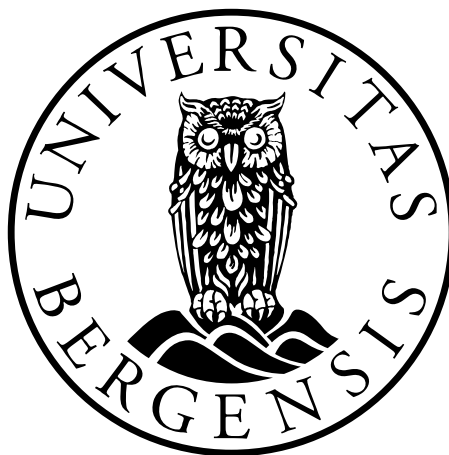


Grensen mellom foreldreansvaret, helsepersonellens  
profesjonsansvar og ungdommers  
selvbestemmelsesrett i situasjoner der pasienten er  
mellom 12 og 16 år, og ønsker prevensjon eller abort.

Ungdommer mellom 12 og 16 år sin seksuelle og reproduktive helse, med fokus på unge  
jenters rett til prevensjon og abort.

Kandidatnummer: 56

Antall ord: 13 801



JUS399 Masteroppgave  
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

10.12.2019

## Innhold:

1	Oppgavens tema, problemstilling og aktualitet .....	4
1.1	Historisk overblikk .....	5
1.1.1	Barn og unges rettsstilling .....	5
1.1.2	Abortlovgivningen – et tilbakeblikk:.....	6
1.2	Kilder og metode .....	8
1.2.1	Juridisk teori.....	8
1.2.2	Reelle hensyn .....	8
1.2.3	Håndbok for abortnemndarbeid.....	9
1.2.4	Uttalelser fra lege .....	9
1.2.5	Nettsider .....	10
1.3	Ungdommers rett til seksuelle og reproduktive helsetjenester: .....	10
1.4	Avgrensninger .....	12
1.5	Oppgavens struktur.....	12
2	Grunnleggende prinsipper .....	12
2.1	Foreldreansvaret .....	12
2.1.1	Bestemmelser i Barnekonvensjonen.....	13
2.1.2	Bestemmelser i nasjonal lovgivning.....	14
2.2	Barnets beste.....	14
2.2.1	Bestemmelser i Barnekonvensjonen.....	14
2.2.2	Bestemmelser i nasjonal rett.....	15
2.3	Ungdommers rett til selvbestemmelse i helserelevante spørsmål .....	15
2.4	Helsepersonellens profesjonsansvar .....	17
3	De aktuelle helselovenes formålsparagrafer.....	18
3.1	Pasient- og brukerrettighetsloven .....	18
3.2	Abortloven.....	19
4	Ungdommers rett til selvbestemmelse i helserelevante spørsmål – når kan man unnlate å informere foreldrene? .....	19
4.1	Pasient- og brukerrettighetsloven .....	19
4.2	Abortloven.....	23
4.2.1	Særlig om kvinner med ikke-vestlig bakgrunn.....	24
4.2.2	Særlig om ungdommers selvbestemmelsesrett etter utgangen av 12. svangerskapsuke: behandling i nemnd. 24	
4.2.3	Kort om tilfellet der vilkårene i abortloven § 4 «særlige grunner» ikke er oppfylt, og foreldrene følgelig har rett til å uttale seg.....	26
4.3	Hvordan disse to lovene supplerer og utelukker hverandre .....	26
5	Taushetsplikt og informasjonsplikt .....	28
5.1	Taushetsplikt.....	28
5.2	Informasjonsplikt.....	29
5.2.1	Generell informasjonsplikt .....	29

5.2.2	Informasjonsplikt når pasienten er mellom 12 og 16 år .....	32
5.2.3	Informasjonsplikt når pasienten er mellom 12 og 16 år og ønsker å foreta svangerskapsavbrudd..	34
6	Avslutning .....	38
7	Litteraturliste .....	40
7.1	Lover, konvensjoner og forskrifter .....	40
7.2	Dommer .....	40
7.3	Forarbeider, rundskriv og høringsnotater .....	40
7.4	Generelle kommentarer fra FNs barnekomité.....	41
7.5	Litteratur .....	41
7.5.1	Bøker .....	41
7.5.2	Artikler og elektroniske utgivelser .....	41
7.6	Personlig kommunikasjon .....	43

## 1 Oppgavens tema, problemstilling og aktualitet

Oppgavens problemstilling er grensen mellom foreldreansvaret, helsepersonellens profesjonsansvar og ungdommers selvbestemmelsesrett i situasjoner der pasienter mellom 12 og 16 år ønsker prevensjon eller abort. Tema for oppgaven er ungdommer mellom 12 og 16 år sin seksuelle og reproduktive helse, med fokus på unge jenters rett til prevensjon og abort.

Når skal ungdommens ønske om taushet fra helsepersonellet gå på bekostning av foreldrenes rett til å kunne utøve sitt foreldreansvar? Oppgaven vil ta for seg dynamikken mellom foreldreansvaret, ungdommers selvbestemmelsesrett, hensynet til barnets beste og helsepersonellens profesjonsansvar. Dette er grunnleggende prinsipper som vil kunne komme i konflikt med hverandre når unge pasienter oppsøker helsetjenesten med spørsmål om prevensjon eller abort.

Alle har en seksuell helse og denne er en viktig del av både den fysiske og den psykiske helsen. Seksuell helse er av Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som «...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.»<sup>1</sup> Tilgang til informasjon og kunnskap om seksualitet og seksuell helse er av den grunn helt grunnleggende for å gi mennesker muligheten til å ha kontroll over sin egen seksuelle og reproduktive helse.<sup>2</sup> Unge kvinner har rett til å selv bestemme hva som skjer med deres egen kropp, men for å ha muligheten til å gjøre det er det viktig at de har et godt kunnskapsmessig grunnlag om prevensjonsmetoder og muligheten de har for å velge abort.

Antallet gjennomførte svangerskapsavbrudd har de siste årene vært historisk lave, og de fortsetter å falle.<sup>3</sup> For kvinner mellom 15 og 19 år har det mellom 2008 og 2018 vært en nedgang i både antall aborter og antall fødsler på omtrent 70 prosent.<sup>4</sup> Svangerskap hos tenåringer er dermed ikke veldig utbredt i Norge. De lave svangerskapsstallene skyldes både

---

<sup>1</sup> [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) (sist sjekket 02.12.19)

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, «Snakk om det!» *Strategi for seksuell helse* (2017–2022) s.13

<sup>3</sup> Løkeland Stai, Folkehelseinstituttet, «Fakta om abort (med 2018-tall)», <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk> (sist sjekket 16.11.19)

<sup>4</sup> L.Stai «Fakta om abort (med 2018-tall)»

god tilgang prevensjon og trygge aborter.<sup>5</sup> Mer konkret er et viktig tiltak som antas å ha hatt stor effekt på tallene er at ungdommer mellom 16 og 22 år får gratis eller kraftig subsidiert prevensjon.<sup>6</sup> Dette fører til gode vaner med bruk av prevensjon som de unge tar med seg inn i voksenlivet.<sup>7</sup> Ulike studier viser at det særlig er langtidsvirkende prevensjonsmetoder som p-stav og spiral som spiller inn på aborttallene.<sup>8</sup>

Disse tallene illustrerer hvorfor tilgangen til gode reproduktive og seksuelle helsetjenester er så viktig for ungdom. Likevel fokuserer helsetilbudene i dag hovedsakelig på ungdom over 16 år. Dette ser man for eksempel ved at det først er etter fylte 16 år jenter får gratis prevensjon, selv om det er klart at mange er seksuelt aktive også før denne alderen. Derfor er det viktig at man har rettsregler som både ivaretar retten til helse, men også de unge jentenes rett til privatliv og selvbestemmelse. Helseretten består av et komplekst og uoversiktlig lovverk som kan være vanskelig å anvende for helsepersonell uten juridisk bakgrunn. Fokuset i fortsettelsen er på hvilken mulighet denne aldersgruppen har til å motta prevensjon og få utført abort, uten at foreldene involveres.

## 1.1 Historisk overblikk

### 1.1.1 Barn og unges rettsstilling

I norsk helserett har synet på pasientens og legens roller endret seg de siste tiårene. Tradisjonelt hadde man en paternalistisk tankegang i norsk rett, der legen opptrådte som pasientens beskytter og verge.<sup>9</sup> I dag er situasjonen en annen. Pasientens selvbestemmelsesrett er rådende for om helsehjelpen skal gis. En lege kan i dag kun behandle en pasient uten samtykke dersom det foreligger særskilt rettsgrunnlag, typisk i øyeblikkelig-hjelp situasjoner etter helsepersonelloven § 7 eller situasjoner som omfattes av psykisk helsevernloven.

Både i norsk og nordisk rett har man de siste årene sett en utvikling i barneretten der fokuset i lovgivningen er flyttet fra foreldrene til barnet.<sup>10</sup> Som en følge av dette har man i dag et annet syn på unge, der man anser at de i visse situasjoner kan ta vare på egne interesser uten at foreldrene skal involveres. Gjennom lovgivningen er unge i stadig større grad blitt anerkjent som selvstendige rettssubjekter. Dette skyldes både ratifikasjonen og inkorporeringen av

---

<sup>5</sup> <https://www.helsebiblioteket.no/seksuell-helse/aktuelt/tenaringsgraviditet> (sist sjekket 16.november)

<sup>6</sup> <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/bidragsordning-for-prevensjonsmidler>, (sist sjekket 16.11.19)

<sup>7</sup> L.Stai «Fakta om abort (med 2018-tall)»

<sup>8</sup> L.Stai «Fakta om abort (med 2018-tall)»

<sup>9</sup> Syse, (1993) s.91

<sup>10</sup> NOU 2008:9 s.35

Barnekonvensjonen, men også fordi unges stilling har blitt styrket gjennom blant annet Barnelova. I dag snakker man ikke lenger om foreldremakt eller foreldremyndighet, men man bruker heller begrepet foreldreansvar (se punkt 2.1).<sup>11</sup>

### 1.1.2 Abortlovgivningen – et tilbakeblikk:<sup>12</sup>

I Kong Christian Den Femtis Norske lov (1687) var det ingen bestemmelser direkte rettet mot abort, men abort ble i rettspraksis likevel likestilt med barnedrap. Gjennom Kriminalloven av 1842 ble det innført en rekke bestemmelser som blant annet rette seg mot fosterdrap.<sup>13</sup>

Katti Anker Møller (1868-1945) var en norsk kvinnesaksforkjemper og sosial- og helsepolitiker som kjempet for at kvinner skulle få bedre informasjon om prevensjon og at abort skulle avkriminaliseres.<sup>14</sup> I 1915 uttalte Anker Møller at «Grundlaget for al frihet er rådighet over egen kropp og hvad i den er. Det motsatte er en slaves tilstand.»<sup>15</sup> På dette tidspunktet kunne abort straffes med opptil 3 års fengsel og familieplanlegging var ikke et kjent fenomen, spesielt ikke blant de svakere stilte i samfunnet. Katti Anker Møller mente at moderskap skulle være frivillig, og dermed måtte kvinner ha adgang både til prevensjon og abort.

Straffeloven av 1902 videreførte strafferammen på 3 år for kvinner som tok abort, samt en enda strengere straff for eventuelle medhjelpere jfr. daværende § 245. Bestemmelsen i Straffeloven rettet seg mot inngrep som var «rettsstridig». Den ble derfor etter hvert tolket innskrenkende slik at når en lege foretok aborten ble den oftest sett på som et rettmessig inngrep, og førte følgelig ikke til straff. Aborter utført av kvakksalvere eller «kloke koner» var fortsatt rettsstridig. Man kan fort se for seg at dette førte til et skille i samfunnet der kun de rike kvinnene som hadde råd til å oppsøke en lege hadde mulighet til å utføre trygge aborter. Kvinner fra lavere samfunnsklasser risikerte altså både helsen og å bli straffeforfulgt ved å oppsøke disse «kloke konene», selv om kvinnene som regel slapp straff (straffeforfølgningen var mer rettet mot medhjelperne). Den rettslige situasjonen var svært lite

---

<sup>11</sup> S. Aasen «Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp» (2008)

<sup>12</sup> Teksten er basert på Syse, *Abortloven. Juss og verdier*, (1993) s. 22-27 og Blom, «Katti Anker Møller – En revolusjonær feminist?» (1994) s.13-41, dersom ikke annet er presisert.

<sup>13</sup> Syse (1993)

<sup>14</sup> Lønnå, Elisabeth. (2019, 28. august). Katti Anker Møller. [https://snl.no/Katti\\_Anker\\_M%C3%B8ller](https://snl.no/Katti_Anker_M%C3%B8ller) (Sist sjekket 20.11.19)

<sup>15</sup> Blom s.21

tilfredsstillende, og et utvalg ble derfor satt til å utarbeide en abortlov på starten av 1930-tallet, men denne ble ikke behandlet før krigen brøt ut.<sup>16</sup>

Norges første abortlov kom i 1960 ved gjennomføringen av Lov om svangerskapsavbrudd i visse høve.<sup>17</sup> Det ble nå lovfestet hva som skulle anses som et rettmessig svangerskapsavbrudd. Avgjørelsen av om lovens vilkår var oppfylt og om kvinnen kunne få ta abort ble tatt av en legenemnd. Loven viste seg fort å føre til store ulikheter i praksis og møtte økende kritikk utover 1970-tallet. På samme tid fikk kvinnebevegelsens krav om selvbestemt abort stadig større gjennomslagskraft. Nye abortmetoder gjorde at selve inngrepet førte til mindre komplikasjoner, og dermed kunne man ikke lenger argumentere mot abort fra et medisinsk ståsted. Striden om ny abortlov var nå (og er fortsatt i dag) i hovedsak en verdikamp mellom kvinners bestemmelsesrett på den ene siden og fosterets rettsvern på den andre siden.

