

# UNGE KVINNERS HELSE OG RETT TIL SELVBESTEMMELSE

- Om "nødvendig informasjon" i pasientrettighetsloven.



Universitetet i Oslo  
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 687  
Leveringsfrist: 26.11.2012

Til sammen 15 019 ord

19.11.2012



# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
1.1	Presentasjon av oppgaven- tema og problemstilling	1
1.2	Oppgavens struktur og avgrensning	1
1.3	Begrepsavklaring	3
1.4	Rettskildebildet	4
1.5	Rettslig utgangspunkt	4
1.6	Aktualitet	6
<b><u>2</u></b>	<b><u>RETTE TIL SELVBESTEMMELSE</u></b>	<b><u>7</u></b>
2.1	Innhold	7
2.2	Alder og selvbestemmelsesrett	8
2.3	Samtykke til helsehjelp og ”nødvendig informasjon”	9
2.3.1	Modne og veloverveide beslutninger	10
2.3.2	Den seksuelle lavalder og abortloven	11
2.3.3	Behovet for en voksen i en sårbar situasjon	12
2.3.3.1	Organisasjoners betydning	12
2.4	Informasjon til pårørende og ”nødvendig informasjon”	13
<b><u>3</u></b>	<b><u>RETTE TIL NØDVENDIG OG FORSVARLIG HELSEHJELP</u></b>	<b><u>15</u></b>
3.1	Innhold	15
3.2	Retten til nødvendig helsehjelp og ”nødvendig informasjon”	15
3.2.1	Abort i utlandet	16
3.2.1.1	Økonomi	17

<b>3.3</b>	<b>Retten til forsvarlig helsehjelp og ”nødvendig informasjon”</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b><u>TAUSHETSPLIKTEN</u></b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Innhold</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Taushetsplikt og ”nødvendig informasjon”</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b><u>MENNESKERETTSLOVEN</u></b>	<b>23</b>
<b>5.1</b>	<b>EMK</b>	<b>23</b>
5.1.1	Retten til liv – art. 2	23
5.1.2	Respekt for privatliv – art. 8	26
5.1.3	Forbud mot diskriminering- art.14	27
5.1.3.1	Alder	27
5.1.3.2	Religion	28
<b>5.2</b>	<b>Kvinnediskrimineringskonvensjonen</b>	<b>28</b>
5.2.1	Innhold	28
5.2.2	Helseområdet	29
5.2.2.1	Retten til selvbestemmelse	30
5.2.2.2	Retten til fortrolighet og helsehjelp	31
5.2.2.3	Integritet	32
5.2.2.4	Familieplanlegging	33
5.2.3	Utdanning	33
<b>5.3</b>	<b>Barnekonvensjonen</b>	<b>34</b>
5.3.1	Barnets beste	35
5.3.2	Medbestemmelsesrett	36
<b>6</b>	<b><u>”NØDVENDIG INFORMASJON” OG ANDRE BESTEMMELSER</u></b>	<b>38</b>
<b>6.1</b>	<b>Pasientrettighetsloven</b>	<b>38</b>
6.1.1	Barn under 16 år	38
6.1.2	Retten til å medvirke	39
<b>6.2</b>	<b>Barneloven</b>	<b>40</b>
<b>6.3</b>	<b>Abortloven</b>	<b>40</b>

6.3.1	Opplevelsen av manglende valgmuligheter i forhold til abort	41
<b>6.4</b>	<b>Straffeloven</b>	<b>42</b>
<b>6.5</b>	<b>Forslaget til ny grunnlov</b>	<b>43</b>
<b>6.6</b>	<b>Motsatt virkning i forhold til foreldreansvaret</b>	<b>44</b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>REGELEN I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV</u></b>	<b><u>46</u></b>
7.1	Ulik håndtering av bestemmelsen	46
7.2	Valg av pårørende - endring i relasjoner	47
<b><u>8</u></b>	<b><u>SAMMENFATNINGER OG PERSPEKTIVER</u></b>	<b><u>50</u></b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b><u>56</u></b>



## 1 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon av oppgaven- tema og problemstilling

Avhandlingens emne handler om retten til selvbestemmelse i forhold til abort, prevensjon og kjønns sykdommer for unge kvinner i alderen 16-18 år.

En hovedregel i norsk helse rett anfører at opplysninger om egen helse, som utgangspunkt ikke gis foreldrene eller andre med foreldreansvaret dersom pasienten har fylt 16 år.

