 gjeld 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 leggast "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 aldersgrensa for retten barn skal ha til å uttale seg, seinka frå 12 til sju 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 høyrte 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 3.2.5.1 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 høyrde 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.

Same år, i 2014, blei 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 Barneombodet overfor Helse- og omsorgsdepartementet har stilt spørsmål ved kvifor det er forskjell på helselovgivinga og barnelova når det gjeld aldersgrenser for når barn skal høyrast.

For oversikta si skyld nemner vi her at det i tilknytning til "0–24-samarbeidet"¹ innanfor området språkvanskar og regelverk også er sett i gang eit arbeid knytt til aldersgrenser for barn og unge sin sjølv- og medråderett. Utdanningsdirektoratet har i samarbeid med

¹ Samarbeid om betre koordinerte tenester for utsette barn og unge under 24 år. Arbeidet blir leia av Kunnskapsdepartementet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfaldsdirektoratet samt Arbeids- og velferdsdirektoratet mellom anna blitt bede om å vurdere om forskjellar i aldersgrenser for barn og unge sin sjølv- og medråderett i reglane i dei ulike sektorene skaper utilsikta problem, samt å foreslå/gjennomføre felles tiltak.

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. Før 1. januar 2006 måtte ugifte sambuande foreldre sende melding til folkeregisteret om at dei skulle ha felles foreldreansvar.

Dersom foreldra ikkje er gifte eller bur saman, har mor i utgangspunktet foreldreansvaret åleine. Foreldra kan avtale at dei skal ha felles foreldreansvar, eller at far skal ha foreldreansvaret åleine.

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 noko foreldreansvar, og ein forelder kan ha foreldreansvar utan å ha samværsrett.

Dersom fylkesnemnda har gjort vedtak om omsorgsovertaking for eit barn, går ansvaret for den daglege 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. Dersom foreldre blir fråtekne foreldreansvaret, skal fylkesnemnda nemne opp ein verje for barnet.

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.

Regulering av rettane til høvesvis "pasient" og "brukar"

Før lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.(heretter 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 "brukar", jf. pasient- og brukarrettslova § 1-3 høvesvis bokstav a og bokstav f.

Fleire av føresegnene i pasient- og brukarrettslova blei endra slik at rettar som tidlegare berre gjaldt overfor "pasientar", også skulle gjelde for "brukarar" som tek imot kommunale helse- og omsorgstenester. Lovteknisk bestod endringane i at omgrepet "brukar" i fleire føresegner blei lagt til i tillegg til omgrepet "pasient". Departementet viste derimot 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 "brukar" blant anna *ikkje* innført i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd andre punktum og tredje ledd (Pasientens og brukarens rett til medverknad), § 3-3 første og andre ledd (Informasjon til pasientens nærmeste pårørende) og § 3-4 (Informasjon når pasienten er mindreårig).

Departementet har no vurdert dette på nytt og foreslår som ei følge av det å endre dei nemnde føresegnene slik at desse blir utvida til også å gjelde overfor personar som blir rekna for "brukar" etter lova. Dei foreslåtte endringane i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd, § 3-3 første og andre ledd og § 3-4, kjem slik departementet ser det ikkje til å gi behov for nemneverdige endringar i forhold til gjeldande praksis. 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 av helse- og omsorgstenestelova § 2-1 følger 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 § 10, § 10 a og § 41 i lova, som alle har rett til medverknad og informasjon som ein føresetnad eller eit grunnlag. Departementet viser vidare til at lov 10. februar 1967 nr. 10 om behandlingsmåten 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 (§ 11), førehandsvarsling (§ 16) og utgreiing og informasjon (§ 17) samt retten parten har til å få innsyn i dokument (§§ 18 fl.) 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 "brukar" blei teke inn i fjerde og femte ledd av føresegna. Omgrepet "brukar" 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.

Forslaget til endring i § 3-3 første og andre ledd (som etter ei endring vil gjelde informasjon til pasienten og 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.

2.2 Barn sin rett til medverknad

2.2.1 Innleiing

Retten til medverknad er ein grunnleggande pasient- og brukarrett som er nedfelt i pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd. § 3-1 første ledd 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.

§ 3-1 andre ledd regulerer til slutt særskilt plikta til å ta med barn på råd. Dersom barnet sin medverknadsrett blir regulert særskilt i § 3-1 første ledd, blir spørsmålet om særregulering av rådføringsplikta knytt til barn i andre ledd kan fjernast.

2.2.2 Gjeldande rett

Dette følger av pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom

tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses 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.

Forarbeida til pasient- og brukarrettslova, Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettslova) 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 tilpasses 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."

Sjølv om pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd ikkje særskilt regulerer barn sin medverknadsrett, er det altså ikkje tvil om at også barn er omfatta av første ledd, og at føreseigna må tolkast i lys av barnelova § 31. Av Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer følger det av omtalen av første ledd at det òg gjeld når pasient og brukar er barn.

Andre ledd siste setning regulerer likevel særskilt plikta til å ta med barn på råd. Dette følger av 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.

Tenestene det blir vist til, er blant anna helsetenester i heimen, personleg assistanse og organisering av brukarstyrt personleg assistanse etter helse- og omsorgstenestelova. 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.

2.2.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Det følger av pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd siste punktum at forma på medverknaden skal tilpassast den 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.

Sjølv om dette er naturleg å utleie av § 3-1 første ledd når det gjeld barn, går det altså ikkje direkte fram av § 3-1. Dette blir utleidd av § 3-1 i lys av andre føresegner om barn i pasient- og brukarrettslova samt i særleg grad barnelova § 31, no Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12.

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, som beskrive under punkt 2.1, følgt opp rettsleg med justeringar i fleire lovføresegner, og seinast ved at ein innførte Grunnlova § 104 og justerte ordlyden i barnelova § 31. Slik departementet ser det samsvarer det 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, 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 bevisstgjjerande funksjon.

Departementet meiner vidare at dagens særregulering av rådføringsplikta knytt til barn etter pasient- og brukarrettslova § 3-1 andre ledd siste setning kan fjernast. Dersom retten barn har til å medverke, både som pasientar og brukarar, blir regulert særskilt i § 3-1 første ledd, vil det slik departementet ser det ikkje lenger vere behov for å særregulere rådføringsplikta knytt til barn i § 3-1 andre ledd.

2.3 Foreldre sin rett til å få informasjon

2.3.1 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 med foreldreansvaret informerast. I spesielle tilfelle opnar lova for at ein kan la vere å informere foreldra eller andre med foreldreansvaret når pasienten er mellom 12 og 16 år og pasienten av grunnar som bør respekterast, ikkje ønskjer det. Når pasienten er under 12 år, opnar lova derimot ikkje for at ein kan unnlate å informere foreldra eller andre med foreldreansvaret, sjølv ikkje når tungtvegande omsyn skulle tilseie det.

Ei gruppe som i særleg grad har sett søkelyset på dette, er PsykiskhelseProffene. Dette 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 er barn og unge som har erfaring med psykisk helsevern, og som ut frå dette har viktig kunnskap om korleis det psykiske helsevernet fungerer for barn. Fleire av proffane har delt opplevingar der foreldre automatisk har fått innsyn i kontakten mellom den unge og psykisk helseverntenesta. Dei seier sjølve at dette har gjort at dei har

mista tillit til dei som skal hjelpe, og slutta å vere ærlege. Proffane understrekar at barn skal føle seg trygge på å fortelje om det som gjer livet vanskeleg, og at det gjeld for barn i alle aldrar, også barn under 12 år.

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

2.3.2 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 med foreldreansvaret² informerast. Føresegna inneber at når pasienten er over 16 år, skal i hovudregelen ikkje foreldra eller andre med 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 med 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 sjølvmoordsfare, 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 med foreldreansvaret. Unntak frå denne hovudregelen følger av pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd: "Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysningar ikkje gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikkje ønsker dette."

I Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer går dette fram om unntaket:

² Sjå avslutningsvis under punkt 2.1 Generelt om foreldreansvaret

"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/andre sitt omsorgs- og foreldreansvar. Det er viktig å sikre at foreldra eller andre med foreldreansvaret 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.

2.3.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Pasient- og brukarrettslova § 3-4 opnar ikkje for å unnlate å informere foreldre når pasienten er under 12 år. Samtidig kan ein ikkje sjå bort frå at også når ein pasient er under 12 år, kan det unnataksvis komme fram informasjon som ikkje bør vidareformidlast til foreldra eller andre med foreldreansvaret.

Sjølv om pasient- og brukarrettslova § 3-4 ikkje opnar for å unnlate 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 enkelte føringar for tilgangen til å unnlate 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 helseskade, 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 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"

Departementet vil understreke at det er foreldra eller andre med foreldreansvaret som er barnet sine nærmaste, og som i dei aller fleste tilfella tek vare på barnet etter det som er best for barnet. Dess yngre barnet er, dess viktigare er det at omsorgspersonane til barnet får grundig og god informasjon for å kunne ta vare på barnet sitt på best mogleg måte. Departementet meiner derfor at utgangspunktet må vere at det må finnast svært gode grunnar dersom informasjon ikkje skal vidareformidlast til foreldra eller andre med foreldreansvaret når barnet er under 12 år.

Samtidig ser departementet at det i heilt spesielle tilfelle kan vere behov for å unnlate å vidareformidle informasjonen. Slik departementet ser det kan det særleg vere behov for dette dersom det kjem fram informasjon som kan peike i retning av at foreldra eller andre med 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 med 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. I situasjonar som dette bør det opnast for eit unnatak frå plikta til å vidareformidle informasjonen.