Først i 1975 ble kvinners egen deltakelse i svangerskapsavbrudd avkriminalisert. Det var likevel fortsatt straffbart å medvirke til abort. Samme år ble Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) innført, men kvinnen hadde enda ikke rett til selvbestemt abort. Det var fortsatt en nemnd som skulle avgjøre søknaden, men vilkårene var mindre strenge og nesten alle fikk etter hvert innvilget sine søknader. I 1977 ble hele 97,2 % av søknadene innvilget. Året etter vedtok Stortinget endelig en endringslov av abortloven som førte til at kvinner i Norge fikk rett til selvbestemt abort når inngrepet kunne skje innen utgangen av 12. svangerskapsuke. I forarbeidene til endringsloven heter det at forslaget til endring bygger på forutsetningen om at kvinnen er i stand til å selv avgjøre hvorvidt hennes svangerskap skal avbrytes eller ikke.<sup>18</sup> Det uttales også at det er uverdlig for kvinnen dersom hun kanskje føler at hun må overdramatisere sin situasjon overfor nemnda. Man ville derfor heller at hun skulle bruke sin energi på å ta et informert og gjennomtenkt valg, ikke bruke den på å prøve og overbevise noen andre.

Katti Anker Møller var overbevist om at da kvinner i 1913 fikk stemmerett, så ville de ikke lenger akseptere påtvunget moderskap og at abort som en følge av dette ville avkriminaliseres.<sup>19</sup> Som historien viser ble likevel ikke hennes mål om at moderskap skulle

---

<sup>16</sup> Syse (1993) s. 23-24

<sup>17</sup> Syse (1993) s. 24

<sup>18</sup> Ot.prp.nr.53 (1977-78) s.15

<sup>19</sup> Blom (1994) s.21

være frivillig, og at kvinner skulle ha adgang til abort en realitet i Norge før i 1978.<sup>20</sup> Den nåværende abortloven har fått stå relativt uendret siden 1978, men senest i 2019 ble en mye omstridt endring om fosterreduksjon vedtatt, jfr. ny § 2a. Dette viser både at abortloven fremdeles ikke er «fredet», og den fortsetter å være et aktuelt tema i samfunnsdebatten i dag.

## 1.2 Kilder og metode

For temaet i oppgaven finnes det lite rettspraksis å se hen til. Dette innebærer at man må se til andre kilder enn de vanlige rettskildene for å fastslå hva som er gjeldende rett på området. Det vil i det følgende avsnittet derfor bli gjort rede for noen kilder som ikke er en del av de klassiske rettskildene. Det vil ikke bli redegjort for alminnelig juridisk metode.

Når man, som i helse retten, har få kilder i form av domsavgjørrelser, og en del av forarbeidene ikke er av den nyeste sorten, kan det forsvares å tillegge andre kilder vekt for å komme frem til en rettsregel.

### 1.2.1 Juridisk teori<sup>21</sup>

Juridisk teori omfatter i denne oppgaven juridisk faglitteratur i form av lærebøker og artikler. I juridisk teori presenterer forfatteren juridiske spørsmål og vurderer disse. Juridisk teori vil, når forfatteren er ekspert på sitt lovområde, kunne anvendes som en rettskildefaktor når man skal komme frem til hva som er gjeldende rett.<sup>22</sup> Juridisk litteratur brukes i oppgaven for å klargjøre innholdet av lover som er skjønnsmessig utformet. I oppgaven vil jeg tillegge juridisk litteratur relativt stor vekt da dette er en kilde som også aksepteres og brukes av domstolene.<sup>23</sup>

### 1.2.2 Reelle hensyn<sup>24</sup>

Reelle hensyn er juridiske argumenter som brukes for å komme frem til den løsningen som fremstår som mest rettferdig, rimelig og hensiktsmessig. Det regnes i dag som allment akseptert å legge vekt på reelle hensyn som rettskilde for å oppnå et godt resultat. Dette er også bekreftet gjennom Høyesteretts bruk av reelle hensyn i saker. I denne oppgaven tillegges

---

<sup>20</sup> Syse (1993) s.22-27

<sup>21</sup> <https://tidsskriftet.no/2003/10/rett-og-urett/rettskilder-ved-juridiske-vurderinger> og [https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk\\_teori](https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk_teori)

<sup>22</sup> [https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk\\_teori](https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk_teori)

<sup>23</sup> [https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk\\_teori](https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk_teori)

<sup>24</sup> Basert på tekst hentet fra [https://jusleksikon.no/wiki/Reelle\\_hensyn](https://jusleksikon.no/wiki/Reelle_hensyn) (sist sjekket 09.12.19)



også reelle hensyn vekt der det kan være med på å komme frem til en god regel i et konkret tilfelle.

### 1.2.3 Håndbok for abortnemndarbeid

Håndbok for abortnemndarbeid er gitt ut av Helsedirektoratet og ble sist revidert i 2013. Den retter seg mot legene som sitter i nemdene og er ment for å hjelpe deres arbeid. Den er først og fremst laget for nye medlemmer. Formålet med håndboken er å sikre en mest mulig ensartet praksis ved alle abortnemndene og på denne måten sikre den abortsøkende kvinnen sin rettsikkerhet. Ny veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd var forventet ferdig behandlet 15. november 2019. Også denne veilederen har medlemmer av primær- og klagenemndene som målgruppe, men Helsedirektoratet mener at også helsepersonell som møter abortsøkende kvinner, og kvinner som skal eller har gjennomført svangerskapsavbrudd, kan ha interesse av den. Denne skal erstatte Håndbok for abortnemndarbeid.<sup>25</sup> Per 09.12.19 er ny veileder fortsatt ikke publisert. Det tas i oppgaven derfor utgangspunkt i håndboken fra 2013.

Håndbok for abortnemndarbeid er som sagt laget for bruk i nemndene, men denne kan etter min vurdering også brukes som hjelpemidler for andre leger. Ettersom den retter seg mot alle nye medlemmer i nemndene vil den også kunne gi uttrykk for allmenn praksis, i hvert fall når kvinnen er utenfor perioden for selvbestemt abort. Derfor mener jeg det er grunn til å legge vekt på denne som en rettskilde i denne sammenheng.

### 1.2.4 Uttalelser fra lege

Uttalelser fra en lege er selvfølgelig ingen juridisk kilde med rettslig vekt. Likevel mener jeg uttalelsene fra Seksjonsoverlege, seksjon for fostermedisin ved Kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus, Synnøve Lian Johnsen kan bidra til forståelsen av hvordan rettsreglene anvendes i praksis. Jeg mener her det er snakk om essensiell informasjon om hvordan lovverket anvendes av helsepersonell som kan opplyse oppgavens tema, uten at den tillegges avgjørende vekt. Uttalelsene brukes som eksempel på hvordan pasienter mellom 12 og 16 år mottas av helsepersonell i praksis. Korrespondansen har skjedd gjennom e-postutveksling. Tekst og sitater slik de er inkludert i oppgaven per 10.12.19 godkjent av Synnøve Lian Johnsen.

---

<sup>25</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/veileder-til-forskrift-om-svangerskapsavbrudd#kontakt> (sist sjekket 09.12.19)

### 1.2.5 Nettsider

Barn og unge får i 2019 mye av sin informasjon gjennom ulike nettsider. Nettsider har i seg selv ingen juridisk vekt. Begrunnelsen for at noen nettsider i denne oppgaven likevel tillegges en begrenset vekt er at de er statlig drevet og faglig kvalitetssjekket. Det er her unge får informasjonen sin fra, og man må derfor kunne anse informasjonen som en gjeldende tolkning av de aktuelle bestemmelsene i helselovgivningen.

### 1.3 Ungdommers rett til seksuelle og reproduktive helsetjenester:

Barns rettigheter er grunnlovsfestet i Grunnloven § 104. Det følger av bestemmelsens første ledd at barn har krav på respekt for «sitt menneskeverd». Videre følger det av § 104 andre ledd at ved alle avgjørelser og handlinger som berører barn så skal «barnets beste» være et grunnleggende hensyn. Dette er i tråd med art. 3 i FNs konvensjon om barns rettigheter med protokoller (Barnekonvensjonen), der det heter at ved alle handlinger som berører barn skal «barnets beste» være et grunnleggende hensyn. Barnekonvensjonen er inkorporert og gjort til en del av norsk rett gjennom menneskerettsloven. Ved motstrid med annen norsk lovgivning går konvensjonen foran, jfr. menneskerettsloven § 3. Dette er en del av Norges folkerettslige forpliktelser som skal sikre barns rettigheter.

FNs barnekomité har i generell kommentar nr.4 uttalt at partene i samsvar med art. 24 (retten til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard) er forpliktet til å gi ungdommene «tilgang til seksualopplysning og informasjon om reproduksjon».<sup>26 27</sup> I dette ligger blant annet kunnskap om familieplanlegging og bruk av prevensjon. Det heter videre at ungdommer skal ha tilgang til den relevante informasjonen «uavhengig av om deres foreldre eller verger samtykker til dette.»<sup>28</sup> Barnekomitéen anerkjenner i en senere kommentar at det ikke er lett å definere hva som ligger i begrepet «ungdom» fordi det enkelte barn når modenhet i ulike alder.<sup>29</sup> I vurderingen av om noen anses som ungdom ligger det at jenter og gutter når puberteten ulikt, at ulike hjernefunksjoner modner til ulike tider og at man påvirkes av omgivelser og miljø. Det understrekes derfor at FNs barnekomité ikke ønsker å definere

---

<sup>26</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 28

<sup>27</sup> Generell kommentar: kommentarer om tolkningen av enkelte artikler i Barnekonvensjonen, utgitt av FNs barnekomité. Kommentarene er ikke rettslig bindende, men Barne- og likestillingsdepartementet beskriver dem som «verdifulle retningslinjer for tolkningen og anvendelsen av barnekonvensjonen» (<https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/generelle-kommentarer-fra-fns-barnekomit/id573909/> sist sjekket 29.10.19).

<sup>28</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 28.

<sup>29</sup> Generell kommentar nr. 20 punkt 5.

begrepet ungdom, men at de fokuserer på enhver fra den er 10 år til den dagen personen fyller 18 år.<sup>30</sup>

Også andre menneskerettigheter er av betydning. Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) skal sikre rettigheter for «enhver» og vil følgelig også inkludere barns rettigheter. Etter art. 12 nr. 1 følger retten til «den høyst oppnåelige helsestandard» for «enhver». Videre skal staten etter art. 12 nr. 1 bokstav a blant annet treffe tiltak for å «fremme barnets sunne utvikling». ØSK art. 12 innebærer ikke at staten skal garantere for god helse for alle sine innbyggere, men heller at staten Norge skal legge til rette for at alle som bor her skal få det beste helsetilbudet som er mulig. Konvensjonen forplikter derfor staten til å bygge opp et helsesystem som gjør at alle får en best mulig helse.

I norsk lovgivning er ungdommers rett til helsehjelp nedfelt i kap. 6 i pasient- og brukerrettighetsloven. Barn har rett til «nødvendig helsehjelp» i den kommunen barnet bor eller oppholder seg i, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 første ledd jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Barnets rettigheter til «nødvendig helsehjelp» er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunens plikt til å sørge for «nødvendige helse- og omsorgstjenester» til alle som oppholder seg i kommunen følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Hvordan kommunen skal oppfylle dette ansvaret følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Herunder nevnes blant annet fastlegeordningen, jfr. § 3-2 første ledd nr. 4. Etter forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven angir § 3-2 tjenester som kommunen som et minimum må tilby.<sup>31</sup>

Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 om barns rett til helsehjelp må også ses i lys av lovens kapittel 3 og 4. Etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3 har pasienten rett til å medvirke. Pasientens rett til å samtykke til helsehjelpen følger av kap. 4. Dette er to grunnleggende prinsipper i helseretten som begrenses av ungdommens alder, og som vil bli behandlet i fortsettelsen.

---

<sup>30</sup> Generell kommentar nr. 20 punkt 5

<sup>31</sup> Prop.91 L (2010-11) s.488

## 1.4 Avgrensninger

Som en naturlig følge av oppgavens problemstilling avgrenses det mot barn over 16 år og i hovedsak også mot barn under 12 år. Videre avgrenses det også mot kvinner med psykisk utviklingshemming, jfr. abortloven § 4 første ledd tredje setning.

## 1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med en gjennomgang av aktuelle grunnleggende prinsipper for problemstillingen, og hvordan disse kommer til uttrykk gjennom både internasjonale konvensjoner og nasjonal lovgivning. Deretter presenteres formålsparagrafene til henholdsvis pasient- og brukerrettighetsloven og abortloven. Videre vil den aktuelle lovgivningen for når ungdommer mellom 12 og 16 år har samtykkekompetanse gjennomgå, før helsepersonells taushets- og informasjonsplikt behandles.