Det følger flere unntak fra denne hovedregelen. Et av de finnes i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, ”Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.” Her ser vi at bestemmelsen oppstiller et krav til at informasjonen må være ”nødvendig” for at den kan gis til foreldrene.

Det er denne unntaksbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd som danner utgangspunktet for min avhandling. For å belyse denne delen av helse retten har jeg valgt følgende hovedproblemstilling:

Er opplysninger om abort, prevensjon eller kjønns sykdommer hos en 16-18 år gammel kvinne ”nødvendig informasjon”?

### 1.2 Oppgavens struktur og avgrensning

Basert på problemstillingen, vil hovedtyngden i denne avhandlingen knytte seg rundt nødvendighetskravet i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

Lite inngående informasjon om bestemmelsen i rettskildene nødvendiggjør en nærmere undersøkelse av om opplysninger om en 16-18 årings abort, prevensjonsbruk eller kjønns sykdom faktisk er å anse som ”nødvendig informasjon”.

Ved å legge til grunn at informasjon om abort, prevensjon og kjønnsykdommer hos en ung kvinne mellom 16-18 år kategoriseres som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, for deretter å vurdere hvordan denne regelen da ville samsvare med utvalgte bestemmelser og oppfatninger i samfunnet, vil kunne lede frem til en avklaring av om de tre personlige områdene kan anses som ”nødvendig informasjon”.

I første del av avhandlingen foretas en vurdering av hvordan pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, med det skisserte innhold, vil samsvare med noen utvalgte hovedlinjer i norsk helserett, retten til selvbestemmelse, retten til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og taushetsplikten. Videre ses det nærmere på forhold til internasjonal rett, her vil blikket være rettet mot utvalgte deler av EMK, kvinnekonvensjonen og barnekonvensjonen. Deretter fokuseres det på områder i norsk rett som kan ha betydning i vurderingen av om pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd kan ha det skisserte innhold, samt en vurdering av bestemmelsen i lys av nåtidens samfunn. Avslutningsvis gis en oppsummering og vurdering av bestemmelsen gjennom et eget kapittel kalt sammenfatninger og perspektiver.

Abort avgrenses her mot selvbestemt abort opp til 12. svangerskapsuke, prevensjon avgrenses mot p-piller. Som en konsekvens av dette rettes fokuset mot kvinner, og avhandlingen får dermed et kjønnsperspektiv.

Fokuset vil være på tilfeller hvor kvinner i den nevnte aldersgruppe ikke ønsker at informasjon om abort, prevensjon eller kjønnsykdom skal gis til foreldrene, men hvor helsearbeideren likevel gir slik informasjon med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

Det er viktig å huske at kvinner mellom 16-18 år som ønsker at foreldrene skal få informasjon, hele veien på eget initiativ kan gi sine foreldre denne informasjonen uavhengig av innholdet i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

I avhandlingen prøver jeg å se hva slags meninger og holdninger unge kvinner kan tenkes å ha i forhold til de bestemmelser og utfordringer som blir presentert. Jeg



presiserer at dette er generelle antagelser om hva slag meninger og holdninger barn har, sett gjennom voksne øyne, da tidsrammen for avhandlingen var for knapp til å samle inn data fra barn. Jeg vil ha fokus på generell problematikk uten tilleggsvansker, altså jeg vil i det følgende ikke ta stilling til hvordan regelen fremstår ovenfor kvinner med psykiske lidelser etc.

Jeg innehar ikke den nødvendige informasjon til å vurdere om regelen faktisk benyttes i tilfeller knyttet til abort, prevensjon og kjønnsykdommer i vår helserett. Den videre fremstillingen fokuserer derfor ikke på om den faktisk praktiseres i de gitte situasjoner, men konsekvensene av å ha en slik bestemmelse i forhold til annen gjeldende rett, og i lys av nåtidens samfunn.

### 1.3 Begrepsavklaring

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd anfører at ”nødvendig informasjon” skal gis til foreldrene eller de med foreldreansvaret. I det følgende benyttes ordet foreldre som fellesbetegnelse både på de som er foreldre og de som har foreldreansvar.

En pasient er etter pasientrettighetsloven § 1-3 litra a definert som ”... en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;”.

Som pasientens pårørende etter pasientrettighetsloven § 1-3 litra b regnes ”... den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten ...”. Videre oppstiller bestemmelsen en lang liste av personer det tas utgangspunkt i.