Departementet vil likevel peike på at ein slik situasjon tilseier at den som sit på informasjonen, 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 (Opplysninger til barneverntjenesten). Og dersom opplysningane tilseier at barnet står i fare for alvorleg skade, kan det ligge føre plikt til å varsle politiet for å avverje skaden, jf. helsepersonellova § 31. 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.

Dersom det i lova blir innført eit unnatak frå plikta til å vidareformidle informasjon i heilt spesielle tilfelle, vil det i desse spesielle tilfella kunne bidra til å hjelpe utsette barn. I tillegg kan det òg ha den svært viktige funksjonen at barn som er i ein alvorleg situasjon med omsorgssvikt, torer å seie frå om dette for å få hjelp. Eit eksempel kan vere 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 lettare torer å opne seg. Det vil igjen kunne føre til at mistanken blir avkrefta eller forsterka.

Departementet foreslår ut frå dette å innføre eit nytt, snevert unnatak frå plikta til å informere foreldra eller andre med foreldreansvaret, som òg skal gjelde når ein pasient eller brukar er under 12 år. Departementet foreslår å avgrense unnataket til at informasjon ikkje skal givast til foreldra eller andre med foreldreansvaret "dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det", jf. forslag til nytt fjerde ledd i pasient- og brukarrettslova § 3-4. 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 foreslår at dette snevre unnataket skal gjelde for alle mindreårige, uavhengig av alder og uavhengig av om informasjonen i utgangspunktet, etter § 3-4 første, andre eller tredje ledd, skulle ha vore gitt til foreldra eller andre med foreldreansvaret.

Det inneber at dersom vilkåra etter nytt fjerde ledd er oppfylte, skal informasjon som gjeld pasientar og brukarar mellom 12 og 16 år, likevel ikkje givast til foreldre eller andre med foreldreansvaret, sjølv om pasienten eller brukaren ikkje sjølv oppgir grunnar til at dette ikkje bør skje. Det inneber vidare at dersom vilkåra etter nytt fjerde ledd er oppfylte, skal informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, likevel ikkje givast til foreldra eller andre med foreldreansvaret. (Dette omfattar, som beskrive under punkt 2.3.2, blant anna informasjon om sjølvmoordsfare, kvar pasienten oppheld seg, og innlegging på sjukehus på grunn av livstruande tilstandar.) Departementet minner likevel om at når det oppstår slike situasjonar, må personellet samtidig vurdere korleis pasienten eller brukaren skal følgast opp vidare på ein forsvarleg måte, og om situasjonen er slik at det skal meldast frå til barnevernet og/eller politiet.

For at barn skal fortelje om alvorlege forhold, kan det vere ein føresetnad at dei får vite at det dei fortel, ikkje automatisk blir vidareformidla til foreldra eller andre med 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. Departementet foreslår derfor å innføre eit krav i lova om at i tilfelle der det kan bli aktuelt å halde unna informasjon frå foreldre eller andre med foreldreansvar, skal pasienten eller brukaren så tidleg som mogleg orienterast om

retten foreldra eller andre med foreldreansvar har til å få informasjon, og unntak frå dette, jf. forslag til nytt sjuande ledd i pasient- og brukarrettslova § 3-4.

I lys av forslaget til nytt sjuande ledd meiner departementet at det òg bør gå fram av lova at pasientar og brukarar over 16 år skal orienterast i tilfelle der foreldre eller andre med foreldreansvar skal givast informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret etter nytt andre ledd, jf. forslag til nytt sjette ledd i pasient- og brukarrettslova § 3-4.

Departementet foreslår vidare å endre det gjeldande siste leddet, som blir nytt femte ledd. Det følger av pasient- og brukarrettslova § 3-4 fjerde ledd slik ho er i dag at dersom barnevernstenesta har teke over omsorga for barn under 16 år, gjeld dei andre ledda i føresegna tilsvarande for barnevernstenesta. Slik den gjeldande føresegna lyder gjeld ikkje pasient- og brukarrettslova § 3-4 tredje ledd for barn mellom 16 og 18 år når barnevernstenesta har teke over omsorga. § 3-4 tredje ledd omhandlar tilgangen foreldre eller andre med 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 med foreldreansvaret får informasjon som er nødvendig for at dei skal vere i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Dette gjeld også 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 som foreldra elles ville ha fått. Departementet foreslår derfor å endre formuleringa "under 16 år" i den gjeldande § 3-4 fjerde ledd til "under 18 år" i nytt femte ledd.

Til slutt foreslår departementet å gjere ei teknisk endring i § 3-4 og 3-5, som går ut på at ordet *opplysningar* blir erstatta 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 *opplysningar*.

2.4 Avgrensa samtykkekompetanse for barn under 16 år

2.4.1 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 med 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 med 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.

Elles viser departementet til Prop. 147 L (2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet). Her går det fram at eit nytt lovutval skal greie ut endringar i reglane i pasient- og brukarrettslova om samtykkekompetanse, jf. forslag frå Paulsrud-utvalet i NOU 2011:9.

2.4.2 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 altså av § 4-4 første ledd at foreldra eller andre med 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 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) punkt 6.7.2.1 avslutningsvis:

"16-årsgrensen kan suspenderes i visse tilfeller. For det første etter «tiltakets art». Det kan tenkes personlege helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år. Det kan også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør kunne tas før myndighetsalder er oppnådd, f.eks. deltakelse i forskningsprosjekter eller eksperimentell behandling, smertefull eller risikofylt 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 særlige 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 kommentarar:

"Bestemmelsen (Merknad: § 3-4 andre ledd) 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 ungdoms rådighetssfære 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 opptrer 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 helsetenesta og ønsker å bli undersøkt og behandla som følge av kjønnslemlesting. I den felles rettleiaren til Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om regelverk,

roller og ansvar knytt til kjønnslemlesting (Q-1145 B) er dette omtalt slik under punkt 3.1.2 Når barn under 16 år oppsøker helsetjenesten:

"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 undersøkelse og behandling som følge av kjønnslemlestelse, etter en konkret vurdering selv vil kunne samtykke til helsehjelpen.

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

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

2.4.3 Departementet sine vurderingar og forslag

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 med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasientar under 16 år. Som beskrive under punkt 2.4.2 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 pasient- og brukarrettslova § 3-4 andre ledd, når opplysningar frå pasientar mellom 12 og 16 år ikkje skal givast til foreldre eller andre med 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 foreldreansvaret ikkje får informasjon, kan dei heller ikkje samtykke. Departementet viser i denne samanhengen til særmerknaden til § 3-4 i Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) 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. mishandlingssaker) 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."

Slik departementet ser det vil det vere ein fordel om denne avgrensa samtykkekompetansen går klart fram av lova. Departementet foreslår derfor å innføre ein ny bokstav c som regulerer dette i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd.

Departementet viser vidare til punkt 2.3.3 over. Der foreslår departementet å innføre eit nytt snevert unntak frå plikta til å informere foreldra eller andre med foreldreansvaret, i pasient- og brukarrettslova § 3-4 fjerde ledd, dersom det er tungtvegande omsyn til pasienten eller brukaren som talar mot å informere. Det kan argumenterast for at dersom det er nødvendig med helsehjelp i desse tilfella, vil heller ikkje foreldra eller andre med foreldreansvaret kunne samtykke, ettersom dei ikkje har fått informasjon. Dette tilseier at også i desse tilfella bør pasienten eller brukaren sjølv ha samtykkekompetanse når pasienten er mellom 12 og 16 år. Departementet foreslår derfor at også dette blir innført i ny bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd.

Departementet foreslår at det snevre unntaket frå plikta til å informere foreldra eller andre med foreldreansvaret etter pasient- og brukarrettslova § 3-4 fjerde ledd også skal gjelde for pasientar og brukarar under 12 år. Det kan derfor stillast spørsmål ved om også pasientar og brukarar under 12 år burde få sjølvstendig samtykkekompetanse i desse spesielle tilfella. Departementet har etter ei heilskapleg vurdering valt å ikkje foreslå dette. Slik departementet ser det er det ikkje ønskeleg å senke aldersgrensa for sjølvstendig samtykkekompetanse for barn under 12 år. Departementet reknar 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 med omsyn til spørsmål om helsehjelp. Departementet er likevel i tvil om kva som er den beste løysinga her. Vi ber derfor spesielt om å få høringsinstansane sitt syn på dette.

I tillegg til forslaget om ein ny bokstav c i pasient- og brukarrettslova § 4-3 første ledd foreslår departementet 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 med 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.

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

2.5.1 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.

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 FNs 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 tilsvarer 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 sjuårsalderen. 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 Barneombodet til FN sin komité for barns rettar frå 2009 tok Barneombodet opp spørsmålet om retten barnet har til å bli høyrte i helsespørsmål. Dette går fram av rapporten:

"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 Barneombodet spørsmålet opp på nytt. Barneombodet 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 høyrte i helsespørsmål.

Spørsmålet er om reguleringa av barnet sin rett til å bli høyrte ved samtykke på vegner av barnet bør endrast i pasient- og brukarrettslova § 4-4, blant anna om aldersgrensa bør endrast frå 12 til 7 år eller fjernast. Når dette spørsmålet skal vurderast, bør ein særleg sjå på barnekonvensjonen artikkel 12, Grunnlova § 104 og barnelova § 31, som alle er omtalte nærmare i starten av dette kapitlet under punkt 2.1.

2.5.2 Gjeldande rett

Pasient- og brukarrettslova § 4-4 reguler i ei eiga føresegn samtykke til helsehjelp på vegner av barn. Ifølge første ledd er hovudregelen at foreldra eller andre med

foreldreansvaret³ 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 med foreldreansvaret eller barnevernstenesta høyre kva barnet har å seie, før dei gir samtykke. Når barnet har fylt 12 år, skal det få seie si meining i alle spørsmål som gjeld eigen helse, og det skal leggest aukande vekt på kva barnet meiner, ut frå alder og modenskap.