## 2 Grunnleggende prinsipper

I oppgaven vil særlig fire grunnleggende prinsipper være relevante. Prinsippet om foreldreansvaret, prinsippet om barnets beste, prinsippet om barns rett til selvbestemmelse i helserelaterte spørsmål og prinsippet om helsepersonells profesjonsansvar. Aasen skrev i 2008 at «[r]eglene om foreldreansvar og barnets beste medfører at foreldrene i stor grad kan bestemme over – og samtykke på vegne av – sine barn, noe som fører til at barns egen vilje rettslig og faktisk kommer noe i bakgrunnen. Samtidig har barn rett til medbestemmelse, og i visse tilfeller også en rett til selv å treffe beslutninger uten at foreldrene trekkes inn.»<sup>32</sup>

Oppgavens problemstilling illustrerer tilfeller der disse prinsippene ofte vil stå i et spenningsforhold til hverandre. Det er nettopp når ungdommenes egen rett til å bestemme kommer i konflikt med de andre prinsippene som er kjernen her.

### 2.1 Foreldreansvaret

Ungdommer er avhengige av å ha voksne personer i livet sitt. Selv om de ofte blir mer selvstendige jo mer de nærmer seg myndighetsalder, spiller foreldrene fortsatt en viktig rolle, både juridisk og menneskelig. Det er et grunnleggende prinsipp både nasjonalt og internasjonalt at foreldre har en rett og en plikt til å ta vare på og passe på sine egne barn. I dette ligger det at de også har en rett til å ta avgjørelser på vegne av egne barn, også når det kommer til helserettslige spørsmål. Etter norsk rett er den helserettslige myndighetsalderen 16

---

<sup>32</sup> S. Aasen, (2008)

år, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b. Dermed er det å ta avgjørelser om sitt barns helse en stor del av foreldreansvaret, frem til ungdommen når denne alderen. I utgangspunktet er det foreldrene eller andre som har foreldreansvaret som har ansvaret for og bestemmer over barnet. Dette er det gode grunner for, som regel vil det være foreldrene som vet hva som er det beste for sitt barn, og har det beste grunnlaget for å kunne ivareta dette behovet. Det er i forarbeidene uttalt at begrepet «foreldreansvar» godt reflekterer innholdet i relasjonen mellom et ungdommen og dets opphav. I begrepet ligger det både en plikt til å passe på ungdommen, og en juridisk kompetanse til å bestemme over den.<sup>33</sup>

### 2.1.1 Bestemmelser i Barnekonvensjonen

Foreldreansvaret kommer først og fremst til uttrykk flere steder i Barnekonvensjonen.<sup>34</sup> I konvensjonens art. 1 defineres «barn» som «ethvert menneske under 18 år», hvis ikke barnet blir myndig tidligere etter «den lovgivning som gjelder for barnet». Etter norsk rett er som nevnt den helserettslige myndighetsalderen 16 år, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b.

Foreldreansvaret kommer til uttrykk (noe indirekte) i Barnekonvensjonen art. 3 (2) der det heter at partene påtar seg «å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, idet det tas hensyn til rettighetene og forpliktelsene til barnets foreldre».<sup>35</sup> Etter art. 5 skal partene respektere «det ansvar og de rettigheter og forpliktelser som foreldre (...) har, for å gi veiledning og støtte». Til slutt kommer foreldreansvaret kanskje aller klarest frem i art. 7 (1) der det heter at barnet så langt det er mulig har «rett til å kjenne sine foreldre» og rett til å «få omsorg fra dem».

Foreldreansvaret kan også sies å komme til uttrykk i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) art. 8 om retten til privatliv og familieliv. Det følger av bestemmelsen at «enhver» har rett til respekt for sitt «privatliv og familieliv». På den ene siden vil det at et barn under 16 år får helsehjelp uten at foreldrene er involvert kunne påvirke deres mulighet til å utøve sitt foreldreansvar. På den andre siden har også ungdommer rett til privatliv og derfor har vi i norsk rett bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven om barn mellom 12 og 16 år. I norsk rett vil man derfor se det slik at dersom vilkårene i loven er

---

<sup>33</sup> NOU 2008:9 s.33

<sup>34</sup> Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk rett og ved motstrid med annen nasjonal lovgivning går BK foran, jfr. Menneskerettsloven § 3 jfr. § 2 nr. 4.

<sup>35</sup> Med «part» menes i konvensjonsstatene, jfr. art.2, her vil det altså si staten Norge.

oppfylt, må foreldrenes rett til privat- og familieliv vike for ungdommens selvstendige rettigheter.

### 2.1.2 Bestemmelser i nasjonal lovgivning

Barnelova regulerer forholdet mellom ungdommer og deres foreldre i norsk rett. Loven kommer til anvendelse for personer som ikke har fylt 18 år. Ungdommer har krav på «omsut» og «omtanke» fra de som har foreldreansvaret, og det er også disse som skal ta avgjørelser på vegne av den unge personen, jfr. barnelova § 30 første ledd første setning. Etter andre setning følger det at «foreldreansvaret» skal utøves «ut frå barnet sine interesser og behov». Det følger av lovens § 33 at foreldrene skal gi barnet «stendig større sjølvråderett» med alderen og fram til det fyller 18 år.

Som vi skal se i det videre vil foreldreansvaret begrenses av prinsippet om barnets beste (punkt 2.2) og ungdommens egen selvbestemmelsesrett (punkt 2.3)

## 2.2 Barnets beste

### 2.2.1 Bestemmelser i Barnekonvensjonen

Prinsippet om barnets beste kommer til uttrykk i Barnekonvensjonen art. 3 (1) der det heter at «[v]ed alle handlinger som berører barn (...) skal barnets beste være et grunnleggende hensyn». Ordlyden «barnets beste» er noe abstrakt og det kan være vanskelig å si konkret hva som faktisk ligger i denne formuleringen.

Det viktigste er heller ikke å legge til grunn en fast forståelse for hva som er «barnets beste» da dette vil være avhengig av situasjonen, men at «barnets beste» alltid skal være et sentralt hensyn i alle avgjørelser som omhandler barn. Prinsippet om barnets beste er et hensyn som vil få ulikt innhold og betydning avhengig av de faktiske forhold. Lucy Smith skrev i 2008 at «[j]eg for min del har alltid hevdet at poenget med dette prinsippet ikke er å si noe om hva som er best for barnet, men å fremheve at barnets beste alltid må bli vurdert og tatt i betraktning og tillegges stor vekt i forhold til andre hensyn».<sup>36</sup>

Videre kommer prinsippet om barnets beste også til uttrykk i Barnekonvensjonen art. 18 (1) der det i andre setning uttales at foreldrene skal ha hovedansvaret for barnets «oppdragelse og utvikling». Av tredje setning følger det at «barnets beste» skal for dem komme i første rekke.

---

<sup>36</sup> Smith, «Nyere utvikling i barneretten» (2008) s.94

## 2.2.2 Bestemmelser i nasjonal rett

Prinsippet om barnets beste er også gjort til en del av den norske lovgivningen gjennom barnelova § 30 første ledd siste setning. Her heter det at foreldreansvaret skal utøves ut fra «barnet sine interesser og behov». I dette ligger det at når foreldre skal utøve sitt nevnte foreldreansvar så skal ikke dette gjøres på bakgrunn av hva de selv synes er mest praktisk eller enklest, men ut ifra hva som er det beste resultatet for deres barn.

Ordlyden av «barnet sine interesser og behov» tilsier at man må anlegge et subjektivt perspektiv, dette innebærer at man må se hva som er det beste for det konkrete barnet.<sup>37</sup> Hva som er det beste for det konkrete barnet i den konkrete situasjonen er altså avgjørende. Aasen mener likevel at lovtolkningen skal kunne ha gyldighet utover det konkrete tilfellet, og at man derfor også må passe på at tolkningsresultatet vil gi en god regel som kan anvendes i liknende situasjoner.<sup>38</sup>

Det er med andre ord ingen tvil om at prinsippet om barnets beste skal legges til grunn i alle situasjoner der avgjørelser om barn skal treffes. Barnelova § 30 er en generell bestemmelse om at barnets beste skal legges til grunn i enhver avgjørelse som omhandler det. Dette innebærer at prinsippet om barnets beste også gjør seg gjeldende innenfor helserettens område.

## 2.3 Ungdommers rett til selvbestemmelse i helserelaterte spørsmål

En grunnleggende tanke og prinsipp i norsk rett, er at individet er selvstendig. Hvis staten skal kunne gripe inn i et enkeltmenneskes sfære så må det ha hjemmel i lov. Dette innebærer at helsepersonell ikke kan yte helsehjelp dersom pasienten selv ikke samtykker til denne.<sup>39</sup>

Denne grunnleggende tanken om at individet selv bestemmer over sin kropp kommer i helseretten til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd. Fra pasienten er 16 år kan personen (med visse unntak) selv både nekte og samtykke til helsehjelp, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b.<sup>40</sup> Den helserettslige myndighetsalderen i Norge er etter dette 16 år (se punkt 4.1). Det betyr at fra denne alderen må foreldrenes rett og

---

<sup>37</sup> Aasen (2008) s.9

<sup>38</sup> Aasen (2008)

<sup>39</sup> Sett bort i fra øyeblikkelig-hjelp tilfellene der helsepersonellet er forpliktet til å gi helsehjelp selv uten samtykke fra pasienten, jfr. Hpl. § 7.

<sup>40</sup> Unntak: pasienten må være 18 år for å kunne samtykke til organdonasjon, jfr. transplantasjonslova § 7. Pasienten må være 25 år for å kunne samtykke til sterilisering jfr. steriliseringsloven § 2. Etter Syse (2017) er det også innfortolket en 18 års aldersgrense for plastikk kirurgi på kosmetisk indikasjon etter Pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b jfr. ordlyden «tiltakets art».

plikt til å utøve foreldreansvaret som hovedregel vike for barnets egne meninger og rettigheter.

Det er likevel gjort et unntak fra denne hovedregelen om at pasienten må være 16 år for å kunne nekte eller samtykke til helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav c bestemmer at personer «mellom 12 og 16 år» har rett til å samtykke til helsehjelp «når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om» etter § 3-4 andre eller tredje ledd, eller «det følger av tiltakets art». (Se punkt 4.1).

Når ungdommer gis selvbestemmelsesrett i spørsmål om deres egen helse, vil dette gå på bekostning av foreldrenes rett og plikt til å ta disse avgjørelsene på vegne av ungdommen. Dette er en problematikk som jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven.

Barnekonvensjonen er taus om barn og ungdommers rett til selvbestemmelse. Det er kun barns rett til å bli hørt som er nedfelt i konvensjonen, jfr. art. 12. Det følger av bestemmelsen at «barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter» skal gis «retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter» i «alle» forhold om det selv, og tillegge barnet sine synspunkter «behørig vekt» i samsvar med personens «alder og modenhet». FN's barnekomité uttaler i Generell kommentar nr. 4 (2003) at før foreldrene gir sitt samtykke, så «skal de unge ha mulighet til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter» og det skal tas «behørig hensyn til disse» i samsvar med Barnekonvensjonen art. 12, jfr. punkt 32 første setning. Videre uttaler barnekomitéen i punkt 32 andre setning at dersom den unge «har nådd en tilstrekkelig alder og grad av modenhet» så skal man innhente samtykke «fra den unge selv», jfr. punkt 32 andre setning. Dette samtykket modereres likevel av at foreldrene likevel skal informeres dersom det er til «barnets beste» etter art. 3. Til forskjell fra den norske lovgivningen som gir ungdom selvbestemmelsesrett fra de er 16 år i saker relatert til deres egen helse, stiller Barnekonvensjonen kun opp en rett til medbestemmelse.

Barnekomitéen åpner i Generell kommentar nr. 12 likevel opp for at barn skal ha «tilgang til konfidensiell medisinsk veiledning og rådgivning» uten at foreldrene må samtykke til dette, uavhengig av barnets alder, når det er «nødvendig for barnets sikkerhet eller velferd».<sup>41</sup> Det understrekes videre at retten til veiledning og rådgivning ikke er det samme som retten til å

---

<sup>41</sup> Generell kommentar nr.12 punkt 101



være med og samtykke til medisinsk behandling. Ungdom har etter dette alltid rett til å motta informasjon, uavhengig av deres alder.

#### 2.4 Helsepersonellens profesjonsansvar

Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse følger av helsepersonelloven kap. 2. Det mest sentrale og grunnleggende prinsippet for helsepersonellens profesjonsansvar er forsvarlighetskravet som kommer til uttrykk i lovens § 4. Helsepersonell skal etter bestemmelsens første ledd utføre sitt arbeid «i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.».

Ordlyden av «hva som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner» tilsier at helsepersonell kan forventes å utøve helsehjelp ut ifra sin utdanning og erfaring. Dette innebærer at man ikke kan forvente den samme helsehjelpen fra for eksempel en sykepleier som fra en lege. Man skal altså kunne stille krav til både de formelle og de reelle kvalifikasjonene helsepersonellet stiller med.<sup>42</sup> Om forsvarlighetskravet står det i forarbeidene at all helsehjelp i utgangspunktet skal være begrunnet i hensynet til pasientens beste.<sup>43</sup> Det heter videre at et informert samtykke utgjør det rettslige grunnlaget for å yte helsehjelp og at handlefriheten til helsepersonell derfor begrenses av samtykkets innhold.