Pasientrettighetsloven har ingen informasjon om hva som ligger i begrepet foreldreansvar, men bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd henviser til barnelovens kapittel 5. Det synes derfor naturlig å legge til grunn barnelovens redegjørelse av begrepet.

Det følger av barnelovens § 30 at ”Barnet har krav på omsut og omtanke frå dei som har foreldreansvaret. Dei har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege tilhøve innanfor dei grensene som §§ 31 til 33 set. Foreldreansvaret skal utøvast ut frå barnet sine interesser og behov.”

Foreldreansvaret varer frem til barnet er myndig<sup>1</sup>, myndighetsalderen i Norge er 18 år jf. vergemålslovens § 1. Etter at barnet har fylt 18 år opphører derfor foreldreansvaret juridisk sett.

#### 1.4 Rettskildebildet

Etter å ha søkt å finne begrunnelser for regelen, er resultatet jeg sitter igjen med snevert. Lovteksten legger opp til en skjønnsmessig vurdering hos lovanvender, og forarbeidene til denne bestemmelsen er etter mitt syn ikke utfyllende.

I teorien synes det mange steder som om man har vært redd for å ta ett ”dypdykk” ned i bestemmelsen, og derfor blir den tidvis bare overfladisk behandlet. De eneste jeg har funnet som har behandlet regelen noe mer inngående er professor ved Det juridiske fakultetet ved Universitetet i Bergen, Henriette Sindig Aasen<sup>2</sup> og en tidligere mastergradsavhandling skrevet av Kjerstin Haugenes Loland<sup>3</sup>.

#### 1.5 Rettslig utgangspunkt

Legalitetsprinsippet, som oppstiller et krav til lovhjemmel for å kunne gripe inn i borgernes rettssfære, gjelder også på alle områder innenfor norsk helserett.

Alle i vårt samfunn har som utgangspunkt en rett til å bestemme over seg selv, også i spørsmål som gjelder egen helse. I vårt møte med helsevesenet ivaretas denne retten gjennom reglene om samtykke.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Syse (2009) s.278

<sup>2</sup> Aasen (2008)

<sup>3</sup> [www.duo.uio.no](http://www.duo.uio.no)

<sup>4</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s.77

Det følger av forarbeidene til pasientrettighetsloven at hensikten med å ta inn en slik bestemmelse som den vi har i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, var å sikre at det ikke skulle oppstå motstrid mellom selvbestemmelsesretten og foreldreansvaret.<sup>5</sup> Bestemmelsen legger opp til at det er lovanvender som må foreta en avveining, og denne avveiningen baserer seg på hva som er ”nødvendig informasjon” ifølge lovteksten. På den ene siden har vi selvbestemmelsesretten, og på den andre siden har vi foreldreansvaret. Hvem av de som ”vinner” avhenger av om informasjonen kan kategoriseres som nødvendig eller ikke nødvendig.

Hva gjelder innholdet i ”nødvendig informasjon”, fremkommer det av forarbeidene at informasjon som man anser som nødvendig i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd kan være eksempler på opplysninger om selvmordsfare, innleggelse på grunn av livstruende tilstander, alvorlig spiseforstyrrelse og informasjon om hvor barnet befinner seg o.l.<sup>6</sup> Dette er også eksempler som går igjen i teorien.

Ut fra disse opplistede eksemplene, ser vi at det er tale om tilfeller av temmelig alvorlig karakter. Abort, kjønnssykdom eller prevensjonsbruk kan ikke sies å gå inn under en så alvorlig kategori som de tilstander som her er nevnt. Derfor kunne det synes, på bakgrunn av de tilfeller forarbeidene og teori lister opp, at abort prevensjon eller kjønnssykdommer ikke kvalifiserer til å være det man i loven kaller ”nødvendig informasjon”. Likevel er det uttalt at dette bare er eksempler, og det er derfor ingen uttømmende liste.

Det legges også opp til at man må vurdere hvert tilfelle konkret for å se om informasjon skal gis.<sup>7</sup> Forarbeidene gir derfor ingen fyldig innsikt i hva som ligger i ”nødvendig informasjon” og hvor langt dette begrepet kan strekkes. Derfor mener jeg det er et behov for å vurdere om de tre angitte områdene kan anses som ”nødvendig informasjon”.