§ 4-4 fjerde ledd i pasient- og brukarrettslova kom inn i lova 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.

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 meining 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 meining 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."

2.5.3 Departementet sine vurderingar og forslag

I tillegg til at pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd er ei vidareføring av tidlegare legelova § 32, er føresegna 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 2.1.

Etter den gjeldande pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd første punktum skal foreldra til barnet, andre med foreldreansvaret eller barnevernet høyre kva barnet har å

³ Sjå under punkt 2.1 Generelt om foreldreansvaret

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." 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 § 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 pasient- og brukarrettslova § 4-4 fjerde ledd bør endrast slik at han samsvarer betre med desse rettslege grunnlaga.

Då departementet utforma forslaget til nytt ledd, såg vi i særleg grad på Grunnlova § 104 første ledd og barnelova § 31. Eit særskilt spørsmål som reiser seg i lys av barnekonvensjonen artikkel 12, er spørsmålet om vi bør regulere barn generelt eller setje sju år som retningsgivande alder, i tråd med barnelova § 31 andre ledd.

I samband med den siste endringa av barnelova § 31 drøfta Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet spørsmålet om sjuårsgrensa burde fjernast, jf. Prop. 85 L (2012-2013) Endringer i barnelova (barneperspektivet i foreldretvister) 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 heilt 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 vurderer det slik at det er omsyn som taler både for og mot å innføre ei retningsgivande sjuårsgrense. På den eine sida kan ei retningsgivande sjuårsgrense 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 sjuårsgrensa 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) over foreslår departementet derfor tilsvarande sjuårsgrense i ny § 4-4 femte ledd i pasient- og brukarrettslova. I tillegg foreslår departementet òg ei tilsvarande 12-årsgrense som den i barnelova § 31 andre ledd for når det skal leggst stor vekt på kva barnet meiner.

Departementet foreslår ut frå dette eit nytt § 4-4 femte ledd om at barnet skal få informasjon og bli høyrte 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. Dette gjeld seinast frå barnet fyller sju år. Det skal vidare leggst vekt på kva barnet meiner, ut frå 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.

2.6 Økonomiske og administrative konsekvensar

Lovforslaga under punkt 2 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 med 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 følge av pasient- og brukarrettslova at eit barn skal få informasjon og bli høyrte frå det er i stand til å danne seg egne synspunkt om det samtykket dreier seg om, og få høve til å seie si meining før spørsmålet om samtykke til helsehjelp blir avgjort. Dette skal gjelde seinast frå barnet fyller sju år. Det skal vidare leggst vekt på kva barnet meiner, ut frå 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 med foreldreansvaret, også når pasienten eller brukaren er 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.

Departementet reknar med at forslaga ikkje har økonomiske eller administrative konsekvensar i særleg grad.

3 Samtykke frå foreldre ved vaksinasjon av barn etter barnevaksinasjonsprogrammet

3.1 Innleiing – bakgrunn

Eit spørsmål som av og til oppstår, er om begge eller berre éin av foreldra eller andre med foreldreansvaret må samtykke til den enkelte vaksinen som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet.

Departementet fekk eit spørsmål om dette frå eit nettverk for helsesøstrer våren 2015. I brev av 6. oktober 2015 gav departementet ei tolkingsfråsegn om spørsmålet.

Departementet konkluderte med at vaksinasjonar som er omfatta av barnevaksinasjonsprogrammet, var helsehjelp som blir rekna som ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet som er omfatta av pasient- og brukarrettslova § 4-4 andre ledd bokstav a. Ut frå dette la departementet til grunn at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre med foreldreansvaret samtykker til slike vaksinasjonar.

Departementet vurderer det slik at dette bør gå fram direkte av pasient- og brukarrettslova § 4-4 om samtykke på vegner av barn.

3.1.1 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 elleve forskjellige sjukdomar: difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, infeksjon med *Haemophilus influenzae* type b (Hib), pneumokokksjukdom, meslingar, kuma, raude hundar, humant papillomavirus (HPV) og rotavirusjukdom. I tillegg blir barn i risikogrupper tilbydde vaksine mot tuberkulose og hepatitt B. 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 legemiddelforskrifta, gjennom eit samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk, jf. forskrift 18. desember 2009 nr. 1839 om legemidler (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 gjennomføre vaksinasjon, som skal sikre at barn får vaksinar under trygge forhold og får god oppfølging.

3.2 Gjeldande rett

Kompetansen til å samtykke til helsehjelp til barn under 16 år ligg hos foreldra eller andre med foreldreansvaret⁴. 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 med 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, jf. kapittel 14 i Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) Om endringer i barnelova mv. (flytting, delt bustad, samvær, vald m.m.). Ifølge Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2015 Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer, har eksempla det til felles at dei er alminnelege, daglegdagse, ukompliserte, og at det erfaringsmessig ikkje oppstår

⁴ Sjå avslutningsvis under punkt 2.1 Generelt om foreldreansvaret

ueinigheit rundt spørsmålet om det er nødvendig å oppsøke helsetenesta i desse situasjonane.

3.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Slik departementet vurderer det bør det gå fram av pasient- og brukarrettslova § 4-4 at det er tilstrekkeleg at berre éin av foreldra eller andre med 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 barnevaksinasjonsprogrammet⁵. 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 med foreldreansvaret samtykke til vaksinasjonen. Dersom 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, jf. pasient- og brukarrettslova § 4-4 andre ledd bokstav b.

Dei aller fleste barn og unge i Noreg får dei vaksinane som er tilrådde i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonsdekninga ligg generelt mellom 92 % og 96 % for 2-åringar og mellom 88 % og 97 % for høvesvis 9-åringar og 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 2002-kullet.

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 vaksinerte. 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 hos 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 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.

⁵ Eksempel på dette er reisevaksinar, TBE-vaksinen mot flåttborne sjukdomar og influensavaksinar.

Typisk for eksempla på helsehjelp som blir rekna som ledd i 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 mellom 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 foreldre 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 dør bortimot 1 million barn av meslingar kvart år. Departementet og Helsedirektoratet vurderer det slik at det derfor er viktig at flest moglege barn og unge får vaksinar i tråd med det tilrådde vaksinasjonsprogrammet. 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 programmet skal vurderast på lik linje med helsehjelp som er ein del av den daglege og ordinære omsorga for barnet, for at det ikkje skal skapast unødvendige hindringar som gjer at barn ikkje blir vaksinerte.

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 eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet.

Departementet foreslår derfor at det skal gå fram av nytt § 4-4 andre ledd at vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet blir rekna som eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet. Dermed følger det direkte av lova at det er tilstrekkeleg at den eine av foreldra eller andre med foreldreansvaret samtykkar til vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet.

I dei tilfella ein forelder med foreldreansvaret åleine kan samtykke til vaksinasjonen, kan det skje at den andre foreldereren er imot vaksinasjonen. Forslaget gjer at vaksinasjonen også i slike tilfelle kan gjennomførast. I tilfelle der helsepersonell får kjennskap til at den andre foreldereren er skeptisk til eller motset seg vaksinasjonen, meiner departementet at helsepersonellet likevel bør vurdere om det er mogleg og hensiktsmessig å snakke med denne foreldereren 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 foreldereren som har motførestillingar mot at barnet blir vaksinert, 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 eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet, kan givast av den foreldereren 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 plutsleg kan oppstå. Det kan i slike situasjonar vere eit praktisk behov for at også den foreldereren 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 foreldereren med foreldreansvar. Departementet foreslår ut frå dette at det skal gå fram direkte av nytt § 4-4 andre ledd at også foreldereren som ikkje har del i foreldreansvaret, kan samtykke åleine til helsehjelp som blir rekna som eit ledd i den daglege og ordinære omsorga for barnet.

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

3.4 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 med 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 reknar med at forslaget ikkje har økonomiske eller administrative konsekvensar i særleg grad.

4 Ivaretaking av barn som pårørande til søsken og som etterlatne

4.1 Innleiing – bakgrunn

I 2009 blei det innført nye føresegnar i helsepersonellova og spesialisthelsetenestelova for å sikre at helsepersonell identifiserer og sikrar 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.

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 førebygge problem hos barn og foreldre.

Det har blitt hevda at også mindreårige barn som pårørande til søsken som er alvorleg sjuke eller skada, og mindreårige barn som er etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, har tilsvarende 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 pårørande) – i samarbeid med senter for Krisepsykologi, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, RVTS Sør, Kreftforeningen og Seksjon for sorgstøtte ved A-hus – bedne om å vurdere å inkludere barn som etterlatne i lovføresegnene som regulerer barn som pårørande. Dette går fram av brevet:

"Departementets satsing på barn som pårørande 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 pårørande 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 lovtteksten. Vi ber derfor Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere mulighetene for å styrke etterlatte barns rettsstilling som pårørande."

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

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

Lovendingene trådte i kraft 2010, og selv om det ennå ikke fungerer optimalt overalt, ser vi at endringene var nødvendige og at flere barn som pårørande 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 pårørande 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 pårørande 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 lovendinger eller ved tilføyelser."

Helselovgivinga regulerer i dag ikkje særskilt helsepersonell si ivaretaking av mindreårige barn som pårørande til alvorleg sjuke og skada søsken eller som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr. Spørsmålet er om lovgivinga i tillegg bør regulere dette. Det vil sikre at helsepersonell identifiserer og tar 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.

4.2 Gjeldande rett og praksis

4.2.1 Regulering i helselovgivinga

Ved lov av 19. juni 2009 blei det innført ein ny § 10 a i helsepersonellova. Føresegna regulerer helsepersonell si plikt til å bidra til å ivareta 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.