Noen ganger må helsepersonell bevege seg over i områder som i utgangspunktet ligger innenfor foreldreansvaret. Situasjoner der foreldrene kanskje har best utgangspunkt for å ta avgjørelser om barnets beste kan begrenses i visse lovbestemmelser av at helsepersonell tar avgjørelsene i stedet. I slike tilfeller blir det likevel en ansvarlig voksen som har det siste ordet i saken ved at helsepersonellet avgjør om en ung pasient for eksempel skal få prevensjon. På denne måten ivaretas hensynet til barnets beste, selv om barnets selvbestemmelsesrett går på bekostning av foreldreansvaret. Helsepersonell skal likevel holde seg innenfor sitt faglige kompetanseområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

Andre viktige plikter som følger helsepersonellens profesjon, er både taushetsplikten og informasjonsplikten (se punkt 5).

---

<sup>42</sup> Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.216

<sup>43</sup> Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.216

### 3 De aktuelle helselovenes formålsparagrafer

#### 3.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålsparagrafen til pasient- og brukerrettighetsloven sier at lovens formål er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter [...] rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» jfr. § 1-1 første ledd.

Videre heter det at lovens bestemmelser «skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient [...] og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens [...] liv, integritet og menneskeverd» jfr. § 1-1 andre ledd.

Formålsbestemmelsen er utdypet i forarbeidene til § 1-1, der det blant annet heter at pasient- og brukerrettighetsloven har som formål «å bidra til fordelingsrettferdighet både ved å gi rettigheter og ved at disse sikres prosessuelt, ivareta pasientene i møtet med helsevesenet mht tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.»<sup>44</sup> Videre heter det at helsetjenestene som tilbys skal være av kvalitet og at dette kravet må sees i lys av forsvarlighetskravet som stilles til helsepersonell (se punkt 2.4).<sup>45</sup> Et grunnleggende hensyn i helseretten er pasientens selvbestemmelsesrett. Av forarbeidene fremgår det at fokuset skal være på pasienten og dennes behov og autonomi. Forholdet mellom pasienten og helsepersonell står derfor sentralt i § 1-1, men er også gjennomgående i resten av pasient- og brukerrettighetsloven. Man er avhengig av tillit mellom partene for at pasienten skal kunne tilby best mulig helsehjelp.

Pasient- og brukerrettighetsloven bygger, i motsetning til tidligere lovgivning på området, på det utgangspunkt at pasienten står i sentrum av all helsehjelp.<sup>46</sup> Derfor er det viktig at helsepersonell setter pasienten først, og som en del av dette er det naturlig at pasienten får informasjon om hvilke rettigheter hun har.

I rundskriv fra Helsedirektoratet til § 1-1 er det uttalt at for å etablere et tillitsforhold er det viktig at man tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger som for eksempel alder og modenhet. Det heter også at tilbudet må ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov.<sup>47</sup> Dette innebærer at dersom pasienten er en ung kvinne under 16 år så skal helsehjelpen tilpasses hennes situasjon.

---

<sup>44</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>45</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>46</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>47</sup> IS-2015-8

## 3.2 Abortloven

Abortloven § 1 er lovens formålsparagraf. Det følger av denne at samfunnet «skal» «så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.»

Det følger klart av lovens ordlyd at et viktig formål bak bestemmelsen er at selv om kvinner skal kunne bestemme over egen kropp og om de eventuelt ønsker å avslutte et svangerskap, så skal samfunnet samlet sett ha som mål at det utføres færrest mulig aborter. I forarbeidene til § 1 heter det at departementet med loven vil slå fast samfunnets plikt til å sikre at barn skal kunne vokse opp under trygges mulige kår, men at dette ikke alene er en oppgave som kan løses av samfunnet som et kollektiv, man er også avhengig av barnas pårørende i dette arbeidet.<sup>48</sup> Departementet understreker også at ordlyden «etisk veiledning» forstås som veiledning om at seksualitet og samliv må bygge på ansvar, respekt og omtanke for hverandre. Det følger videre at dersom en pasient for eksempel har behov for prevensjon skal helsepersonellet imøtekomme dette ønsket og «ikke i en slik situasjon handle ut fra egne normer og standarder.»<sup>49</sup>

Formålsbestemmelsen i abortloven er altså mer spesielt utformet enn den i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette er en naturlig konsekvens av at det er en særlov om svangerskapsavbrudd.

## **4 Ungdommers rett til selvbestemmelse i helserelaterte spørsmål – når kan man unnlate å informere foreldrene?**

### 4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålsparagrafen danner et viktig grunnlag for hvordan lovgiver ønsker at forholdet mellom pasienten og helsetjenesten skal være. Det skal både tilbys kvalifisert gode og like tjenester for alle, men kanskje like viktig skal det bidra til tillit mellom pasienten og de ansatte i

---

<sup>48</sup> Ot.prp.nr.53 (1977-78)

<sup>49</sup> Ot.prp.nr.53 (1977-78)

helsevesenet. For å oppnå dette er det nødvendig å ha regler som sørger for at for eksempel taushetsplikten opprettholdes (se punkt 5.1).

«Pasient» er i loven definert som en person som «henvender seg til helse- og omsorgstjenesten» med «anmodning om helsehjelp» eller som helsetjenesten «gir eller tilbyr helsehjelp», jfr. § 1-3 bokstav a. Loven avgrenser altså ikke mot noen og gjelder følgelig også helsehjelp til ungdom.

Begrepet «helsehjelp» defineres i § 1-3 bokstav c som ulike handlinger som har «forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål» og «som er utført av helsepersonell.» Det følger av forarbeidene til abortloven at også abortinngrep er omfattet av definisjonen.<sup>50</sup> Dette innebærer at pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser også regulerer abort. Ved eventuell motstrid mellom de to lovene vil likevel abortloven gå foran som særlov på området.

Et grunnleggende prinsipp i helseretten er at helsehjelp bare kan gis pasienter som selv samtykker til den, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Dette utgangspunktet om individuell selvbestemmelse er «i stor grad fraveket» når det gjelder barn, «ut fra en alminnelig forutsetning om at barn ikke er i stand til på egen hånd å treffe viktige beslutninger i saker som vedrører dem, og derfor ikke skal ha verken rett eller plikt til å treffe slike avgjørelser.»<sup>51</sup> Hovedregelen for ungdom under 16 år er at de i utgangspunktet ikke kan samtykke til helsehjelp selv. Deres foreldre eller andre som har foreldreansvaret «har rett til å samtykke på vegne av barnet», jfr. § 4-4 første ledd første setning. For å kunne samtykke på vegne av ungdommen har også foreldrene rett på informasjon, jfr. § 3-4 første ledd.

Et unntak fra hovedregelen gjelder når pasienten er «mellom 12 og 16 år» og helsehjelpen omhandler «forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om», jfr. § 4-4 første ledd andre setning, jfr. § 4-3 første ledd bokstav c.

Det følger av § 3-4 andre ledd at dersom pasienten er «mellom 12 og 16 år», så skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når ungdommen «av grunner som bør respekteres» ikke ønsker dette. Dette betyr at helsepersonellet i en slik situasjonen har taushetsplikt overfor foreldrene, jfr. helsepersonelloven § 21.

---

<sup>50</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-1999)

<sup>51</sup> Aasen (2008) s.10-11

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd innebærer en innskrenkende tolkning av § 4-4 første ledd.<sup>52</sup> Den medfører i realiteten også en innskrenkende tolkning av foreldreansvaret. For når foreldrene ikke får informasjon om eller av betydning for deres eget barns helse, vil de heller ikke kunne samtykke til helsehjelpen ettersom de ikke kan samtykke til noe de ikke har kjennskap til. Poenget med unntaket er nettopp å holde foreldrene utenfor av hensyn til barnet, og barnets rettigheter står her sterkere enn foreldrenes rett til å utøve sitt foreldreansvar.

Forarbeidene til denne bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven nevner som «grunner som bør respekteres» blant annet prevensjonsveiledning og råd om svangerskapsavbrudd.<sup>53</sup> Unntaket skal etter forarbeidsuttalelsene sikre at unge i denne aldersgruppen oppsøker helsetjenesten med personlige helseproblemer uten frykt for at foreldrene automatisk involveres. Et viktig hensyn bak bestemmelsen er nettopp å sikre at unge i denne aldersgruppen for eksempel oppsøker helsesøster på skolen, helsestasjonen eller en lege når de har behov for det. Derfor er det også tydelig hvorfor denne bestemmelsen er så viktig, unge jenter i denne aldersgruppen ville ellers kanskje vegret seg fra å oppsøke helsesystemet.

FNs barnekomité har uttalt at unge har rett til å få tilgang til informasjon som er viktig for deres helse, og at statene skal sørge for at unge jenter ikke blir nektet adgang til nøyaktig og relevant informasjon om sin egen helse.<sup>54</sup> Videre heter det at partene i samsvar med retten til helse som følger av art. 24 skal «gi de unge tilgang til seksualopplysning og informasjon om reproduksjon, herunder om familieplanlegging og bruk av prevensjon (...)». Det skal også sikres at ungdommer har tilgangen til denne relevante informasjonen uavhengig av om deres foreldre samtykker til dette.<sup>55</sup> Dette er et viktig poeng.

At ungdom har rett til informasjon uten at foreldrene har samtykket til at de kan motta denne følges også opp i senere uttalelser.<sup>56</sup> Her suppleres imidlertid uttalelsen med at statene bør vurdere å tillate barn å selv samtykke til enkelte typer medisinsk behandling uten tillatelse fra foreldrene. Som eksempel nevnes her seksuelle og reproduktive tjenester, inkludert utdanning og veiledning om seksuell helse, prevensjon og trygg abort.

---

<sup>52</sup> Aasen (2008) s.11

<sup>53</sup> Prop.75 L(2016-2017) s.86

<sup>54</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 26.

<sup>55</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 28

<sup>56</sup> Generell kommentar nr. 15 punkt 31

Aasen mener at unntaket i § 3-4 «særlig [er] aktuelt der det er et motsetningsforhold mellom barnet og foreldrene, eller der barnet har grunn til å frykte sterke represalier eller fordømmelse ved å være åpen, for eksempel i tilfeller av mishandling i hjemmet og med hensyn til prevensjon, abort, behandling for kjønns sykdommer og lignende.»<sup>57</sup> Videre mener Aasen at man ikke kan kreve for mye av begrunnelsen til den unge pasienten. Dersom pasienten gir uttrykk for at hun ikke ønsker at foreldrene skal orienteres om at hun for eksempel mottar prevensjon, og i tillegg viser til en plausibel grunn, skal det i utgangspunktet være tilstrekkelig for å oppfylle lovens vilkår. Dersom man blir for strenge i tolkningen av denne bestemmelsen vil det kunne gå imot hensynet bak bestemmelsen, nemlig å få de unge til å oppsøke den helsehjelpen de trenger.

Seksjonsoverlege, seksjon for fostermedisin ved Kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus, Synnøve Lian Johnsen har svart på spørsmål om hvordan hun som lege tolker vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd.<sup>58</sup> «Når det gjelder prevensjon vil jeg ikke legge så mye press på [jentene] til å informere foreldrene, men her [...] er alder av betydning». Hun mener at dersom en pasient så ung som 12 år vil ha behov for prevensjon, ville det føre til at helsepersonellet må spørre seg selv om hvorfor. Som eksempler nevner hun at hun da ville prøvd å finne ut om hvordan omstendighetene rundt jenten er, hvilken partner hun har, i tillegg til å prøve å avdekke at det ikke foreligger eventuelle overgrep. «Er de veldig unge benytter jeg gjerne anledningen til å prate litt om forhold, selvbestemmelse, egne grenser og modenhet». Begynner pasienten derimot å nærme seg 16 år uttaler Lian Johnsen at hun «synes [...] det er viktigere å respektere jentens ønske, selv om det ikke er så tungtveiende grunner».

Dette tilsier at både seksjonsoverlege Lian Johnsen og Aasen her legger samme vurdering til grunn. Når den unge kvinnen selv presiserer at hun ikke vil at foreldrene involveres, og hun kan begrunne dette på en grei måte, må hennes ønske legges til grunn. Da vil kvinnens rett til selvbestemmelse og privatliv veie tyngre, og dermed gå på bekostning av foreldreansvaret.

Lian Johansen mener at noen foreldre er av den oppfatning at dersom barna ikke får prevensjon, har de heller ikke sex. Her følger hun opp med at «generelt vil jeg tenke at ber [jenten] om prevensjon, trenger hun det, og alternativet er kanskje at hun kommer for å be om provosert abort [på et senere tidspunkt]». Dette er et veldig godt poeng. Selv om den

---

<sup>57</sup> Aasen (2008) s.12

<sup>58</sup> E-postkorrespondanse 11-14.oktober 2019. Sitat og teksten i sin helhet er godkjent av Synnøve Lian Johnsen 10.12.19

gjennomsnittlige debutalderen er over 16 år for både gutter og jenter i Norge, er det helt klart at mange også debuterer før denne alderen.<sup>59</sup> Dermed er det viktig at også kvinner under 16 år får prevensjon. Dersom kvinnen faktisk oppsøker helsepersonell for å få prevensjon, noe som for mange kanskje kan være vanskelig og flaut, mener jeg at dette i hvert fall kan være en indikasjon på at hun er voksen og moden nok til å motta denne også. Her må selvfølgelig legen foreta en helhetsvurdering som blant annet er basert på kvinnens alder.