---

<sup>5</sup> Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s.132

<sup>6</sup> Syse (2009) s. 278

<sup>7</sup> Syse (2009) s. 278

## 1.6 Aktualitet

I løpet av årets to første måneder var unge kvinners muligheter til å skaffe seg p-piller med på å prege nyhetsbildet.<sup>8</sup> Gjentatte ganger kunne vi se avisoverskrifter og høre diskusjoner på tv og i radio som førte til intense debatter. I tillegg var det i flere uker debatter rundt legers adgang til å reservere seg mot abort<sup>9</sup>, og det ble i løpet av årets andre måned lagt frem en oversikt over utførte aborter i 2011. Oversikten viste at antall aborter går ned.

Både prevensjon og abort er stadig gjenstand for diskusjon i det offentlige rom, og i forbindelse med disse diskusjonene blåses det på nytt liv i debatten omkring voksnes rett til å involvere seg i avgjørelser knyttet til disse områdene. Nettopp på grunn av sin personlige og intime karakter, tror jeg dette er temaer som til stadighet skaper sterke meninger og engasjerer.

---

<sup>8</sup> [www.nrk.no/nett-tv](http://www.nrk.no/nett-tv)

<sup>9</sup> [www.vg.no](http://www.vg.no)

## 2 RETTEN TIL SELVBESTEMMELSE

### 2.1 Innhold

Uttrykkene autonomi og selvbestemmelse benyttes ofte om hverandre. I helserettslig sammenheng menes selvbestemmelse/autonomi som den retten et individ har ”... til å avgi et eget gyldig samtykke til helsehjelp jf. pasientrettighetsloven § 4.1 første ledd”.

<sup>10</sup> Selvbestemmelsesretten kommer altså til uttrykk gjennom bestemmelsene om samtykke, da loven ikke benytter ordet selvbestemmelse. Utgangspunktet etter pasientrettighetsloven § 4-1 er at helsehjelp bare kan gis dersom pasienten samtykker, med mindre loven sier noe annet. Det følger også et krav til samtykke fra pasienten før informasjon til pasientens nærmeste pårørende kan gis jf. pasientrettighetsloven § 3-3 første ledd.

På bakgrunn av dette fremstår det derfor klart at selvbestemmelsesretten er en hovedregel av avgjørende betydning, som står svært sentralt i norsk helserett. Dette fremkommer også i teorien.

Warberg deler selvbestemmelsen inn i tre faser: startfasen, fasen hvor undersøkelse og behandling tar til, og fasen som gjelder selvbestemmelse underveis i behandlingen. Selvbestemmelsen trår i kraft ved startfasen og varer gjennom alle tre fasene. <sup>11</sup>

Det motsatte av selvbestemmelse er tvang, dette gir assosiasjoner som kan gjøre det enklere å tegne seg et bilde av hva egentlig selvbestemmelse innebærer. I den forbindelse er det viktig å merke seg at vi har flere bestemmelser i helseretten som gir hjemmel for tvang, og således resulterer i at selvbestemmelsen ikke gjelder ubetinget. I gitte situasjoner har helsearbeideren lov til å gripe inn uavhengig av om pasienten har blitt informert og avgitt sitt samtykke, dette vil typisk være i akutte situasjoner hvor

---

<sup>10</sup> Assen (2008) s. 17

<sup>11</sup> Warberg (2011) s. 78

pasienten ikke er samtykkekompetent. Warberg kaller dette et paternalistisk hjelpeprinsipp.<sup>12</sup>

Det følger av pasientrettighetsloven § 4-3 litra b at pasienter har samtykkekompetanse etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser. Som et resultat av dette er utgangspunktet at alle over 16 år er gitt en rett til selvbestemmelse i helserettlig sammenheng. Vi kan derfor si at den helserettslige myndighetsalderen er 16 år, men som vi skal se både heves og senkes denne alderen som et resultat av ulike bestemmelser, slik som eksempelvis pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

## 2.2 Alder og selvbestemmelsesrett

I tilfeller der barnet selv er i stand til å ivareta sine interesser og fatte fornuftige avgjørelser, faller begrunnelsen mot selvbestemmelse bort.<sup>13</sup> Her ser vi at begrunnelsen for at lovgiver hever eller senker alderen i forhold til selvbestemmelsesretten, er fordi vedkommende mener at pasienten på grunn av sin alder ikke alltid er i stand til å treffe fornuftige avgjørelser, og derfor er avhengig av sine foreldre eller en andre voksne for å kunne gjøre dette.