Helsepersonellova § 10 a har denne ordlyden:

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørande

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, 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.*

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

For å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende, 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 ivareta behova til pasienten sine barn, med mindre pasienten motset seg dette.

Helsepersonellova § 25 a har denne ordlyden:

§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikt etter § 21 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven2 § 10 a.

Personell som nevnt i første, andre og tredje ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.

For å styrke stillinga til desse barna ytterlegare er det òg innført ei ny føresegn i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a. Føresegna pålegg helseinstitusjonar 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.

Spesialisthelsetenestelova § 3-7 a har denne ordlyden:

§ 3-7 a. Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om barneansvarlig personell i forskrift.

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

4.2.2 Regulering i helselovgivning til andre nordiske land

Sverige har regulert ansvaret for barn som pårørende og etterlatne i "sjukvårdslagen" og "patientsäkerhetslagen". Av "patientsäkerhetslagen" går det fram at:

"personalen särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- 1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
- 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
- 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider."

Den danske sundhetslovgivningen regulerer ikkje spørsmålet, og det er heller ikkje planar om å regulere dette i denne lovgivinga. Det same gjeld for Island.

4.2.3 Praktisering

4.2.3.1 Ivaretaking av mindreårige barn som pårørende til foreldre

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

Som eit resultat av studien blei det i 2015 oppretta ein rapport, Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie. Der blir det rapportert om desse hovudfunna med omsyn til helsetenestene:

"Spesialisthelsetjenesten følger bare delvis opp loven om barn som pårørende. 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 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.

Spesialisthelsetjenesten har forankret barn som pårørende 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.

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.

4.2.3.2 Ivaretaking av mindreårige barn som pårørende til søsken og etterlatne etter foreldre og søsken

Sjølv om helselovgivinga i dag ikkje særskilt regulerer helsepersonell si ivaretaking av mindreårige barn som pårørende til alvorleg sjuke og skadde søsken eller etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, er det mange stader innanfor helse- og omsorgstenestene bevisstheit rundt at også desse barna kan ha behov for informasjon og oppfølging.

Som eit eksempel viser departementet til at Oslo Universitetssykehus HF har bestemt at sjølv om helselovgivinga ikkje særskilt regulerer ansvaret for å ta vare på søsken som pårørende, så skal desse varetakast på lik linje med barn av vaksne pasientar som pårørende. OUS har i dag barneansvarlege på barnepostane sine, og desse sikrar òg behova til søsken.

Og når det gjeld barn som etterlatne etter foreldre og søsken som døyr, reknar departementet med at det innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta er bevissthet rundt at barna kan ha behov for å bli sett og varetekne av helse- og omsorgstenestene.

Departementet viser elles til at Helsedirektoratet nyleg har hatt på høyring eit utkast til ein rettleiar; Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Rettleiaren, som er eit tiltak innanfor "Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk", er òg eit tiltak for å styrke barn som pårørende. Rettleiaren omfattar alle pårørandegrupper og inneheld fleire tilrådingar til helsepersonell om ivaretaking av mindreårige søsken som pårørende. Utkastet 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.

Departementet viser også til at det i Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose er lagt vekt på kor viktig det er å ta vare på søsken. Det følger blant anna av retningslinjene at søsken til barn som døyr, bør følgast opp.

4.3 Departementet sine vurderingar og forslag

4.3.1 Mindreårige barn som pårørande søsken

Hovudoppgåva til helse- og omsorgstenesta er å førebygge, behandle og følge opp skadar, sjukdomar og andre helserelaterte utfordringar hos pasientane. Men bak pasientane står det ofte familiar som i ulik grad blir påverka av helsetilstanden til pasientane. Det å innføre dagens regulering for å ta vare på mindreårige barn som pårørande når foreldre blir pasientar med alvorlege helseproblem, 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. (oppfølging av born som pårørande) punkt 4.5.1 går blant anna dette fram:

"Opplivinga 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 helsetenesta 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.

Over 80 % av barn i Noreg har søsken. Det vil seie at dei fleste barn som ligg på sjukehus, har søsken. Eit sjukt barn gir ekstra utfordringar for ei familie. Når eit barn har alvorlege helseproblem, 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 mange held 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

kropplege symptom og konsentrasjonsvanskar, er ikkje uvanleg. Dette tilseier 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 kan gi 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 tilsynelatande ressurssterke foreldre som har behov for hjelp og råd om korleis dei best kan ta vare på søskenet i ein vanskeleg sjukdomssituasjon.

Før lovendringa i 2009 blei det peikt på at tilbodet frå helse- og omsorgstenesta om hjelp og støtte til barn av foreldre med alvorlege helseproblem varierte og ofte var tilfeldig og mangelfullt. Departementet rekne med at dette i dag er tilfellet for barn som er søsken til pasientar med alvorlege helseproblem.

Det er likevel grunn til å tru at lovendringa frå 2009 har ført til at helsepersonell er meir merksame på utfordringane for mindreårige barn som pårørande generelt, og dermed i noko større grad enn tidlegare også følger opp mindreårige søsken som pårørande. Helsepersonell på sjukehus, som er vane med å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørande 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 pårørande søsken når eit barn i ein familie har alvorlege helseproblem. Det same kan gjelde for fastlegen til familien.

Ut frå det faktumet at også mindreårige barn som søsken i mange tilfelle kan ha særleg behov for informasjon og oppfølging, har departementet komme fram til at lovgivinga også bør regulere helse- og omsorgstenesta sitt ansvar for å ta vare på mindreårige barn som pårørande til søsken med alvorlege helseproblem. Dersom dette blir regulert, kan det bidra til å sikre at helsepersonell på ein systematisk og god måte yt nødvendig hjelp og støtte også til denne utsette og sårbare gruppa barn.

4.3.2 Mindreårige barn som etterlatne når foreldre eller søsken dør

I Noreg er det estimert at ca. 2250 mindreårige barn kvart år mistar ein forelder. I tillegg mistar eit stort tal barn eit søsken. 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 omveltingar 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,

kommunikasjonsferdigheiter, skule og åtferd, økonomisk situasjon og auka dødelegheit. Barn som mistar ein forelder i sjølv-mord, ulykker og ved vald, er ei særleg utsett gruppe.

Også det at søsken døyr, kan vere svært krevjande for mindreårige barn og kan ha innverknad på ei rekke forskjellige område i barnet sitt liv.

Målet må vere at den forelderen/foreldra som er att, eller andre nærstående omsorgspersonar, sjølv sikrar oppfølginga av og omsorga for mindreårige barn/søsken når ein forelder eller eit søsken døyr. Det at foreldre eller søsken døyr, er ikkje einstyddande med at mindreårige barn/søsken ikkje får nødvendig omsorg og oppfølging, men gir grunn til at helse- og omsorgstenesta også i denne svært utsette og sårbare situasjonen må sjå barnet/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 døyr, ofte blir sett og varetakne av helse- og omsorgstenesta. Når ein forelder eller eit søsken som er pasient, døyr, 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. For eksempel vil helsesøster ved ein skule gjerne bli trekt inn og bidra til å ta vare på ein elev som har mista ein forelder eller søsken.

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 også bør regulere helse- og omsorgstenesta sitt ansvar 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 forslaget vil bidra til å sikre at helsepersonell på ein systematisk og god måte yt nødvendig hjelp og støtte også til denne utsette og sårbare gruppa barn.

4.3.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår 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. 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 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 gjeldande § 10 a, men det er så langt ikkje innført noka forskrift.

I helsepersonellova § 25 tredje ledd foreslår departementet å føye til tekst som tilseier at tilgangen til å gi opplysningar som er underlagde teieplikt til samarbeidande personell, gjeld tilsvarande når det er nødvendig å sikre 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 pårørende og etterlatne barn og søsken av slike pasientar.

I tillegg til forslaga til lovendingar foreslår departementet òg å endre forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstav t. Departementet foreslår 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.

4.3.4 Nærmare om innhaldet i helsepersonellova § 10 a og § 10 b

Barn bør etter begge føresegnene, 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 saman med pasienten som søsken i ein familie. Tilsvarande bør også *foreldre* tolkast vidt og omfatte alle omsorgsansvarlege for barn, både biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre. *Mindreårige barn og søsken* bør på tilsvarande måte som i dag omfatte barn under 18 år.

4.3.4.1 Helsepersonellova § 10 a – ivaretaking av mindreårige barn som pårørende søsken

For at plikta etter § 10 a skal gjelde overfor søsken, vil det, tilsvarande som overfor barn av forelder, stillast krav om at pasienten har ein psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengig eller har ein alvorleg somatisk sjukdom eller skade. 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 mindreårige 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.

Normalt bør helsepersonellet bidra dersom forelderen 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 søskenet, eller i tilfelle der det er klart at dei vil ha nytte av råd. Kva som skal til for å dekke søskenet sitt behov, må vurderast i kvart enkelt tilfelle. Mange barn får tilstrekkeleg oppfølging frå

foreldra sine, og i desse situasjonane kan det vere nok å gi foreldra generell informasjon om tilbodet.

Departementet foreslår at plikta på same måte som i dag ligg på helsepersonellet som yt 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.

Alternativa i tredje ledd bokstav b i føresegna (å innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig) og bokstav c i føresegna (å 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. 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.

Innhaldet i den nye føresegna femte ledd er identisk med innhaldet i gjeldande fjerde ledd. Departementet foreslår likevel å endre ordlyden for at han skal stemme overeins med forslaga i dette høyringsnotatet til endringar i pasient- og brukarrettslova, som tar utgangspunkt i barnet sin "alder og modenhet".