## 4.2 Abortloven

Etter abortloven § 4 første ledd første setning skal «begjæring om svangerskapsavbrudd» fremsettes «av kvinnen selv». Loven stiller ikke opp en nedre aldersgrense for å få lov til å gjennomføre svangerskapsavbrudd. Det er dermed rettslig sett ingen hindring mot at kvinner under 16 år også kan ta abort. Men abortloven stiller likevel opp et krav om at dersom kvinnen er «under 16 år» skal de som har foreldreansvaret gis anledning til «å uttale seg», med mindre «særlige grunner taler mot det», jfr. § 4 første ledd andre setning.

I abortlovens forarbeider uttales det at «[s]like særlige grunner kan f.eks. tenkes å foreligge der hvor kvinnen er flyttet hjemmefra og forsørger seg selv, hvor hun fordi hun er i en utdannelsessituasjon oppholder seg utenfor hjemstedet, eller hvor det er alvorlig motsetningsforhold mellom henne og foreldrene og det er grunn til å anta at opplysninger om at hun er gravid og har søkt om svangerskapsavbrudd, vil kunne forverre forholdet.»<sup>60</sup>

Aasen mener man må kunne anta at «særlige grunner» i abortloven § 4 indikerer en noe strengere regel sammenlignet med «grunner som bør respekteres» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd når det kommer til hvorvidt foreldrene skal informeres eller ikke.<sup>61</sup> Den samme tolkningen legges til grunn av Helsedirektoratet.<sup>62</sup> Dette taler, i sammenheng med forarbeidsuttalelsene, for at terskelen for at kvinnens ønske skal respekteres settes relativt høyt.

Seksjonsoverlege, Synnøve Lian Johnsen har også svart på hvordan hun tolker og anvender abortloven § 4 i praksis. Hun mener at «jentas alder er viktig» og at dersom jenten er så ung som «12-13 er det enda viktigere at foreldrene er informert». Hun presiserer at hun aldri har

---

<sup>59</sup> [https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom\\_og\\_seksualitet/](https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/) (sist sjekket 08.12.19)

<sup>60</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

<sup>61</sup> Aasen (2008) s.12

<sup>62</sup> *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, rundskriv fra Helsedirektoratet (kommentar til Pbrl. § 3-4 andre ledd) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer> (sist oppdatert 01.01.2018), (sist sjekket 30.10.19)

vært borti en sak der den abortsøkende kvinnen er så ung, men at dersom det hadde vært tilfellet så ville hun gjerne diskutert saken med fylkeslegen. Hun fremhever også at selv om foreldrene skal gis anledning til å uttale seg, så er det ikke de som bestemmer. Lian Johnsen mener hun ville bedt fylkeslegen om råd dersom foreldrene var imot aborten. Videre uttaler hun at «[g]enerelt oppfordrer vi alle til å involvere foreldre eller andre de har nære seg.» Hun mener likevel at dersom kvinnen har «en plausibel grunn» så vil hun prøve å respektere denne.

#### 4.2.1 Særlig om kvinner med ikke-vestlig bakgrunn

Helsedirektoratet har utarbeidet en håndbok som hjelpemiddel for de ulike abortnemndene. I håndboken er det tilegnet et eget kapittel om svangerskapsavbrudd blant kvinner med ikke-vestlig bakgrunn.<sup>63</sup> Dette er en gruppe som særlig i Oslo er overrepresentert blant de som begjærer svangerskapsavbrudd, både før og etter utgangen av 12. svangerskapsuke. En forklaring på dette kan være at færre kvinner med innvandrerbakgrunn bruker hormonell prevensjon sammenlignet med kvinner med to norske foreldre.<sup>64</sup> Det nevnes i håndboken at kulturbestemte forhold kan gjøre det vanskelig for en ung jente å fullføre svangerskapet. Eksempler på konsekvenser disse unge jentene er redde for dersom familien finner ut av graviditeten, er baksnakking i miljøet og utstøting fra familien. Dette gjelder både kvinner fra en del asiatiske og afrikanske land, men også etnisk norske jenter fra enkelte religiøse miljøer. Andre eksempler er frykt for å bli sendt til opprinnelseslandet der de vil ha liten beskyttelse, frykt for å påføre familien skam og ødelegge dens ære, men også så alvorlige konsekvenser som frykt for å bli drept. Dette er hensyn som utvilsomt også må tillegges betydelig vekt når en lege skal avgjøre om det foreligger «særlige grunner» etter abortloven § 4.

#### 4.2.2 Særlig om ungdommers selvbestemmelsesrett etter utgangen av 12. svangerskapsuke: behandling i nemnd.

Abortnemndene skal vurdere abortbegjæringer etter utgangen av 12. svangerskapsuke, jfr. abortloven § 5 første ledd andre setning jfr. § 7. Abortforskriften gir en utfyllende veiledning om tolkningen av abortloven.<sup>65</sup> Av abortforskriften § 5 femte ledd om saksbehandling for primær- og klagenemnd når kvinnen er under 16 år, gjelder de samme vilkårene som etter

---

<sup>63</sup> Håndboken for abortnemndarbeid s.49-53

<sup>64</sup> Omland, Ruths og Diaz (2014) *Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database.*

<sup>65</sup> FOR-2001-06-15-635, Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)



abortloven § 4, nemlig om det foreligger «særlige grunner». <sup>66</sup> Det følger av merknad til abortforskriften § 5 at det er den legen som eventuelt skal utføre aborten som skal vurdere om kvinnens foreldre skal gis anledning til å uttale seg. Videre heter det at dersom kvinnen motsetter seg at foreldrene skal få uttale seg eller få opplysninger om at hun har begjært svangerskapsavbrudd, så må legen både vurdere forholdet til deres taushetsplikt og om det foreligger «særlige grunner». Det uttales videre i merknaden til abortforskriften § 5 at legen må foreta en helhets- og rimelighetsvurdering i den konkrete situasjonen. Relevante hensyn som nevnes i denne sammenheng er kvinnens alder og modenhet, forholdet hun har til sine foreldre, om hun har flyttet hjemmefra og om hun forsørger seg selv. I merknaden uttales det også at «[d]ersom kvinnen aktivt motsetter seg at foreldrene skal få uttale seg, hun har nådd en viss grad av modenhet og det er gode grunner for hennes ønske [...] bør hennes ønske respekteres». Et eksempel som nevnes som «gode grunner» for å holde tilbake informasjon fra foreldrene, er dersom den evner å skape alvorlige konflikter mellom kvinnen og foreldrene.

Helsedirektoratet har utarbeidet en håndbok som hjelpemiddel for de ulike abortnemndene. I sin behandling av saker skal nemnda legge vesentlig vekt på «kvinnens bedømmelse av egen situasjon» og deretter vurdere om betingelsene for abort er til stede. <sup>67</sup> Om tilfeller der pasienten er under 16 år stilles det, i tillegg til alminnelige vilkåret «særlige grunner» etter abortloven § 4, opp et tilleggsvilkår. Vilkaåret som stilles opp i håndboken er at den gravide kvinnen samtidig «er tilstrekkelig moden til å ivareta sine egne interesser». <sup>68</sup> Dersom disse to vilkårene er oppfylt vil hun «stå i samme rettslige stilling som en gravid over 16 år». <sup>69</sup> Dette innebærer at dersom kvinnen er gått gravid forbi den 12. svangerskapsuken så stilles det i abortnemnda opp et ekstra krav til henne for at foreldrene ikke skal trekkes inn. Dette medfører at når man er utenfor perioden for selvbestemt abort så er terskelen for å trekke inn foreldrene lavere enn der hun er innenfor de første 12. svangerskapsukene.

Blant grunner som kvinner selv oppgir for hvorfor de velger å gjennomføre et svangerskapsavbrudd, er en stor del av det at de ikke føler seg klare for barn enda, eller at de ikke er i en situasjon der det ligger til rette for å få barn. <sup>70</sup> Den største andelen av aborter i

---

<sup>66</sup> Abortforskriften

<sup>67</sup> Håndbok for abortnemndarbeid, s.12

<sup>68</sup> Håndbok for abortnemndarbeid, s.34

<sup>69</sup> Håndbok for abortnemndarbeid, s.34.

<sup>70</sup> Svein Inge Meland, «Abort: noen våger ikke å snakke med sin egen mor» <https://forskning.no/ntnu-partner-svangerskap/abort-noen-vager-ikke-engang-snakke-med-sin-egen-mor/1293607> (sist sjekket 26.10.19)

Norge skjer blant kvinner i alderen 25-29 år.<sup>71</sup> Når kvinner opp mot 30 år tar abort fordi de ikke føler seg modne, vil jo sjeldent en ungdom ned mot 12 år være det heller. Dette er et hensyn som muligens kan tillegges vekt når abortnemden skal avgjøre hvor moden pasienten er.

4.2.3 Kort om tilfellet der vilkårene i abortloven § 4 «særlige grunner» ikke er oppfylt, og foreldrene følgelig har rett til å uttale seg.

Dersom kvinnen er «under 16 år» og vilkårene i abortloven § 4 om «særlige grunner» ikke foreligger skal kvinnens foreldre følgelig gis rett til å uttale seg. Dersom foreldrene har «uttalt seg mot» en abort, kan avbrytelse kun skje «med samtykke fra fylkesmannen» jfr. abortloven § 9 første ledd bokstav a). Lovens ordlyd tilsier både at foreldrenes synspunkt skal høres og at den skal tillegges stor vekt. Etter ordlyden kan man få inntrykket av at foreldrene her har en samtykkerett (til at datteren ikke skal motta helsehjelp). Her er en viktig nyansering likevel at foreldrene verken har noen selvstendig søknadsrett eller mulighet til å presse kvinnen til å gjennomføre svangerskapsbruddet.<sup>72</sup> Det er kvinnen selv som både skal fremsette begjæringen og ta den endelige avgjørelsen, jfr. § 4 første ledd første setning jfr. § 2 første ledd andre setning. I tillegg har foreldrene kun en uttalerett etter § 4 første ledd andre setning, selv om denne uttaleretten, som sagt, riktignok blir tillagt stor vekt.

4.3 Hvordan disse to lovene supplerer og utelukker hverandre

Etter dette må det kunne slås fast at abortloven § 4 er en strengere regel med hensyn til om man kan la være å involvere foreldrene sammenlignet med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4.<sup>73</sup> Ordlyden av abortloven indikerer altså at foreldrene lettere kan involveres.

Abortloven går som særlov på feltet foran pasient- og brukerrettighetsloven. Det følger både av merknadene til abortforskriften § 5 og rundskriv fra Helsedirektoratet.<sup>74</sup> Dette betyr at ved motstrid mellom de to lovene vil det være abortlovens bestemmelser som gjelder. I praksis betyr dette at det er en lavere terskel for legen å involvere foreldrene til den unge kvinnen når hun begjærer svangerskapsavbrudd, sammenlignet med hvis hun for eksempel ønsker

---

<sup>71</sup> L.Stai «Fakta om abort (med 2018-tall)»

<sup>72</sup> Håndbok for abortnemndarbeid, s.34

<sup>73</sup> *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, rundskriv fra Helsedirektoratet, kommentar til Pbrl. § 3-4 andre ledd

<sup>74</sup> *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, rundskriv fra Helsedirektoratet, kommentar til Pbrl. § 3-4 andre ledd

prevensjon. Dette mener jeg også blir et naturlig utgangspunkt med tanke på at en abort er en større avgjørelse å ta for hvem som helst, og da særlig for veldig unge jenter.

Også Lian Johnsen bekrefter at det er slik vilkårene tolkes i praksis. På spørsmål om hun tolker vilkåret «grunner som bør respekteres» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd like strengt som «særlige grunner» etter abortloven § 4, svarer hun at «[g]enerelt tolker jeg (og jeg tror de fleste jeg jobber med) abortloven strengere enn pasient- og brukerrettighetsloven.».

Likevel mener jeg det er et paradoks at terskelen for å involvere foreldrene skal være høyere ved for eksempel utskrivning av prevensjon, når det er klart at hormonell prevensjon med østrogen gir økt risiko for blodpropp.<sup>75</sup> Selv om blodpropp er sjeldent (5-12 tilfeller per 10 000 kvinner per år), kan det være svært alvorlig.<sup>76</sup> Svangerskapsavbrudd forbindes i dag med svært lav risiko. Jeg mener at det vil kunne være lettere for helsepersonell å oppdage alvorlige konsekvenser av aborten fordi pasienten får tettere oppfølging rundt selve inngrepet.<sup>77</sup> Det er klart at en ung kvinner mellom 12 og 16 år i denne sammenhengen ikke faktisk er helserettslig myndig, selv om unntaket etter abortloven eller pasient- og brukerrettighetsloven er oppfylt. For å sikre at den unge kvinnens rettigheter ivaretas tror jeg det er viktig at en voksen har kontroll over situasjonen. Det vil ikke nødvendigvis være tilfellet der jenten får utskrevet p-piller og kanskje ikke kommer tilbake til fastlegen på en lengre periode.