På helserettens område har vi noen bestemmelser som setter en høyere alder enn 16 år for retten til selvbestemmelse. I forhold til transplantasjon, har lovgiver satt en aldersgrense på 18 år for å kunne samtykke til transplantasjon jf. transplantasjonsloven § 1. I tillegg gjelder dette også selvbestemmelsesretten i spørsmål om sterilisering. Dersom en person ønsker å sterilisere seg kan vedkommende først begjære dette etter fylte 25 år jf. steriliseringsloven § 2.

Loggiver har også på noen områder valgt å sette ned aldersgrensen i forhold til selvbestemmelsesretten. Barn under 16 år har i kraft av loven på flere områder selvbestemmelsesrett. Arbeidsmiljøloven § 11-1 åpner for at barn kan ta seg arbeid fra de er 15 år. Det følger også av barneloven § 32 en rett for barn til selv å avgjøre

---

<sup>12</sup> Warberg (2011) s. 78

<sup>13</sup> Smith (1993) s. 80

spørsmål angående utdanning og medlemskap i foreninger når de har fylt 15 år. Den kriminelle lavalder er 15 år jf. straffeloven § 46, barn kan da bli straffet for kriminelle handlinger når de når denne alderen.

Samlet sett ser vi at barn som har fylt 15 år innehar flere rettigheter og plikter, og en stadig større rett til selvbestemmelse på utvalgte områder.

I forhold til transplantasjon og sterilisering, økes alderen i forhold til selvbestemmelse på grunn av at lovgiver mener pasienten må oppnå en vis alder for å kunne treffe modne og fornuftige beslutninger om dette. Og på de nevnte områder som senker alderen i forhold til selvbestemmelsesretten, har lovgiver ment at barn kan treffe modne og fornuftige avgjørelser på disse områdene før de har fylt 16 år. Betyr dette at vi bare skal avfeie barns selvbestemmelse på områder hvor loven er taus? Fordi vi anser taushet som et tegn på at barnet ikke kan treffe veloverveide og fornuftige beslutninger på disse tause områdene?

Gording Stang mener det fortsatt finnes de som mener at rettigheter ikke passer for barn. Hun mener at ”slike holdninger kan langt på vei bygge på feilaktige forestillinger om barns liv, deres evne, vilje og kompetanse til å delta, og et beskyttende regelverk som fremmer deres interesser.”<sup>14</sup>

Selv om barn ikke er gitt en selvbestemmelse på områder i kraft av en bestemmelse, trenger dette likevel ikke å bety at barnet ikke skal ha selvbestemmelse her, nettopp av grunner som Gording Stang har beskrevet. Dette kan resultere i at barn mister selvbestemmelse på mange arenaer hvor de er kompetente til å ha selvbestemmelsesrett.

### 2.3 Samtykke til helsehjelp og ”nødvendig informasjon”

Følgene av at pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd anser opplysninger om abort, prevensjon eller kjønnssykdommer hos 16-18 åringer som ”nødvendig informasjon”, vil kunne føre til at unge kvinners selvbestemmelsesrett i forhold til helsehjelp tilsidesettes. Begrunnelsen for dette vil jeg komme nærmere inn på senere i dette kapittelet.

---

<sup>14</sup> Gording Stang (2007) s. 71

I det følgende ses det nærmere på om denne tilsidesettelsen av selvbestemmelsesretten på de angitte områder, kan forsvares ut fra ulike type hensyn som nødvendiggjør en innskrenking av selvbestemmelsesretten. Vi vil da kunne se om disse hensynene kan legitimere tilsidesettelsen av selvbestemmelsesretten, som skjer som følge av pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

Som nevnt ligger det i ordet selvbestemmelse i helserettslig sammenheng en rett til selv å samtykke til helsehjelp. Mange vil nok lese pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd slik at den bare gir foreldrene en rett til informasjon for å kunne ivareta foreldreansvaret, ingen rett til å samtykke. Således kunne man si at bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd var uproblematisk i forhold til selvbestemmelsesretten til helsehjelp for en ung kvinne mellom 16-18 år.

På den annen side kan bestemmelsen derimot være problematisk i forhold til selvbestemmelsesretten en 16 år gammel kvinne som utgangspunkt har. Foreldrene til en ung kvinne som eksempelvis får informasjon om datters graviditet, vil i mange tilfeller kunne forsøke å påvirke datterens samtykke. Konsekvensene av dette kan bli at samtykke til helsehjelp som kvinnen gir, ikke ”tilhører” henne men foreldrene. Man kan også samtidig stille spørsmålstegn ved hvorfor man ønsker å ha en bestemmelse som gir en rett til informasjon, dersom man ikke samtidig ønsker at vedkommende som får denne informasjonen skal kunne involvere seg i avgjørelser eller påvirke den mindreårige?