4.3.4.2 Helsepersonellova § 10 b – ivaretaking av mindreårige barn som etterlatne etter forelder og søsken

I § 10 b første ledd foreslår departementet ei plikt 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.

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 institusjon.

I dei tilfella der helsepersonell i forkant av dødsfallet har hatt ansvar for å ta vare på det mindreårige barnet som pårørande 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. Men også når det ikkje ligg føre noko slikt ansvar i utgangspunktet, for eksempel når avdøde berre har vore pasient i ein kort periode i forkant av dødsfallet, vil helsepersonellet etter forslaget til § 10 b ha eit ansvar dersom helsepersonellet i tilknytning til pasientforløpet eller dødsfallet kjem i kontakt med dei mindreårige barna eller søskena til avdøde.

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 tilfelle der foreldre eller søsken dør brått og uventa utanfor pleie- og omsorgsinstitusjon eller sjukehus, vil ikkje plikta etter forslaget til § 10 b i utgangspunktet ligge på noko spesifisert helsepersonell. Når foreldre eller søsken dør brått og uventa, oppstår det likevel vanlegvis ei krise for dei pårørande. 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. Kommunane vel sjølve korleis dei ønsker å organisere dette. For enkelte kommunar vil det vere naturleg å organisere det som ein del av kriseteamet i kommunen, mens andre vil legge 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 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, tilsvarande som for barn som pårørande. Men 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 til barnet skal givast i ei form som er tilpassa alderen og modenskapen til barnet. Det følger vidare at opplysningar om avdøde skal givast innanfor dei rammene som følger av helsepersonellova § 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 talar 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.

4.3.5 Nærmare om innhaldet i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a første ledd om barneansvarleg personell m.m.

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 pårørende søsken eller etterlate barn eller søsken.

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

4.4 Økonomiske og administrative konsekvensar

Forslaget om å utvide helsepersonell sitt ansvar for å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørende til å omfatte mindreårige barn som pårørende til søsken

Forslaget utvidar dagens ansvar for helsepersonell til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som pårørende til forelder også å omfatte mindreårige barn som pårørende 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.

Departementet kan ikkje sjå at denne utvidinga til også å omfatte søsken vil ha økonomiske og administrative konsekvensar i særleg grad. Departementet legg til grunn at etterlevinga av utvidinga blir følgd opp innanfor dei gjeldande ressursrammene i spesialisthelsetenesta. Når det gjeld spørsmålet om økonomiske og administrative konsekvensar av utvidinga for den kommunale helse- og omsorgstenesta, ber vi om innspel frå kommunane om deira syn på dette.

Forslaget om å innføre ei plikt for helsepersonell til å bidra til å ta vare på mindreårige barn som etterlatne etter foreldre eller søsken

Forslaget innfører ei ny plikt for helsepersonell til å ta vare på barn som etterlatne etter foreldre og søsken. Plikta blir innført både overfor 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, tilsvarende 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.

Departementet kan ikkje sjå at innføring av denne plikta vil ha økonomiske og administrative konsekvensar i særleg grad. Departementet legg til grunn at etterlevinga av plikta blir følgd opp innanfor dei gjeldande ressursrammene i spesialisthelsetenesta. Når det gjeld spørsmålet om økonomiske og administrative konsekvensar av plikta for den kommunale helse- og omsorgstenesta, ber vi om innspel frå kommunane om deira syn på dette.

5 Harmonisering av straffeføresegnene for brot på teieplikt

5.1 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 same handling blir ramma av to konkurrerande straffebod, foreslår departementet å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt. Dette inneber at strafferamma for brot på teieplikt etter dei nemnde lovene blir endra frå bot eller fengsel i inntil 3 månader til bot eller fengsel i inntil 1 år, jf. straffelova § 209.

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.

Straffeføresegna i helsepersonellova rammar òg andre brot på helsepersonellova. For å harmonisere strafferamma for andre brot etter helsepersonellova med strafferamma for brot på teieplikt foreslår departementet å utvide strafferamma frå bot eller fengsel i inntil 3 månader til bot eller fengsel i inntil 1 år.

5.2 Gjeldande rett

5.2.1 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 tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger), 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 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 går dette fram:

"... terskelen for å anvende straff ved uhell under pasientbehandling bør være 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 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 relativ høg. Det vil vere aktuelt å reise krav om påtale ved markante brot på føresegnene i helsepersonellova eller i medhald av denne.

5.2.2 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.

5.2.3 Helseregisterlova

Etter helseregisterlova § 30 første ledd blir den som forsettleg eller grovt aktaust 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 tileigne seg, bruke eller sitte på helseopplysningar etter lova, utan at det er særskilt heimla i lov eller forskrift.

5.2.4 Straffelova

Det følger av straffelova 2005 § 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 det formålet 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 føresegne gjeld tilsvarende ved brot på teieplikt som følger av gyldig instruks for teneste eller arbeid for statleg eller kommunalt organ.

Etter tredje ledd av føresegna 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. Medverknad er derimot ikkje omfatta, jf. femte ledd av føresegna.

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

5.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Straffelova 2005 som tredde i kraft 1. oktober 2015, inneheld i § 209 ei generell straffeføresegn for brot på teieplikt som følger av lov eller i forskrift. Brot på teieplikta etter helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova blir dermed ramma av den generelle straffeføresegna i straffelova i tillegg til straffeføresegnene i dei enkelte særlovene.

I Ot.prp. nr. 22 (2008-2009) punkt 2.19.5.1 side 74 og 75 uttaler Justisdepartementet dette:

"I Ot.prp.nr.8 (2007-2008) sluttet departementet seg til kommisjonens vurderingar og forslag om at brudd på alle former for lovbestemt taushetsplikt i utgangspunktet bør rammes av samme bestemmelse i straffeloven, jf. side 263 annen spalte. Departementet er enig med Straffelovkommisjonen i at det synes noe tilfeldig om brudd på bestemmelser om taushetsplikt i spesiallovgivningen straffes etter straffeloven 1902 § 121 eller etter en straffebestemmelse i den enkelte særlov. Det er dessuten avvik mellom de forskjellige

straffebestemmelsene både når det gjelder skyldkravet, strafferammen og om medvirkning er straffbar. Departementet mener det vil være ryddig med én generell straffebestemmelse som rammer ethvert brudd på taushetsplikt, uavhengig av om gjerningspersonen er ansatt i eller har annen tilknytning til det offentlige. En standardstrafftrussel vil medføre en retts teknisk forenkling og en mer enhetlig lovgivning. En slik løsning er valgt i Sverige og Finland. (...)

Straffelovkommisjonen utelukker ikke at det ved spesielle behov kan være mulig å fastsette en regulering i den enkelte særlov som avviker fra forslaget til alminnelig straffebestemmelse om brudd på taushetsplikt. Departementet mener det er riktig å holde muligheten åpen, men vil understreke at det ikke betyr at avvikende eller overlappende bestemmelser i spesiallovgivningen automatisk kan videreføres. Straffebestemmelsene om taushetsbrudd i spesiallovgivningen bør gjennomgå med sikte på å unngå helt eller delvis overlappende eller avvikende straffetrusler som ikke kan begrunnes spesielt."

Vidare i punkt 16.2 side 406:

"Det vises til punkt 2.19. Bestemmelsen svarer i noen grad til, og viderefører viktige elementer fra, § 121 første og tredje ledd i straffeloven 1902, og avløser dessuten straffeloven 1902 §§ 132 b og 144 (se likevel forslaget til § 211 som viderefører deler av straffeloven 1902 § 144). Det nye straffebudet er imidlertid utformet som en standardstraffetrusel som rammer brudd på taushetsplikt generelt, uavhengig av om gjerningspersonen er ansatt i eller har annen tilknytning til det offentlige. Den omfatter altså både lovfestet forvaltningsmessig og yrkesmessig taushetsplikt.

Lovforslaget innebærer videre at alle overtredelser av bestemmelser om taushetsplikt i særlovgivningen i utgangspunktet rammes av bestemmelsen. Bestemmelser om taushetsplikt i de enkelte særlover bør, av informasjonshensyn, inneholde en henvisning til § 209, uten at dette er noen betingelse for straffansvar."

For å unngå at den same handlinga blir ramma av to konkurrerende straffebod, foreslår departementet å endre straffeføresegnene i særlovene slik at dei viser til straffelova § 209 for brot på teieplikt.

I motsetning til straffelova § 209 rammer straffeføresegnene i helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova også medverknad til brot på teieplikta. Helsepersonellova § 67 har i tillegg ein annan påtaleregel enn den alminnelege påtaleregelen etter straffeprosesslova § 62 a.

Som det går fram av sitatet frå forarbeida til den nye 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.

Som nemnt blir medverknad til brot på teieplikt ramma av straffeføresegnene i helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova. Det kan stillast spørsmål ved om denne særregelen bør vidareførast. Departementet har ikkje oversikt over kva konsekvensar det vil få å fjerne denne særregelen, og ønsker derfor innspel frå høyringsinstansane på om ein slik særregel er nødvendig.

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 ta i bruk 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 ta i bruk 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. Statens helsetilsyn vil ha særleg kompetanse til å vurdere om det faktisk ligg føre eit brot på føresegnene om teieplikt i helsepersonellova. Departementet ser derfor at det kan vere behov for å vidareføre den særskilde påtaleregelen for brot på teieplikta etter helsepersonellova. Departementet ønsker likevel innspel frå høyringsinstansane også når det gjeld vurderinga av dette spørsmålet.

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

Av den grunn meiner departementet at strafferamma ikkje bør vere lågare for slike brot enn for brot på teieplikta. Departementet foreslår derfor å endre strafferamma i helsepersonellova til bot eller fengsel i 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 i inntil eitt år, rammar det òg forsøk på brot, jf. straffelova 2005 § 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 bevirke 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 2005 § 16 bør gjelde for forsettleg forsøk på straffbare brot på helsepersonellova, pasientjournallova og helseregisterlova. Departementet foreslår derfor ikkje særskilde unntaksføresegner for forsøk.