Et annet område som skiller pasient- og brukerrettighetsloven fra abortloven, er når det kommer til selvbestemmelsen. Etter pasient- og brukerrettighetsloven så har man som sagt i utgangspunktet rett til selvbestemmelse fra fylte 16 år. I abortloven er det ingen aldersgrense for selvbestemmelse. Regelen i abortloven § 4 innebærer kun at foreldrene skal få uttale seg. De har jo her selvfølgelig mulighet til å påvirke kvinnen, men det er til syvende og sist hun selv som tar valget. Foreldrene kan aldri tvinge kvinnen til å gjennomføre et svangerskapsbrudd. Det vil si at kvinnen har rett til å fortsette svangerskapet, og dermed nekte helsehjelpen, uavhengig av sin alder. I et motsetningsforhold så har foreldrene etter pasient- og brukerrettighetsloven kun en plikt til å ta hensyn til barnets mening «i samsvar med barnets

---

<sup>75</sup> <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#p-piller-med-%C3%B8strogen-og-levonorgestrel> (sist sjekket 08.12.19)

<sup>76</sup> <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/kombinasjons-p-pille-og-risiko-for-blodpropp/> (sist sjekket 08.12.19)

<sup>77</sup> <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/> (sist sjekket 08.12.19)

alder og modenhet», jfr. § 3-1 første ledd siste setning. Dersom unntaket ikke foreligger kan de i utgangspunktet både nekte og samtykke til helsehjelp for ungdommer under 16 år.<sup>78</sup>

## **5 Taushetsplikt og informasjonsplikt**

### **5.1 Taushetsplikt**

Når helsepersonell yter helsehjelp, får de tilgang på mye personlig informasjon om pasientene de behandler. En viktig begrunnelse for taushetsplikten er at det skaper tillit mellom legen og pasienten. Pasienten må kunne stole på at legen ikke bringer informasjonen videre til andre. Et godt tillitsforhold mellom legen og pasienten er avgjørende for at pasienten ikke skal føle at de må holde igjen informasjon de gir til legen sin. For at legen skal kunne yte forsvarlig helsehjelp er de avhengig av at pasienten deler mest mulig informasjon.

Hovedregelen om helsepersonells taushetsplikt følger av helsepersonelloven § 21.

Helsepersonell skal etter bestemmelsen «hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell». Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 første ledd skal «opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.»

I tillegg til taushetsplikten har helsepersonell også en informasjonsplikt. Disse to pliktene kan i visse tilfeller komme i et spenningsforhold til hverandre. Et dilemma helsepersonell kan stå overfor er hvordan taushetsplikten og informasjonsplikten skal veies mot hverandre i situasjoner der pasienten er under 16 år. Har de informasjonsplikt eller taushetsplikt overfor foreldrene i den gitte situasjonen? Utgangspunktet er taushetsplikt overfor alle andre enn pasienten selv, men taushetsplikten innskrenkes av at foreldrene i utgangspunktet har rett på informasjon om pasienten som er under 16 år. Denne retten til informasjon om pasienten kan igjen innskrenkes i visse situasjoner der pasienten er mellom 12 og 16 år.

---

<sup>78</sup> Unntak: etter Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9 tredje ledd kan foreldrene ikke nekte blodoverføring på vegne av sitt barn. I situasjoner der helsehjelpen er «påtrengende nødvendig» skal helsepersonell uansett gi den nødvendige helsehjelp, jfr. helsepersonelloven § 7.

## 5.2 Informasjonsplikt

### 5.2.1 Generell informasjonsplikt

#### 5.2.1.1 Informasjonsplikt etter pasient- og brukerrettighetsloven

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal «gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4» jfr. helsepersonelloven § 10

Hovedregelen om pasienters rett til informasjon følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Etter bestemmelsens første ledd «skal» pasienten ha «den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Pasienten skal også få informasjon om «mulige risikoer og bivirkninger» av helsehjelpen. Lovens ordlyd tilsier at pasienten må få så mye informasjon som er nødvendig om helsehjelpens art og omfang til at vedkommende kan foreta et informert samtykke til helsehjelpen, jfr. § 4-1 første ledd. Dette underbygges av uttalelser til bestemmelsen i forarbeidene der det heter at informasjonen må være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte seg av sin rett til medvirkning.<sup>79</sup> Etter bestemmelsens første ledd er det klart at en ung kvinne som oppsøker helsetjenesten har rett til å motta informasjon om for eksempel ulike typer prevensjon.

Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd at informasjon «ikke [skal] gis mot pasientens uttrykte vilje», med mindre det er «nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen». Ordlyden tilsier altså at selvbestemmelsesretten pasienten har i alle spørsmål vedrørende egen helse, også omfatter *om* informasjonen skal gis. Dette følger også av forarbeidene.<sup>80</sup> I praksis så innebærer dette at dersom pasienten ikke ønsker konkret informasjon om helsehjelpen, så er heller ikke legen forpliktet til å opplyse om dette. Et eksempel kan være at kvinnen ikke ønsker at legen skal fortelle om eventuelt ubehag ved å sette inn langtidsvirkende prevensjon fordi hun uansett ønsker å gjennomføre helsehjelpen, men ikke vil grue seg i forkant.

Av forarbeidene følger det at helsepersonell skal respektere pasientens ønske om å ikke bli informert, innenfor visse grenser, men at retten pasienten har til å nekte ikke kan gjelde absolutt.<sup>81</sup> Det nevnes at der «hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre» tilsier det, kan det likevel være at helsepersonell ikke må respektere pasientens ønske.

---

<sup>79</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>80</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>81</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

Det tilføyes at også annet lovgrunnlag kan foreligge som gjør at legen er pålagt å informere pasienten. Etter smittevernloven § 2-1 har leger en informasjonsplikt ved allmennfaglige smittsomme sykdommer.<sup>82</sup> Et aktuelt eksempel i denne sammenheng er at legen ved utskrivning av hormonell prevensjon samtidig bør opplyse pasienten om at denne kun beskytter mot uønsket graviditet. At legen gjør pasienten oppmerksom på at prevensjonen ikke beskytter mot smittefare ved seksuell aktivitet kan forebygge skadevirkninger både for pasienten selv, men også hindre spredning av seksuelt overførbare sykdommer. Dette må etter min vurdering ligge innenfor grensen for når pasientens rett til å nekte ikke kan gjelde absolutt.

#### 5.2.1.2 Informasjonsplikt etter abortloven

Kvinnen har krav på råd som gir henne det beste grunnlaget for selv å kunne ta den endelige avgjørelsen, jfr. abortloven § 2 første ledd andre setning. Informasjon kvinnen har rett til å motta etter loven deles inn i to kategorier. Informasjon om selve aborten og informasjon om den bistand samfunnet kan tilby henne dersom hun velger å fullføre svangerskapet.

Uavhengig av om informasjonen og veiledningen gjelder så skal den «gis på en objektiv måte» og uten at legen «gir uttrykk for sine personlige vurderinger», jfr. abortforskriften § 2 fjerde ledd.

##### 5.2.1.2.1 Informasjon om selve inngrepet:

Etter abortloven § 5 andre ledd første setning «skal» en kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd «gis opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger» av legen. Lovens ordlyd tilsier her at det både er en plikt for legen å gi opplysninger, og en plikt for kvinnen å motta disse.

Av forarbeidene til abortloven § 5 andre ledd heter det at departementet mener disse opplysningene bør gis av legen «som et ledd i samtalen etter at kvinnen har satt frem sin begjæring».<sup>83</sup> Videre følger det at departementet mener at opplysningen skal inneholde informasjon om hvordan svangerskapsavbrudd utføres og hvilke medisinske virkninger et

---

<sup>82</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)

<sup>83</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

slikt inngrep kan ha.<sup>84</sup> Det er også forutsatt at kvinnen skal få informasjonen muntlig og på en måte som er forståelig for henne.<sup>85</sup>

Av abortforskriften § 2 første ledd følger det at legen «skal» «sørge for» at kvinnen får disse opplysningene. Det følger av merknad til denne bestemmelsen i abortforskriften, at «opplysningene skal være nøkterne og saklige, og skal ikke være hverken skremmende eller bagatelliserende».<sup>86</sup>

Her skiller dermed abortloven seg fra pasient- og brukerrettighetsloven der hovedregelen er at pasienten selv kan velge om hun vil ha informasjon eller ikke. De fleste svangerskapsavbruddene som gjennomføres i Norge i dag er ukompliserte, uavhengig av metode, og komplikasjoner forekommer i mindre enn 5% av tilfellene.<sup>87</sup> Likevel er det viktig at kvinnen får informasjon om selve gjennomføringen av aborten slik at hun har mulighet til å ta en informert beslutning om at hun vil motta helsehjelpen.

5.2.1.2.2 Informasjon om den bistand samfunnet kan tilby kvinnen dersom hun velger å ikke gjennomføre svangerskapsavbruddet:

Videre har legen en plikt til å informere kvinnen om at hun *kan* få informasjon om den bistand samfunnet kan tilby henne dersom hun velger å fullføre svangerskapet, jfr. abortloven § 5 andre ledd andre setning jfr. § 2 første ledd.

Etter abortloven § 2 første ledd første setning «skal» kvinnen «tilbys» «informasjon og veiledning» om den bistand som samfunnet kan tilby kvinnen, dersom svangerskapet fører til alvorlige vansker for henne. Lovens ordlyd tilsier at det er en plikt for legen å gi kvinnen denne informasjonen. Videre følger det av andre setning at hun har «krav» på råd for å treffe den endelige beslutningen om hun ønsker å ta abort. Dette tilsier at å tilbys informasjon og veiledning er en rettighet for kvinnen. Ordlyden av «tilbys» tilsier likevel at hun ikke må benytte seg av denne rettigheten. Kvinnen kan dermed takke nei til informasjonen og veiledningen.

Når kvinnen har begjært svangerskapsavbrudd etter abortloven § 4, «skal» legen også gi pasienten informasjon og veiledning om bistand nevnt i § 2, dersom kvinnen «ber om det»,

---

<sup>84</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

<sup>85</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

<sup>86</sup> Merknader til de enkelte bestemmelser i forskrift om svangerskapsavbrudd, merknad til § 2 i abortforskriften

<sup>87</sup> <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/svangerskapsavbrudd-spontan-medisinsk-og-kirurgisk#Komplikasjoner> (sist sjekket 05.12.19)

jfr. abortloven § 5 andre ledd andre setning. Etter forarbeidene til abortloven § 5 fremheves det at det her er snakk om «opplysninger om den bistand av økonomisk og annen art som kvinnen kan få om hun gjennomfører svangerskapet.»<sup>88</sup> Departementet uttaler videre at det kan være flere instanser som kan være egnet til å gi kvinnen denne typen informasjon.<sup>89</sup>

Departementet mener likevel at tidsfaktoren taler mot at flere enn nødvendig skal trekkes inn, men hvis kvinnen ønsker dette så skal legen formidle kontakt mellom kvinnen og den aktuelle instansen. Etter abortforskriften § 2 andre ledd tredje setning kan veiledning skje «i samarbeid med sosionom, helsesykepleier, jordmor eller annen sakkyndig person.» Det følger av merknad til § 2 i abortforskriften at informasjonen vil omfatte aktuelle økonomiske ytelser som kvinnen vil ha rett til, og eventuelle andre aktuelle sosiale tiltak.<sup>90</sup>

Etter dette er det altså opp til kvinnen om hun ønsker informasjon og veiledning om bistanden som samfunnet kan tilby henne. Dersom hun ønsker informasjonen skal hennes lege også sørge for at hun får den. Etter merknad til § 2 i abortforskriften skal veiledningen hjelpe kvinnen slik at hun selv kan treffe sitt valg. Det heter videre at «[f]ormålet skal være å bistå kvinnen slik at hun kan komme frem til hva hun selv mener der den beste løsningen for seg.»

#### 5.2.2 Informasjonsplikt når pasienten er mellom 12 og 16 år

Dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd om at foreldrene ikke skal gis opplysninger «av grunner som bør respekteres» er oppfylt, så er det kun pasienten selv som skal motta informasjon i forbindelse med helsehjelpen.

Informasjonen skal være tilpasset «mottakerens individuelle forutsetninger» og gis på en «hensynsfull måte» jfr. § 3-5 første ledd. Hva som ligger i «individuelle forutsetninger» kan være «alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». Det følger av forarbeidene at barn ofte vil ha behov for særlig tilpasset informasjon.<sup>91</sup> Dette tilsier at hvis pasienten er under 16 år og ønsker prevensjon så skal legen vurdere situasjonen konkret. Det kan selvfølgelig være stor variasjon i utvikling og modenhet mellom en jente på 12 år og en på 15 år, og dette må legges til grunn i vurderingen. Også begrunnelsen for hvorfor pasienten ønsker prevensjon er viktig. Dersom legen finner at den unge kvinnen skal tilbys prevensjon er det viktig at hun også får informasjon om blant annet mulige risikoer og bivirkninger. Visse hormonelle prevensjonstyper forbindes for eksempel med høyere risiko for blodpropp, noe

---

<sup>88</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

<sup>89</sup> Ot.prp.nr.38 (1974-75)

<sup>90</sup> Merknad til § 2 i abortforskriften

<sup>91</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-99)



som vil være viktig å opplyse om.<sup>92</sup> Helsepersonellet skal også «så langt som mulig» sikre at mottakeren av informasjonen har «forstått innholdet og betydningen av helsehjelpen», jfr. § 3-5 andre ledd. For å sikre at det faktisk skjer en reell informasjonsformidling, er kravet til innhold at informasjonen gis på en forsvarlig måte.<sup>93</sup> Her er det dermed viktig at legen fremstiller informasjonen både på en måte som gjør at den unge kvinnen kan ivareta sine interesser, men samtidig på en måte som ikke skremmer henne. Konsekvensen vil kanskje være at hun lar være å bruke prevensjon som er skrevet ut til henne, og som en følge ender opp med å ta abort. Når pasienten er mellom 12 og 16 år og legen har konkludert med at det foreligger grunner til at foreldrene ikke skal involveres er det desto viktigere at hun får den informasjonen som er nødvendig i forbindelse med helsehjelpen ettersom hun i disse situasjonene må ivareta sine egne interesser til tross for sin unge alder.