### 2.3.1 Modne og veloverveide beslutninger

Når man skal vurdere om den unge kvinnen kan treffe beslutninger, skal det legges vekt på om kvinnen er på et stadium i livet der hun selv har evnen til å treffe modne og veloverveide beslutninger i spørsmål om egen helse, og forstå konsekvensene av dette.

<sup>15</sup> I teorien synes det som om barn er avhengig av foreldrene for å treffe slike modne og fornuftige beslutninger. Vurderingen blir derfor om en ung kvinne er avhengig av sine foreldre for å treffe fornuftige og modne beslutninger i forhold til abort, prevensjon og

---

<sup>15</sup> Warberg (1998) s. 12



kjønns sykdom, samt forstå konsekvenser av valgene som blir tatt i forbindelse med disse tre sensitive temaene.

I spørsmål som knytter seg til abort, prevensjon og kjønns sykdommer er en 16 åring ikke nødvendigvis avhengig av sine foreldre for å kunne fatte modne og fornuftige beslutninger på de angitte områder, i den grad man kan definere hva som er modne og fornuftige beslutninger i forhold til prevensjon og abort. Dette synspunktet underbygges av det faktum at vi både har en bestemmelse i norsk rett som setter den seksuelle lavalder til 16 år, samt en abortlov som gir en 16 åring rett til selvbestemt abort. I tillegg finnes det alternativer til foreldrene for at den unge kvinnen skal kunne treffe en moden og fornuftig beslutning, hvor hun forstår konsekvensene av sitt valg.

### 2.3.2 Den seksuelle lavalder og abortloven

Den seksuelle lavalder i Norge er 16 år jf. straffeloven § 196. Lovgiver har derfor ment at kvinner over 16 år innehar den nødvendige modenhet som gjør at hun kan treffe fornuftige og veloverveide avgjørelser om seksualitet, samt forstå konsekvensene av disse.

Abort, p-piller og kjønns sykdommer må kunne sies å ha en naturlig sammenheng med den seksuelle omgangen som loven tillater en kvinne i alderen 16-18 år selv å bestemme over. Man kan derfor spørre hvorfor foreldre skal kunne informeres om resultatet av kvinnens seksuelle aktivitet når de etter loven ikke har en rett til å blande seg inn i retten til å ha seksuell omgang? Dette er klart et argument for at disse områdene ikke kan sies å være ”nødvendig informasjon”.

I tillegg har vi også, som nevnt, en abortlov her i Norge som tillater kvinner selv å kunne fremsette begjæring om abort fra de har fylt 16 år. Lovgiver har derfor ment at en kvinne i denne alderen selv kan treffe modne og fornuftige avgjørelser i forhold til abort. Hun har derfor full rett til selvbestemmelse i forbindelse med avgjørelser på dette området, uten involvering av foreldrene.

### 2.3.3 Behovet for en voksen i en sårbar situasjon<sup>16</sup>

Ofte opplever kvinnen at hun befinner seg i en vanskelig og sårbar situasjon når hun skal ta stilling til abort, prevensjon og andre personlige tema av slik intim karakter. Og dette kunne begrunne et behov for å informere foreldrene slik at de kunne støtte datteren i hennes vanskelige situasjon<sup>17</sup>.

Hvordan kan det å informere foreldrene mot kvinnens vilje skulle kunne begrunnes ut fra hensynet til at den unge kvinnens situasjon skal bedres? Dette kan heller ha motsatt effekt, og faktisk medføre at kvinnen opplever situasjonen enda vanskeligere enn den i utgangspunktet var, nettopp fordi det for mange vil kunne skape frykt for eksempelvis sterke reaksjoner fra foreldrene. Og dersom noen mener at kvinnen bestemt har et behov for en voksen i slike situasjoner, hvorfor skal det følge en automatikk i at det er kvinnens foreldre som skal dekke dette behovet? Se nærmere kapittel 7.2. Hva med andre aktører i vårt samfunn?

#### 2.3.3.1 Organisasjoners betydning

I vårt samfunn kan man i dag si at ungdom generelt er godt opplyst om seksualitet. Opplysningene blir gitt i form av at det gis seksualundervisning i grunnskolen i tillegg til at stadig flere organisasjoner opptre i det offentlige rom med prevensjonsveiledning etc. Sex og samfunn, og rfsu er organisasjoner som kan nevnes. Disse organisasjonene åpner for at unge kan søke råd hos sine medarbeidere.