Etter gjeldande praksis er det sett ein relativt høg terskel for å straffeforfølge 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 straffeforfølgast, 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 Arianson-utvalet i NOU 2015:11 *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*, som 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 strafforfølgning 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 opptrer grovt uaktsomt. I de sjeldne tilfeller det er forsettlige eller grovt uaktsomme handlinger eller unnlater som ligger til grunn for en alvorlig hendelse, må det være mulighet for strafforfølgning. 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 strafforfølgning 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 strider mot den allmenne rettsoppfatninga.

5.4 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 i inntil 3 månader til bot eller fengsel i 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, og departementet legg derfor til grunn at utvidinga av strafferamma berre vil ha ubetydelege administrative og økonomiske konsekvensar.

6 Helsepersonellnemnda – forslag om å utvide delegasjonstilgangen

6.1 Innleiing

Det har dei siste åra vore ein markant auke i talet på klagesaker som har komme inn til Statens helsepersonellnemnd, 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 rettsryggleiken til klagaren blir sikra, foreslår departementet at nemndleiar kan avgjere

saker som ikkje byr på vesentlege tvilsspørsmål, og at Helsepersonellnemnda òg kan delegere vedtakskompetanse til sekretariatet i slike saker.

6.2 Kort om Helsepersonellnemnda

Statens helsepersonellnemnd (heretter Helsepersonellnemnda) handsamar klager frå helsepersonell over vedtak om avslag på søknad om autorisasjon og lisens som Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 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.

Størst del er det av saker som 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 provisorfarmasøytar, reseptarfarmasøytar og apotek for vedtak som Statens legemiddelverk har gjort apoteklova. Eksempel på slike klager er klage over avslag på godkjenning som filialapotek, jf. apoteklova § 3-4, og klage over vedtak om åtvaring, jf. apoteklova § 8-4. Apotekklagenemnda hadde i 2013, 2014 og 2015 ingen saker til handsaming.

6.3 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 medlemen 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 sakshandsaming i nemnda. I forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling er det gitt nærmare 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 gjer er endelege og kan ikkje klagast inn administrativt, men kan bringast inn for domstolane.

6.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Etter gjeldande rett er det berre avgjersler av prosessuell karakter som nemndleiar åleine kan avgjere eller delegere. Leiaren av nemnda har dermed ein svært avgrensa tilgang til å ta avgjersler i klagesaker. Det same gjeld tilgangen Helsepersonellnemnda har til å delegere avgjersler til sekretariatet.

Det er stor variasjon i sakstilfanget til Helsepersonellnemnda. Sakene har ulik karakter og kompleksitet, og dette bør etter departementet si vurdering reflekterast i kor omfattande og ressurskrevjande handsaming ulike typar saker skal få i klageomgangen.

Departementet meiner det bør opnast for større fleksibilitet som gjer det mogleg å bruke mindre ressursar på dei enklare sakene og meir ressursar på dei vanskelege sakene.

Departementet understrekar i denne samanhengen at rask sakshandsaming òg er ei viktig side av rettstryggleiken, noko som tilseier at dei enkle sakene bør avgjerast på ein annan måte enn i nemndmøte. Departementet foreslår derfor å utvide tilgangen nemndleiar har til å ta avgjersler, samt nemnda si tilgang til å delegere avgjersler til sekretariatet.

Departementet har vurdert om Helsepersonellnemnda fritt bør kunne bestemme kva saker som skal kunne avgjerast av nemndleiar eller delegerast til sekretariatet, eller om det bør fastsettast rammer for denne tilgangen.

Utgangspunktet etter helsepersonellova § 68 er at klagesaker skal handsamast av Helsepersonellnemnda. Omsyn til rettstryggleiken til klagaren tilseier slik departementet vurderer det at nemndleiar åleine ikkje skal kunne avgjere saker som reiser vesentlege tvilsspørsmål. Det same bør gjelde for nemnda sin tilgang til å delegere avgjersler til sekretariatet. Departementet foreslår derfor å endre helsepersonellova § 68 og § 7 i forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd i samsvar med dette.

Ei sak blir rekna for å reise *vesentlege tvilsspørsmål* dersom det er tvil om spørsmål som kan vere avgjerande for utfallet av saka. Dette kan vere både tvil om fakta i saka, tvil om rettslege tolkingsspørsmål eller tvil om korleis eit skjønn skal utøvast. Det er berre i dei

samanhengane der tvilsspørsmål kan vere avgjerande for utfallet av saka, at saka ikkje kan delegerast til nemndleiar eller sekretariatet. Dersom det er tvil om faktiske forhold og vurderinga av desse faktiske forholda vil vere avgjerande for utfallet av saka, er det snakk om vesentlege tvilsspørsmål. Eit eksempel kan vere at det er tvil knytt til helsepersonellet sin handlemåte i ei sak om tilbakekall av autorisasjon. Slik departementet ser det vil tvilen i slike tilfelle kunne ha noko å seie for utfallet av saka. Tvil knytt til vurderinga av bakgrunnsinformasjon som er vesentleg for saka, for eksempel vurdering av utdanninga til klagaren i ei klage over avslag på ein søknad om autorisasjon, vil òg kunne tilseie at saka må avgjerast i nemndmøte.

Dersom det ligg føre tvil om rettslege tolkingsspørsmål som er avgjerande for utfallet av saka, må dette òg reknast som eit vesentleg tvilsspørsmål. Det kan òg vere snakk om eit vesentleg tvilsspørsmål når det er behov for å utøve skjønn og det ikkje er klart kva som bør bli resultatet av vurderinga.

Dersom fleire saker av same type har blitt handsama i nemndmøte tidlegare, kan det ha utvikla seg ein einsarta praksis som gjer at det ikkje lenger er grunnlag for handsaming i nemndmøte, sjølv om saka isolert sett reiser vanskelege spørsmål av prinsipiell art.

Det er nemndleiar som avgjer om den konkrete saka reiser vesentlege tvilsspørsmål. Nemndleiar må vurdere dette på grunnlag av dokumenta i saka sett opp mot regelverket og praksis i likearta saker. Dersom nemndleiaren er i tvil om ei sak inneheld vesentlege tvilsspørsmål, kan dette tilseie at ho bør avgjerast i nemndmøte.

Som nemnt foreslår departementet endringar i helsepersonellova § 68 slik at nemndleiar kan avgjere saker og Helsepersonellnemnda skal kunne delegere avgjersler til sekretariatet i saker som ikkje reiser vesentlege tvilsspørsmål. Etableringa av sekretariatet følger ikkje av gjeldande helsepersonellov, men av § 5 i forskrift om Statens helsepersonellnemnd. Departementet foreslår at etableringa av sekretariatet no også skal gå fram av helsepersonellova § 69 nytt fjerde ledd.

6.5 Økonomiske og administrative konsekvensar

Utvidinga av tilgangen til å delegere avgjersler til sekretariatet og nemndleiar vil bidra til meir effektiv sakshandsaming ved at sakene ikkje må handsamast på eit nemndmøte. Det er svært usikkert kor mange saker som kjem til å bli delegerte til nemndleiar eller sekretariatet som følge av at tilgangen til å delegere blir utvida. Det er derfor òg usikkert kor stor effektiviseringsgevinst denne endringa vil gi. Sakshandsamingstida har auka dei siste åra. Departementet reknar med at tilgangen til å delegere saker til nemndleiar og sekretariat vil bidra til at ressursane blir utnytta betre og dermed òg til at sakshandsamingstida kan bli kortare.

7 Plikta til å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene ved fare for pasienttryggleiken

7.1 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. Departementet har gjort ei avveging av omsyna til teieplikt i behandlingssituasjonen og formålet med opplysningsplikta i § 17 og 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.

7.2 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 pårekleleg/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 (1998-199) 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 bakgrunn av manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner representerer en alvorlig fare for pasienters sikkerhet, for eksempel på bakgrunn av psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk, manglende oppdatering av faglige kvalifikasjoner eller vilje til å innrette seg etter egne kvalifikasjoner."

I rundskriv IS-8/2012 har Helsedirektoratet utdjupa 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 finst ein klar føresetnad om det i lov eller i medhald av lov 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 eller legemiddelova § 25.

7.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Helsepersonellova § 17 pålegg helsepersonell å gi informasjon til tilsynsstyresmaktene om forhold som kan føre til fare for pasientar sin tryggleik. Føresegna er breitt utforma, og det har vore reist spørsmål om opplysningsplikta omfattar forhold som er underlagde teieplikt, og som helsepersonell er blitt kjende med i kraft av å yte helsehjelp til eit anna helsepersonell. Spørsmålet er om opplysningsplikta i den nemnde føresegna fritar for teieplikta som helsepersonellet har i ein behandlingssituasjon.

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 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 fritta for teieplikt som oppstår i ein behandlingssituasjon. Helsedirektoratet har i rundskriv IS-8/2012 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 merknaden 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 pasientar sin tryggleik på grunn av manglande faglege eller personlege føresetnader. Føresegna er plassert i kapittelet om krav til organisering og verksemd og er meint å skulle rette seg mot forhold som utgjør ein fare for pasienttryggleiken i verksemda.

Som nemnt over ligg det sterke omsyn bak teieplikta. Behovet for å verne mot spreining 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 spreining 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 punkt 7.2. 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 pasientar sin tryggleik 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 kompetanse til. 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 helsepersonell si yrkesutøving. 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 lidingar som kan verke inn på yrkesutøvinga. Dersom tilsynsstyresmaktene ønsker å få utlevert pasientopplysningane som gjeld eit helsepersonell, er kravet anten at vedkommande helsepersonell samtykkar 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.