#### 5.2.2.1 Informasjon pasienter mellom 12 og 16 år mottar fra andre steder enn legen sin.

Ungdommer i 2019 har god tilgang til internett, og er en viktig målgruppe for digitale tjenester. Dette er en generasjon som har vokst opp med mobil og pc. Internett er kanskje deres enkleste måte å skaffe seg informasjon og finne svar på spørsmål. Derfor er det også viktig at det finnes gode svar på det ungdommen søker etter. For unge mellom 12 og 16 år er det nok i dag mer naturlig å søke seg frem til svar, fremfor å oppsøke en fysisk lege eller helsestasjon. Heldigvis finnes det mange gode kilder ungdommene kan benytte seg av. Spørsmålet er hvilken type informasjon som egentlig er tilgjengelig, og hvor god den er. Det finnes utallige nettsider der unge kan få svar på sine spørsmål om seksuell og reproduktiv helse. Her vil jeg fokusere på nettsidene ung.no og hels norge.no som begge er statlig drevet, men tilbyr informasjon på to ulike måter.

Ung.no er det offentliges informasjonskanal for ungdom der målgruppen er unge mellom 13 og 20 år. Siden er drevet av Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet.<sup>94</sup> Utgangspunktet for nettsiden er Barnekonvensjonen art. 13 om retten til å få informasjon og art. 17 om at staten skal sikre barn tilgang til denne. Her har unge mulighet til å få svar fra blant annet helsepersonell på spørsmål de måtte ha.

---

<sup>92</sup> <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#p-piller-med-%C3%B8strogen-og-levonorgestrel> (sist sjekket 08.12.19)

<sup>93</sup> Befring, *Tidsskrift for Den norske legeförening* nr. 1 2004 s. 79-80

<sup>94</sup> [https://www.ung.no/diverse/3\\_Ung.no\\_-\\_oppslagsverket\\_for\\_deg\\_som\\_er\\_ung.html](https://www.ung.no/diverse/3_Ung.no_-_oppslagsverket_for_deg_som_er_ung.html) (sist sjekket 27.11.19)

Helsenorge.no er en nettside med mange ulike funksjoner, der tilgang på kvalitetssikrede artikler om seksualitet og seksuell helse er en av tjenestene.<sup>95</sup> Denne nettsiden skiller seg fra ung.no ved at den ikke kun er ment for ungdom, men har hele befolkningen som målgruppe.

Grunnen til at mange unge kanskje foretrekker å oppsøke helsehjelp på internett er at tjenestene er like tilgjengelige uavhengig av hvor man bor. Man er for eksempel ikke avhengig av at en forelder må kjøre en til legetimen. Andre grunner til at dette er en populær måte å søke informasjon på kan være at det ofte er gratis, i tillegg til at ungdommen har mulighet til å være helt anonyme. Unge er kanskje redd for at fastlegen skal fortelle foreldrene at de ønsker prevensjon og da kan det være lettere å undersøke anonymt på nett før de eventuelt møter opp fysisk.

Det problematiske med å finne informasjon på internett er at svarene ofte er generelt utformet. Som vi har sett tidligere i drøftelsen skal en lege ofte tilpasse helsehjelpen ut ifra blant annet pasientens alder og modenhet. Dette vil ikke være tilfellet hvis ungdommene finner svar gjennom for eksempel en artikkel. Situasjoner der en ung kvinne under 16 år egentlig hadde hatt behov for prevensjon kan da ende med at hun ikke oppsøker lege, fordi hun har lest på internett at foreldrene hennes da må involveres. Selv om det opplyses om unntakene som blir behandlet i denne oppgaven kan dette være lett å misforstå når man verken har juridisk eller medisinsk kompetanse. Jeg mener det kan være lett for at ikke alle unge pasienter forstår hvilken helsehjelp de faktisk kan tilbys, uten at foreldrene involveres, dersom de ikke oppsøker lege eller helsestasjon. Konsekvensen av dette kan i verste fall bli at unge jenter ender med å bli uønsket gravid.

### 5.2.3 Informasjonsplikt når pasienten er mellom 12 og 16 år og ønsker å foreta svangerskapsavbrudd.

Legens informasjonsplikt etter abortloven er altså todelt, jfr. drøftelsen over (se 5.2.1.2). For det første har kvinnen en rett og en plikt til å motta informasjon om inngrepets «art og medisinske virkninger» jfr. abortloven § 5 andre ledd første setning. For det andre har hun også en rett til å motta informasjon og veiledning om sosiale tiltak samfunnet kan tilby henne, dersom hun ønsker denne informasjonen, jfr. § 5 andre ledd andre setning jfr. § 2 første ledd.

---

<sup>95</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, «Snakk om det!» *Strategi for seksuell helse* (2017–2022) s.22-23

Abortlovens regler om informasjon og veiledning handler først og fremst om hvordan samfunnet kan hjelpe en kvinne økonomisk og sosialt dersom hun velger å beholde barnet. En svakhet ved loven er at den ikke fokuserer på at kvinnen også bør få informasjon om konsekvensene ved å beholde barnet. Det samme inntrykket får man av lovens forarbeider. Både lovteksten og forarbeidene har et stort fokus på hvor stor risiko en abort kan utgjøre medisinsk sett. I dag er det klart at en provosert abort før utgangen av 12 svangerskapsuke ikke medfører stor risiko.<sup>96</sup> Det er dermed så å si ingen risiko med tidlige aborter, særlig ikke sammenlignet med risikoen med å fullføre et svangerskap. Her mener jeg både lov og forarbeider bærer preg av at de ble skrevet for over førti år siden.

Unge kvinner under 16 år er i en særlig utsatt situasjon når de oppsøker sin lege med spørsmål om svangerskapsavbrudd. Det er ofte gode grunner til at ungdommen ikke vil involvere foreldrene (se punkt 4.2) og når de ikke blir involvert vil jo helsepersonellet ofte være den eneste voksne personen kvinnen søker råd hos. Derfor vil det være viktig at helsepersonellet ikke prøver å påvirke den unge kvinnen i den ene eller andre retningen. Det sentrale er at pasienten får informasjon om alle sidene av saken, slik at hun selv kan ta valget.

FNs barnekomité har uttalt at statene i samsvar med Barnekonvensjonen art. 24 skal gi unge tilgang til seksualopplysning og informasjon om reproduksjon, herunder farer knyttet til tidlige svangerskap<sup>97</sup> Videre heter det også at unge jenter som blir gravide skal ha tilgang til helsetjenester som tar hensyn til deres spesielle behov.<sup>98</sup> Barnekomitéen har også uttalt at partene oppfordres til gjennom lovgivningen å sørge for at unge gravide kvinners mening «alltid blir hørt og respektert i abortrelaterte avgjørelser»<sup>99</sup>

Helsepersonelloven stiller opp et forsvarlighetskrav til at helsepersonellets arbeid skal utføres «i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet» jfr. § 4 første ledd. Etter abortforskriften § 2 fjerde ledd skal også informasjon og veiledning «gis på en objektiv måte» og uten at legen «gir uttrykk for sine personlige vurderinger». Realiteten er likevel at helsepersonell er mennesker som blir farget av sine egne meninger. Nettopp derfor kan det være problematisk at abortloven ikke også fokuserer på fordelene ved å ta en abort.

---

<sup>96</sup> (jfr. <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/svangerskapsavbrudd/?page=3> og <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/> (sist sjekket 30.10.19))

<sup>97</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 28 og 31

<sup>98</sup> Generell kommentar nr. 4 punkt 31

<sup>99</sup> Generell kommentar nr. 20 punkt 60

Her må det også trekkes inn at reservasjonsretten helsepersonell har i forbindelse med abort bare gjelder selve inngrepet, jfr. abortforskriften § 14. I dette ligger det at helsepersonell altså ikke kan reservere seg mot å gi pasienten informasjon. Det betyr at en lege som i utgangspunktet er imot abort skal gi den informasjon kvinnen har krav på i forbindelse med spørsmål om svangerskapsavbrudd. Dette mener jeg kan bli problematisk dersom helsepersonell ikke har et klart lovverk å forholde seg til.

HR-2018-1958-A (Spiralnekt-dommen) handlet om en lege som ble sagt opp fra sin stilling som fastlege i kommunen fordi hun av samvittighetsgrunner ikke ønsket å sette inn spiral som prevensjonsmiddel. Høyesterett konkluderer i denne saken med at oppsigelsen var urettmessig fordi verken gjeldende lovgivning eller fastlegeforskriften forbød en slik reservasjon på tidspunktet legen ble ansatt. Oppsigelsen var altså ugyldig på avtalerettslig grunnlag. Samtidig klargjøres det at det etter dagens rettstilstand ikke lenger er mulig for en lege å reservere seg mot å sette inn spiral som prevensjon.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i 2014 at en reservasjon kan være i strid med kravet til forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven § 4 første ledd. Begrunnelsen er at avvisningen som ligger i at kvinnen vises videre til en annen lege kan svekke tillitsforholdet mellom kvinnen og hennes fastlege. De mener at dette blant annet kan føre til at hun ved et senere tilfelle vegrer seg for å ta opp plager med fastlegen som hun tror kan skyldes spiralen eller prevensjonen og at hun som en konsekvens ikke får relevant helsehjelp.<sup>100</sup>

Høyesterett stiller i Spiralnekt-dommen seg bak uttalelsen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Førstvoterende uttaler at detter er «legitime hensyn av vekt» og at «[d]ersom konsekvensene av at en fastlege reserverer seg mot å sette inn spiral, blir at kvinnen det gjelder ikke får dette utført eller blir stilt overfor urimelige vanskeligheter i denne forbindelse, vil det trolig være vanskelig å komme til et annet resultat enn at de hensyn departementet har fremhevet, må tillegges avgjørende vekt».<sup>101</sup>

Noe som også er av interesse i denne sammenheng er en annen uttalelse fra samme høringsnotat. Helse- og omsorgsdepartementet mener at dersom man skal godta at fastleger kan reservere seg mot å utføre visse oppgaver, vil kravet til likebehandling kunne innebære at

---

<sup>100</sup> Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag om å fjerne henvisning fra fastlegen når kvinner begjærer svangerskapsavbrudd. Endringer i fastlegeforskriften (forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene) og i abortforskriften (forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd, s.21

<sup>101</sup> Avsnitt 85

også andre grupper må kunne reservere seg ut fra sine religiøse preferanser og overbevisninger. Dette mener departementet vil kunne gi en uoversiktlig helsetjeneste som igjen kan gå utover pasientens rett til å motta helserett på en likeverdig, ikke-diskriminerende og forsvarlig måte.<sup>102</sup>

Jeg er enig i at denne typen reservasjon kan føre til at helsesystemet blir uoversiktlig for pasienten. Det er viktig å ikke glemme at det er pasienten som skal stå i senter for all helsehjelpen, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. Som det også heter i departementets høringsnotat har man gjennom legestudiet mulighet til å velge mange andre retninger enn akkurat å bli fastlege, der helsehjelp i forbindelse med prevensjon og svangerskapsavbrudd vil være en naturlig del av stillingen.<sup>103</sup> I tillegg mener jeg det er problematisk at leger kan reservere seg fordi det kan bli vanskelig å sette en grense. Der noen religioner for eksempel er imot blodoverføring, skal en lege da kunne reservere seg mot å gjennomføre denne typen helsehjelp? På den andre siden, som førstvoterende poengterer i Spiralnekt-dommen så vil ikke alle fastleger til enhver tid ha den nødvendige faglige kompetansen til å sette inn en spiral fordi de ikke gjør det ofte nok. Her vil man uansett måtte henvise pasienten til en annen lege.<sup>104</sup> Forskjellen mellom en lege som mangler kompetanse og en som ønsker å reservere seg, er likevel at den som mangler kompetanse kan skaffe seg denne kompetansen dersom det er nødvendig, og vil da kunne utføre helsehjelpen.

I et pasient-lege-forhold er det pasienten som er den svake part. Når pasienten er under 16 år, vil dette styrkeforholdet gjøre seg enda mer gjeldende. Der en ung pasient først oppsøker en lege vil hun nok ha stor respekt for hva legen måtte mene om situasjonen. Derfor er det svært viktig at legen forholder seg nøytral uavhengig om hva deres personlige mening om abort og visse prevensjonsmetoder måtte være.