Slike organisasjoner viser at det finnes alternativer til foreldrene for unge kvinner som stilles ovenfor dilemma i spørsmål om egen seksualitet. Hos organisasjonene kan den unge kvinnen søke råd og støtte. Organisasjonene har gode kunnskaper på sine områder, og i tillegg har de ikke noe forhold til barnet slikt at de kan gi råd upåvirket av egne holdninger og meninger.

Ved å henvende seg til en slik organisasjon kan en umoden jente på 17 år få veiledning slik at hun kan treffe en moden og fornuftig beslutning i forhold til de angitte temaene. Således kan man hevde, ut fra den begrunnelse at kvinnen trenger råd og støtte fra

---

<sup>16</sup> Sandberg (2012) s. 1

<sup>17</sup> Warberg (1998) s. 5

foreldrene for å treffe modne og fornuftige avgjørelser i forbindelse med abort og prevensjon, at dette behovet kan ivaretas på alternative måter som ikke nødvendigvis innebærer involvering av foreldrene.

Det faktum at foreldrene noen ganger kan være de riktige til å gi støtte når deres 16 år gamle datter skal ta stilling til eksempelvis abort undervurderes ikke, men dette kan ikke gjelde ubetinget og således gi grunnlag for å overkjøre selvbestemmelsesretten unge kvinner er gitt etter loven, når kvinnen ikke ønsker at foreldrene skal få informasjon. Organisasjoner kan være et godt alternativ i tilfeller der helsearbeideren mener det er nødvendig å informere foreldrene på bakgrunn av at kvinnen ikke kan treffe en moden og fornuftig beslutning, da organisasjoner kan bidra med informasjon og veiledning uten at selvbestemmelsesretten blir krenket.

I tillegg er det også av betydning at alle i forbindelse med abort, prevensjon og kjønns sykdommer her i Norge må oppsøke helsevesenet for hjelp. Man må da kunne anta at helsearbeideren, som kvinnen henvender seg til, innehar den nødvendige kompetanse til å veilede kvinner i denne aldersgruppen slik at hun kan ta avgjørelser basert på fornuft og modenhet, samt forstå konsekvensene av sine valg.

Opplysninger om unge kvinners abort, prevensjon og kjønns sykdom kan ikke anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3.4 tredje ledd i forhold til reglene om samtykke til helsehjelp, på bakgrunn av drøftelsen ovenfor. Da jeg ikke kan se at lovgivers begrunnelse for å tilsidesette selvbestemmelsesretten i forhold til helsehjelp får anvendelse på spørsmål som gjelder abort, prevensjon og kjønns sykdom hos den nevnte aldersgruppe.

#### 2.4 Informasjon til pårørende og ”nødvendig informasjon”

Det følger av pasientrettighetsloven § 3-3 at informasjon til pasientens nærmeste pårørende skal gis dersom pasienten samtykker til det.

Også her ser vi at det som utgangspunkt stilles krav til at samtykke må avgis før pårørende kan informeres. Pasienter har derfor en selvbestemmelsesrett til selv å

bestemme om sine pårørende skal få informasjon, med visse unntak som følger av bestemmelsens første ledd og annet ledd.

Slike unntakstilfeller vil være i situasjoner hvor forholdene tilsier det, og hos pasienter over 16 år som "... åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming...". Det fremkommer av forarbeidene at lovgiver med "forholdene tilsier det" sikter til tilfeller hvor pasienten er bevistløs eller psykisk forstyrret.<sup>18</sup> Disse unntakene som loven oppstiller viser at kravet til samtykke i slike spørsmål ikke er absolutt.

Slik pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd fremstår tas det ikke hensyn til kvinnens egne ønsker og meninger rundt spørsmålet om pårørende skal ha informasjon. Denne bestemmelsen skyver kvinnens selvbestemmelse til side i spørsmål om pårørende skal ha informasjon. Selvbestemmelsesretten til den unge kvinnen i dette spørsmålet utvaskes av pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, som gir helsearbeideren en informasjonsplikt ovenfor foreldrene uavhengig av om kvinnen har samtykket til dette eller ikke.