Departementet meiner det er viktig at ein ikkje er usikre på kva som er omfatta av opplysningsplikta i helsepersonellova § 17, og foreslår derfor å presisere i føresegna at ho ikkje fritar for teieplikt.

7.4 Økonomiske og administrative konsekvensar

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

8 Enkelte tekniske endringar i helsepersonellova

8.1 Innleiing

Departementet foreslår å gjere fleire tekniske endringar i helsepersonellova, som har til hensikt å tydeleggjere eller presisere dei gjeldande føresegnene. I tillegg foreslår vi å oppheve helsepersonellova § 38, som ikkje har tredd i kraft.

8.2 Departementet sine vurderingar og forslag

8.2.1 Helsepersonellova § 6

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. Slik departementet vurderer det bør derfor ordet "pasienter" endrast til "pasient", slik at det går klart fram av føresegna at plikta også omfattar ressursbruk ved helsehjelp til den enkelte pasienten.

8.2.2 Helsepersonellova § 11

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, men ønsker å endre føresegna slik at dette uttrykkeleg går fram.

8.2.3 Helsepersonellova § 38

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), men forslaget blei ikkje følgt opp i lovvedtaket, truleg ved ein feil. I NOU 2015:11 *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene* 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 – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene* 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 framleis, ettersom denne ikkje har tredd i kraft. Departementet foreslår på bakgrunn av dette å oppheve føresegna.

8.2.4 Helsepersonellova § 62

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 foreslår derfor å ta dette inn i føresegna.

8.2.5 Helsepersonellova § 74

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. Departementet foreslår at det også i første ledd blir presisert 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.

8.3 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.

9 Oppheving av apoteklova § 3-2 første ledd bokstav a

9.1 Innleiing

Apoteklova stiller krav om at den som ønsker å eige og drive eit apotek i Noreg, må ha både apotekkonsesjon og driftskonsesjon, jf. § 1-4. Mens ein apotekkonsesjon gir rett til å eige eit apotek, gir ein driftskonsesjon rett til å vere driftsansvarleg for dette apoteket. Vilkåra for tildeling av apotekkonsesjon og driftskonsesjon følger av kapittel 2 og 3 i apoteklova. Endringsforslaget i dette høyringsnotatet 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 tilfredsstillе 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 rettstilstand 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.

9.2 Gjeldande rett

9.2.1 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 Helsedirektoratet 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–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 jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen", jf. bokstav c. På tilsvarande vis vil ein søkar 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 søkeren må ha "norsk eksamen cand.pharm., master i farmasi eller utenlandsk utdanning som anerkjennes som jevngod 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 søkeren er "jevngod" med tilsvarende norsk utdanning.

9.2.2 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 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjonar fra andre EØS-land eller fra Sveits av 8. oktober 2008 nr. 1130 (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 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 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, har også kandidatar med utdanning frå tredjeland krav på driftskonsesjon, så framt denne utdanninga er godkjend i eit EØS-land og søkeren kan dokumentere tre års praksis frå godkjenningslandet. Dette følger av forskrifta § 23 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning på grunnlag av utdanning erverva i eit tredjeland:

"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 utdanning og har minst tre års attestert yrkeserfaring fra en avtalestat 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 arbeidsmarked for yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (heretter "den nordiske overeinskomsten"). Den nordiske overeinskomsten 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 overeinskomsten dersom det er grunnlag for det, utan å vurdere om også yrkeskvalifikasjonsdirektivet gir rett til autorisasjon.

9.3 Praktiseringa av gjeldande regelverk

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

Gjeldande apoteklov § 3-2 første ledd bokstav a tredje 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 søker 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 overeinskomsten. 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 Helsedirektoratet på førespurnad frå Statens legemiddelverk måtta vurdere om søkaren har krav på autorisasjon også etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

9.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet meiner det er unødvendig og kompliserande at apoteklova stiller eit sjølvstendig krav om utdanning for at ein provisorfarmasøyt skal blir rekna som kvalifisert som apotekar. Vi foreslår derfor å oppheve § 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 mellom anna innebære at ein provisorfarmasøyt som har autorisasjon etter helsepersonellova § 48 a bokstav d "har godtgjort å 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.

Slik departementet vurderer det vil ein provisorfarmasøyt, uavhengig av grunnlaget for autorisasjonen, vere kvalifisert til å drive eit apotek, så fram vilkåra i § 3-2 første ledd bokstav b og d-f er oppfylte. I praksis inneber lovendringa at Statens legemiddelverk ikkje treng å kontakte Helsedirektoratet for å undersøke grunnlaget søkaren har for å få autorisasjon. Det vil etter departementet si meining kunne forenkle sakshandsaminga og redusere sakshandsamingstida. Departementet vurderer det slik at dei nødvendige faglege krava til apotekar blir 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 legg 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 fram utdanninga er godkjend med bakgrunn i yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Direktivet har som føresetnad at det første EØS-landet som tildeler autorisasjon, vurderer om utdanninga er jamgod med minstekrava i direktivet. Vi meiner derfor at også søkarar med eksamen frå land utanfor EØS vil ha ei utdanning som kan seiast å vere jamgod med norsk eksamen.

Vi er klar over 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.

Departementet vurderer det slik at ei oppheving av 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.

9.5 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 på kva grunnlag autorisasjonen blei gitt. 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.

10 Tydeleggjering av verkeområdet til pasientskadelova

10.1 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 i hovudregelen eit krav at skaden i tillegg må ha ført til eit økonomisk tap.

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 alternativ behandlingslova.

10.2 Gjeldande rett

Verkeområdet for pasientskadelova går fram av § 1 i lova. Som nemnt gjeld lova i hovudsaka 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 i lova.

Helsepersonellova gjeld for helsepersonell og verksemder som yt helsehjelp i riket, jf. § 2 første ledd i lova. 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 av lova, 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 i hovudregelen 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 av lova, som er tekne inn i kapittel 17 i proposisjonen, side 205–206.

Problemstillinga er dessutan omtalt i punkt 12.8.4 i proposisjonen, side 122–125 ("Forholdet til helsepersonelloven") og i punkt 12.17.6.1 i proposisjonen, side 162–167 ("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 i proposisjonen, side 71–72, 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 helsepersonelltittel, 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."

10.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Reguleringa i pasientskadelova der autorisert helsepersonell påfører pasientar skade ved yting av "helserelatert 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 helserelaterte 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 vitenskapleg forskning eller erfaringsbasert systematisert 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 ulikheitene 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.

Sameleis 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) 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 i hovudregelen 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 "helserelatert behandling" etter alternativ behandlingslova § 2 tredje ledd.

Departementet foreslår å endre pasientskadelova § 1 første ledd bokstav c ved å ta inn eit nytt andre punktum som lyder slik:

Loven gjelder også skader voldt av helsepersonell ved ytelse av helserelatert behandling etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 tredje ledd som er en integrert og sammenhengende del av helsehjelpen.

Om ulike former for alternativ behandling i denne sammenhengen 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 kontaktinformasjon, medrekna om helsepersonellet her framhevar tittelen sin som helsepersonell eller berre bruker tittelen som alternativ behandlar. 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 behandlaren 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 "helserelatert 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 "helserelatert 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 fellestrekk 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.

10.4 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 "helserelatert behandling" etter alternativ behandlingslova. Forslaget vil derfor ikkje ha økonomiske eller administrative konsekvensar.

11 Verkeområdet for endringane - Svalbard og Jan Mayen

Departementet foreslår fleire endringar i pasient- og brukarrettslova. Pasient- og brukarrettslova gjeld ikkje for Svalbard og Jan Mayen. Departementet foreslår ikkje endringar i verkeområdet for lova. Endringane i pasient- og brukarrettslova vil dermed ikkje gjelde for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår ei endring i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a. Denne føresegna i spesialisthelsetenestelova gjeld ikkje for Svalbard, jf. forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen § 3. Spesialisthelsetenestelova gjeld ikkje for Jan Mayen. Departementet foreslår ikkje endringar i verkeområdet for lova. Endringa i spesialisthelsetenestelova vil dermed heller ikkje gjelde for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår endringar i helsepersonellova §§ 6, 10 a, 11, 17, 25, 62, 67, 68, 69 og 74. Departementet foreslår òg ein ny § 10b og at § 38 blir oppheva. Helsepersonellova gjeld for Svalbard, jf. forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen § 4 første ledd. Departementet vurderer det slik at dei foreslåtte endringane og ny § 10 b òg kan gjerast gjeldande for Svalbard. Det er derfor ikkje behov for å gjere endringar i forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår ei endring i apoteklova § 3-2. Apoteklova gjeld for Svalbard, jf. forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen § 11. Apoteklova gjeld ikkje for Jan Mayen. Departementet vurderer det slik at endringa òg kan gjerast gjeldande for Svalbard. Det er derfor ikkje behov for å endre forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår ei endring i pasientskadelova § 1. Pasientskadelova gjeld for Svalbard, jf. pasientskadelova § 19. Pasientskadelova gjeld ikkje for Jan Mayen. Departementet vurderer det slik at endringa òg kan gjerast gjeldande for Svalbard. Det er derfor ikkje behov for å endre forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår endringar i pasientjournallova § 30 og helseregisterlova § 30. Pasientjournallova og helseregisterlova gjeld ikkje for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår ikkje å endre verkeområdet for loven. Dei foreslåtte endringane i lovene vil dermed ikkje gjelde for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår endringar i forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling § 7. Forskrifta gjeld ikkje for Svalbard og Jan Mayen. Departementet foreslår ikkje å endre verkeområdet for forskrifta. Endringane i forskrifta vil dermed heller ikkje gjelde for Svalbard og Jan Mayen.