Når man ser på bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven og abortloven i lys av hverandre kan det fremstå som at målet med lovgivningen er at kvinnen skal gjennomføre svangerskapet. Etter abortloven § 1 skal man forebygge på ulike måter «slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig». Ordlyden av § 1 tilsier at samfunnet ikke tar lett på abort som en enkel utvei i stedet for å bruke prevensjon, men at man heller skal legge til rette for å unngå at kvinnene blir uønsket gravide. Loven legger likevel ikke opp til at helsepersonell skal prøve å få ned tallene for antall aborter i de konkrete tilfellene. Det er noe

---

<sup>102</sup> Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet, s.22

<sup>103</sup> Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet, s.22

<sup>104</sup> Avsnitt 50

som blant annet må gjøres gjennom veiledning, seksualopplysning og tilbud om familieplanlegging, jfr. § 1.

Etter min mening må helsepersonellet anlegge et subjektivt perspektiv og se på hva som er tjenlig for den konkrete kvinnen i den konkrete saken. Det er viktig at kvinnen mottar nøytral og balansert informasjon. Dette er særlig viktig når det kommer til kvinner under 16 år, som vil være en særlig utsatt gruppe på grunn av sin lave alder. Jeg mener det er helt nødvendig at kvinnen mottar informasjon om alle sider av både en abort og et fullført svangerskap, og at dette legges frem på en nøytral måte som ikke er egnet for påvirkning. Dette for at man skal klare å ivareta kvinnens rett til å gi et informert samtykke eller et informert avslag av helsehjelpen. Jeg mener det er problematisk at lovens ordlyd tilsynelatende kun legger opp til å informere kvinnen om hjelp hun kan få dersom hun fortsetter svangerskapet. Den bør i større grad også fokusere på konsekvensene av å få barn, særlig når moren er svært ung. Å gjennomgå et svangerskap i så ung alder kan få negative konsekvenser for den unge kvinnen både fysisk, psykisk og sosialt. Fysisk ved at det er tøft for kroppen å bære frem et barn når man selv kanskje ikke er ferdigutviklet, og psykisk og sosialt ved at livssituasjonen blir totalt forandret med et lite barn å ta vare på. For eksempel vil jenta fort kunne bli forsinket i utdanning og arbeid.

## **6 Avslutning**

Oppgavens problemstilling er grensen mellom foreldreansvaret, helsepersonellens profesjonsansvar og ungdommers selvbestemmelsesrett i situasjoner der pasienter mellom 12 og 16 år ønsker prevensjon eller abort. Som oppgaven har vist er informasjon og kunnskap om sin seksuelle og reproduktive helse helt avgjørende for at unge kvinner skal kunne ha kontroll over sin egen kropp.

Selv i de tilfellene der foreldreansvaret må vike for ungdommens rett til selvbestemmelse ivaretas hensynet til barnets beste. Poenget med at foreldrene i utgangspunktet skal bestemme når helsehjelp skal gis til ungdommer som ikke er helserettslig myndig, er at man anser at de ikke klarer å ivareta sine egne interesser. Dersom unntakene som er gjennomgått over er oppfylt vil man jo regne det som at ungdommen er modne nok til å ivareta sine egne interesser. Her vil man likevel ha en ekstra sikkerhet i at helsepersonellet som skal gi denne helsehjelpen, i likhet med foreldrene, også er ansvarlige voksne mennesker. Helsepersonell har i tillegg et profesjonsansvar der de skal gi forsvarlig helsehjelp. Man må dermed kunne

legge til grunn at så lenge lovens ordlyd er klar nok kan også helsepersonell ivareta hensynet til barnets beste.

At den unge kvinnen møter opp hos lege eller helsestasjon vil i seg selv kunne være et argument for at hun er moden nok til å motta helsehjelpen. Det betyr at hun i hvert fall har reflektert over situasjonen, og dette mener jeg bør vektlegges. Men som nevnt kan hormonell prevensjon med østrogen føre til alvorlige bivirkninger så jeg mener helsepersonell ikke bør skrive ut dette helt ukritisk, bare fordi jenten virker moden. Denne situasjonen kan man likevel løse ved at legen for eksempel kun skriver ut p-piller for en måned i første omgang, slik at pasienten må komme tilbake innen kort tid. På denne måten vil legen kunne ha bedre kontroll over helsehjelpen som ytes.

Når kvinnen mellom 12 og 16 år skal motta helsehjelp uten at foreldrene involveres er det også svært viktig at hun får god og tilpasset informasjon slik at hun kan ta en gjennomtenkt beslutning. Samtidig som at hun skal få tilstrekkelig informasjon til å ta et godt valg, skal hun ikke overøses med så mye informasjon at hun blir skremt.

At ungdom har gode informasjonskilder på internett der de har mulighet til å stille konkrete spørsmål til helsepersonell (slik som på ung.no) er et godt supplement til den informasjon man kan få av for eksempel fastlegen som ikke nødvendigvis er like tilgjengelig.

Også måten informasjonen gis på er viktig. Helsepersonell må forholde seg nøytral i formidlingen da unge kvinner ofte har stor respekt for hva for eksempel deres lege mener. Derfor mener jeg det kan være problematisk at noen leger har reservert seg mot å utføre abort. Nå legen henviser kvinnen til en annen lege, vises det med denne handlingen at vedkommende ikke er enig i kvinnens valg. Dersom kvinnen anses å kunne ivareta sine egne interesser så må hun også få lov til å gjøre dette, uten at legen påvirker hennes avgjørelse i den ene eller andre retningen. Jeg mener at informasjonen etter abortloven derfor i større grad bør fokusere på konsekvensen av å skulle oppdra et barn når man selv er så ung. Her vil nok en del helsepersonell uansett gjøre dette temaet til en del av samtalen, men et klarere lovverk vil sørge for at alle må involvere denne informasjonen i samtalen med pasienten. Dette vil igjen kunne sikre at pasienter får lik behandling, uavhengig av hvor de bor og hvem som er deres fastlege.

## 7 Litteraturliste

### 7.1 Lover, konvensjoner og forskrifter

Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven)

FOR-2001-06-15-635, Forskrift for svangerskapsavbrudd (abortforskriften)

FOR-2001-06-15-635, Forskrift for svangerskapsavbrudd (abortforskriften) -  
Merknader til de enkelte bestemmelser i forskrift om svangerskapsavbrudd

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova)

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett  
(menneskerettsloven)

Vedlegg 2. Den europeiske menneskerettskonvensjonen med protokoller (EMK)

Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989  
(barnekonvensjonen)

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk-  
helsevernloven)

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

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og  
omsorgstjenesteloven)

### 7.2 Dommer

HR-2018-1958-A

### 7.3 Forarbeider, rundskriv og høringsnotater

NOU 2008:9 Med barnet i fokus – en gjennomgang av barnelovens regler om foreldreansvar,  
bosted og samvær

Ot.prp.nr.38 (1974-75) Om lov om svangerskapsavbrudd

Ot.prp.nr.53 (1977-78) Om lov om endring i lov av 13. juni 1975 nr.50 om  
svangerskapsavbrudd

Ot.prp.nr.12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (nå: pasient- og  
brukerrettighetsloven)

Ot.prp.nr.13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Prop.91 L (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og  
omsorgstjenesteloven)

Prop.75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m.  
(styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)



IS-2015-8, Rundskriv fra Helsedirektoratet, pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. *Forslag om å fjerne henvisning fra fastlegen når kvinner begjærer svangerskapsavbrudd. Endringer i fastlegeforskriften (forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene) og i abortforskriften (forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd)*

#### 7.4 Generelle kommentarer fra FNs barnekomité

Generell kommentar nr. 4 (2003) om unge menneskers helse og utvikling sett i relasjon til konvensjonen om barnets rettigheter.

Generell kommentar nr.12 (2009) om barnets rett til å bli hørt

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

Generell kommentar nr. 20 (2016) om implementeringen av rettighetene til barn i ungdomstiden

#### 7.5 Litteratur

##### 7.5.1 Bøker

Blom, Ida «Katti Anker Møller – En revolusjonær feminist?», Katti Anker Møller – Mødrenes forkjemper 125 år, Inger Elisabeth Haavet (red.), Senter for humanistisk kvinneforskning, Bergen 1994, Skriftserien nr. 7, s. 13-41, s. 15.

Syse, Aslak *Abortloven. Juss og verdier*, Oslo 1993, s. 22-27.

Syse, Aslak: Pasient- og brukerrettighetsloven, 4. utgave, (2015)

##### 7.5.2 Artikler og elektroniske utgivelser

Aasen, Henriette Sinding: «Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp», *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 01/2008 (FAB-2008-4)

Barne- og familiedepartementet: «Generelle kommentarer fra FNs barnekomité.», hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/generelle-kommentarer-fra-fns-barnekomit/id573909/>, sist sjekket 29.10.2019

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: «Ungdom og seksualitet», hentet fra [https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom\\_og\\_seksualitet/](https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/), sist sjekket 08.12.2019

Befring, Anne Kjersti *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 1 2004 s. 79-80 – (TFDNL-2004-79).

Befring, Anne Kjersti: «Rettskilder ved juridiske vurderinger», 23.10.2003, *Tidsskriftet* (<https://tidsskriftet.no/2003/10/rett-og-urett/rettskilder-ved-juridiske-vurderinger/>), sist sjekket 09.12.2019

Helse- og omsorgsdepartementet, «*Snakk om det!*» *Strategi for seksuell helse* (2017–2022) s.13

Helsedirektoratet: «Høring: Veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd», hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/veileder-til-forskrift-om-svangerskapsavbrudd#kontakt>, sist sjekket 09.12.2019

Helsenorge.no: «*Støtte til prevensjon for deg mellom 16 og 22 år*», hentet fra <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/bidragsordning-for-prevensjonsmidler>, sist sjekket 16.02.2019

Håndbok for abortnemndarbeid, revidert utgave 2013, utgitt av Helsedirektoratet

Jusleksikon.no: «Juridisk teori», hentet fra [https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk\\_teori](https://jusleksikon.no/wiki/Juridisk_teori), sist sjekket 09.12.2019

Jusleksikon.no: «Reelle hensyn», hentet fra [https://jusleksikon.no/wiki/Reelle\\_hensyn](https://jusleksikon.no/wiki/Reelle_hensyn), sist sjekket 09.12.2019

Lønnå, Elisabeth: «*Katti Anker Møller*», 28.08.2019, Store Norske Leksikon ([https://snl.no/Katti\\_Anker\\_M%C3%B8ller](https://snl.no/Katti_Anker_M%C3%B8ller)), sist sjekket 20.11.2019

Mette Løkeland Stai, Folkehelseinstituttet, «Fakta om abort (med 2018-tall)», <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk>, sist sjekket 16.11.19

Nesheim, Britt-Ingjerd: «*Tenåringsgraviditet*», 2018, hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/seksuell-helse/aktuelt/tenaringsgraviditet>, sitert 16.11.2019.

Norsk Helseinformatikk: «Dette skjer ved en abort, komplikasjoner», hentet fra <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/svangerskapsavbrudd/?page=3>, sist sjekket 30.10.2019

Norsk Helseinformatikk: «Medikamentell abort», hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/> (Norsk Helseinformatikk), sist sjekket 08.12.2019

Omland, Ruths og Diaz (2014) Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12906>

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, rundskriv fra Helsedirektoratet (kommentar til Pbrl. § 3-4 andre ledd) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer> (sist oppdatert 01.01.2018), (sist sjekket 30.10.19)

Smith, Lucy: «Nyere utvikling i barneretten» (2008), *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 2008 s. 84-95 – (FAB-2008-84)

Statens legemiddelverk: «Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler», hentet fra <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#p-piller-med-%C3%B8strogen-og-levonorgestrel>, sist sjekket 08.12.2019

Statens legemiddelverk: «Kombinasjons-p-pille og risiko for blodpropp», hentet fra <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/kombinasjons-p-pille-og-risiko-for-blodpropp/> (Norsk Helseinformatikk), sist sjekket 08.12.2019

Svein Inge Meland, «Abort: noen våger ikke å snakke med sin egen mor» <https://forskning.no/ntnu-partner-svangerskap/abort-noen-vager-ikke-engang-snakke-med-sin-egen-mor/1293607>, sist sjekket 26.10.2019

Sykehuset Innlandet: «Fagprosedyrer: Svangerskapsavbrudd – spontan, medisinsk og kirurgisk», hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/svangerskapsavbrudd-spontan-medisinsk-og-kirurgisk#Komplikasjoner> (Helsebiblioteket), sist sjekket 05.12.2019

Syse, Aslak: «Barns med- og selvbestemmelsesrett – etter ulike lover», *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernsrettslige spørsmål*, 2017, s.99-105 – (FAB-2017-99)

Ung.no: «Ung.no - oppslagsverket for deg som er ung», hentet fra [https://www.ung.no/diverse/3\\_Ung.no\\_-\\_oppslagsverket\\_for\\_deg\\_som\\_er\\_ung.html](https://www.ung.no/diverse/3_Ung.no_-_oppslagsverket_for_deg_som_er_ung.html), sist sjekket 27.11.2019

World Health Organization (WHO): «*Defining sexual health*», hentet fra [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/), sitert 02.12.2019

## 7.6 Personlig kommunikasjon

E-postkorrespondanse med Synnøve Lian Johnsen 11-14.oktober 2019. Korrespondansen siteres med tillatelse.