Departementet foreslår ei endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal § 8. Forskrifta gjeld for Svalbard, jf. forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen § 4 andre ledd. Forskrifta gjeld ikkje for Jan Mayen, jf. forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen § 19 andre ledd. Departementet vurderer det slik at endringa i forskrifta om pasientjournal § 8 første ledd bokstav t) òg kan gjerast gjeldande for Svalbard. Det er derfor ikkje behov for å endre forskrift om helselovgjevinga for Svalbard og Jan Mayen.

12 Merknader til kvar særskild føresegn

Departementet har ikkje utarbeida særskilde merknader til dei foreslåtte lovendringane no i høyringa, men viser under til kvar i høyringsnotatet endringane er nærare omtalt.

Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetenestelova)

Til § 3-7 a første ledd

Endringa i spesialisthelsetenestelova er omtalt i punkt 4.3.5.

Lov om pasient- og brukarrettigheter (pasient- og brukarrettslova)

Til § 1-3 bokstav b

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 1-3 er omtalt i punkt 2.1.

Til § 3-1 første og andre ledd

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 3-1 er omtalt i punkt 2.1.

Til § 3-3 første og andre ledd

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 3-3 er omtalt i punkt 2.1.

Til § 3-4

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 3-4 er omtalt i punkt 2.1 og 2.3.3.

Til § 3-5 andre ledd

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 3-5 er omtalt i punkt 2.3.3.

Til § 4-3 første ledd ny bokstav c)

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 4-3 er omtalt i punkt 2.4.3.

Til § 4-4

Endringa i pasient- og brukarrettslova § 4-4 er omtalt i punkt 2.5.3 og 3.3.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellova)

Til § 6

Endringa i helsepersonellova § 6 er omtalt i punkt 8.2.1.

Til § 10 a

Endringa i helsepersonellova § 10 a er omtalt i punkt 4.3.4.1.

Til ny § 10 b

Endringa i helsepersonellova § 10 b er omtalt punkt 4.3.4.2

Til § 17 første ledd nytt andre punktum

Endringane i helsepersonellova § 17 er omtalt i punkt 7.3.

Til § 67

Endringane i helsepersonellova § 67 er omtalt i kapittel 5.3.

Til § 68 nytt tredje ledd

Endringane i helsepersonellova § 68 er omtalt i kapittel i punkt 6.4

Til § 69 nytt fjerde ledd

Endringane i helsepersonellova § 69 er omtalt i kapittel 6.4.

Til § 74 første ledd første punktum

Endringa i helsepersonellova § 74 er omtalt i punkt 8.2.5.

Lov om apotek (apoteklova)

Til § 3-2 første ledd

Endringa i apoteklova er omtalt i punkt 9.4.

Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadelova)

Til § 1 første ledd bokstav c

Endringa i pasientskadelova § 1 er omtalt i punkt 10.3.

**Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp
(pasientjournalloven)**

Til § 30 første og andre ledd

Endringane i pasientjournallova § 30 er omtalt i punkt 5.3.

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

Til § 30 første og andre ledd

Endringane i helseregisterlova § 30 er omtalt i punkt 5.3.

**Forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd –
organisering og saksbehandling**

Til § 7 første og andre ledd

Endringane i forskrifta er omtalt i punkt 6.4.

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

Til ny § 8 første ledd bokstav t)

Endringane i forskrifta er omtalt i punkt 4.3.3.

13 Forslag til lovendringer

I

Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven):

Endring i § 3-7 a første ledd:

§ 3-7 a Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn *som pårørende og etterlatte barn og søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.*

II

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

Endringer i § 1-3 bokstav b:

- b. *pasientens og brukers 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 med 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.

Endringer i § 3-1 første og annet ledd:

§ 3-1 Pasientens og brukers rett til medvirkning

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. *Pasient og bruker* har herunder 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 ut fra alder og modenhet.*

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.

Endringer i § 3-3 første og annet ledd:

§ 3-3 Informasjon til pasientens og brukerens nærmeste pårørende

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.

Endringer i § 3-4:

§ 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 med foreldreansvaret informeres.

Er pasienten *eller brukeren* mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten *eller brukeren* av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten *eller brukeren* er under 18 år.

Uavhengig av pasientens eller brukerens alder og uavhengig av første, annet og tredje ledd, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret, dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det.

Dersom barneverntjenesten etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12 har overtatt omsorgen for en pasient eller bruker under 18 år, gjelder første, annet, tredje og fjerde ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

I tilfeller der foreldre eller andre med foreldreansvar skal gis informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret etter tredje ledd, skal pasienten eller brukeren orienteres om dette.

I tilfeller der det kan bli aktuelt å unnta informasjon fra foreldre eller andre med foreldreansvar etter annet eller fjerde ledd, skal pasienten eller brukeren så tidlig som mulig orienteres om foreldrene eller andre med foreldreansvar sin rett til informasjon etter første og tredje ledd og unntakene fra dette etter annet og fjerde ledd.

Endring i § 3-5 annet ledd:

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Endring i § 4-3 første ledd, ny bokstav c:

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

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, og
- c) personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold foreldrene eller andre med foreldreansvaret ikke er informert om, jf. § 3-4 annet og fjerde ledd.

Endringer i § 4-4:

§ 4-4 Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. *Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år når de har samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c).*

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre med foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd. For en forelder gjelder dette uavhengig av om den har foreldreansvaret for barnet. Ved en vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må likevel den som skal samtykke ha foreldreansvaret for barnet.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre med 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 med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening. Beslutning om slik helsehjelp kan påklages til Fylkesmannen etter kapittel 7. Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre foreldereren eller andre med foreldreansvaret.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 annet ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

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

III

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven):

Endring i § 6:

§ 6 Ressursbruk

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører *pasient*, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Endringer i § 10 a:

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende *til forelder eller søsken*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn *kan ha som følge av at 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.*

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.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet søke å avklare søskenets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre med omsorgen for søskenet. Annet ledd bokstav b) og c) gjelder tilsvarende.

Informasjonen til barnet skal gis i en form som er tilpasset dets alder og modenhet.

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

Ny § 10 b:

§ 10 b Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som etterlatte etter foreldre eller søsken

Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at forelder eller 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 behovet til barnet skal helsepersonell innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig.

Informasjon til barnet skal gis i en form som er tilpasset dets alder og modenhet og opplysninger om avdøde skal gis innenfor de rammer som følger av § 24.

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

Endring i § 11 andre ledd andre punktum:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om rekvirering av legemidler, herunder om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan også bestemmes at bestemte legemidler *eller kategorier av legemidler* helt eller delvis kan unntas fra denne retten.

Endring i § 17, nytt andre punktum:

§ 17 Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Informasjonsplikten omfatter ikke taushetsbelagte opplysninger.

Endringer i § 25 tredje ledd:

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 oppheves.

Endring i § 62 andre ledd:

Avslag på søknad om ny autorisasjon, *lisens eller spesialistgodkjenning* er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Endring i § 67:

§ 67 Straff

Brudd på taushetsplikt etter kapittel 5 straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes. Påtale skal finne sted dersom det begjæres av Statens helsetilsyn. 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 i inntil 1 år. *Påtale skal finne sted dersom det begjæres av Statens helsetilsyn. For øvrig gjelder straffeprosessloven § 62 a.*

Endring § 68, nytt tredje ledd:

Saker som ikke byr på vesentlige tvilsspørsmål, kan avgjøres av nemndlederen. I slike saker kan Statens helsepersonellnemnd også delegerer vedtaksmyndighet til sekretariatet. En sak skal anses å by på vesentlige tvilsspørsmål dersom det er tvil om spørsmål som kan ha avgjørende betydning for utfallet av saken.

Endring i § 69, nytt fjerde ledd:

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er sekretariat for Statens helsepersonellnemnd og forbereder saker som skal behandles i nemnda og fatter vedtak i saker som er delegert etter § 68 tredje ledd.

Gjeldende fjerde ledd blir nytt femte ledd.

Endring i § 74 første ledd første punktum:

Bare den som har *norsk* autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, *jf.* helsepersonelloven § 53, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

IV

Lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek (apotekloven):

§ 3-2 første ledd bokstav a oppheves. Nåværende bokstav c blir ny bokstav a. Bokstavene d-f blir nye c-e.

V

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven):

§ 1 første ledd bokstav c nytt andre punktum:

Loven gjelder også skader voldt av helsepersonell ved ytelse av helserelatert behandling etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 tredje ledd som er en integrert og sammenhengende del av helsehjelpen.

VII

Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven):

Endring i § 30 første og andre ledd:

§ 30 Straff

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, eller
- e) *overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 16.*

VIII

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

Endring i § 30 første og andre ledd:

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,
- e) unnlater å etterkomme pålegg eller overtrer vilkår fra tilsynsmyndighetene etter § 27 eller
- f) *overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 18.*

14 Forslag til forskriftsendringer

I

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling:

Endringer i § 7 første og andre ledd:

§ 7 Avgjørelses- og beslutningsmyndighet

Avgjørelser som avslutter en klagesak *til behandling i nemnda*, skal treffes av den samlede nemnd i møte/fjernmøte eller ved sirkulasjon av skriftlig utkast til avgjørelse.

Saker som ikke byr på vesentlige tvilsspørsmål, kan avgjøres av nemndlederen eller delegeres til sekretariatet, jf. helsepersonelloven § 68 tredje ledd.

II

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal:

Endring i § 8 første ledd bokstav t):

- t) Opplysninger om hvorvidt pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn *eller mindreårige søsken*.