På bakgrunn av dette mener jeg § 3-4 tredje ledd harmonerer dårlig med denne bestemmelsen, dersom man anså opplysninger om abort, prevensjon eller kjønnssykdom som "nødvendig informasjon", og derfor informerte foreldrene til den unge kvinnen uten at hun hadde avgitt et samtykke til dette.

---

<sup>18</sup> Syse (2009) s. 273

### **3 RETTEN TIL NØDVENDIG OG FORSVARLIG HELSEHJELP**

#### **3.1 Innhold**

Hovedregelen hva gjelder retten til nødvendig helsehjelp er regulert i pasientrettighetsloven kapittel 2. Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 litra a og § 2-1 litra b, en rett til nødvendig helsehjelp både fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten. Den nødvendige helsehjelp omfavner også blant annet en rett til øyeblikkelig hjelp jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 første ledd.

Hva gjelder innholdet i helsehjelpen, fremkommer det av pasientrettighetsloven § 1-3 litra c at dette er handlinger som blant annet har forebyggende, behandlende, helsebevarende, og pleie- og omsorgsformål.

Som vi ser av lovteksten stilles det et krav om at helsehjelpen er nødvendig for at man skal ha en rett til den.<sup>19</sup> Nødvendighetskravet legger listen forholdsvis høyt fra lovgivers side.

Innebakt i retten til nødvendig helsehjelp ligger det også en rett for pasientene, og en plikt for helsearbeiderne, til at helsehjelpen som ytes og mottas skal være forsvarlig jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Dette forsvarlighetskravet er meget viktig i norsk helserett.<sup>20</sup>

#### **3.2 Retten til nødvendig helsehjelp og "nødvendig informasjon"**

Det fremkommer av forarbeidene til pasientrettighetsloven at "Begrepet 'nødvendig helse- og omsorgstjenester' skal tolkes slik at den gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering

---

<sup>19</sup> Warberg (2001) s. 95

<sup>20</sup> Kjønstad (2007) s. 219

av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret.”<sup>21</sup>

Forarbeidene angir ikke konkret hva slags type tjenester som kategoriseres som nødvendig helsehjelp. Jeg går ikke nærmere inn på denne drøftelsen her, men antar at veiledning om prevensjon, behandling av kjønns sykdommer, og utførelse av og veiledning om abort klart går inn under betegnelsen helsehjelp. Jeg legger også til grunn at helsehjelp i forbindelse med disse områdene antas å fylle nødvendighetskravet i loven. Unge kvinner som oppsøker helsearbeideren i forbindelse med abort, prevensjon eller kjønns sykdommer har således en rett til nødvendig helsehjelp på disse områdene.

Det å sikre borgerne en nødvendig helsehjelp er et av de virkelige høytstående prinsipper i helseretten. Dette er det også bred enighet om i teorien.

Kan pasientrettighetslovens § 3-4 tredje ledd være en trussel mot retten til nødvendig helsehjelp, dersom man anså opplysninger om abort som ”nødvendig informasjon”?

### 3.2.1 Abort i utlandet

Mange unge kvinner i aldersgruppen 16- 18 år reiser mye rundt i verden uten sine foreldre, enten det er i forbindelse med utveksling eller ferie-/opplevelsesturer.

Ved å ha en bestemmelse som den vi har i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, kan man risikere at disse kvinnene i stedet oppsøker helsetjenester i utlandet for å få utført en abort, for på denne måten å unngå at foreldrene skal få informasjon om deres graviditet.

Ved å få gjennomført en abort løper kvinnen en risiko uavhengig av om aborten utføres her i Norge eller i utlandet.

Det er ofte tale om et kirurgisk inngrep hvor risikoen for komplikasjoner er til stede, et eksempel som kan nevnes er punktering av livmor.<sup>22</sup> Det kan også oppstå

---

<sup>21</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 515

<sup>22</sup> [www.nettdoktor.no](http://www.nettdoktor.no)

komplikasjoner i form av allergiske reaksjoner på inntatte medikamenter i forbindelse med medisinsk abort.

I tilfeller hvor kvinner velger å dra til utlandet for å få utført abort, i frykt for at foreldrene informeres, kan hun risikere å få sykdommer som følge av mangel på hygiene. Legen kan mangle autorisasjon, og således ikke yte kvinnen kvalifisert helsehjelp med de følger dette kan medføre.

Det finnes jo en risiko for at dette kan skje i Norge også, men det er irrelevant her. Det som er relevant å få frem her, er at bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, vanskelig kan ha det skisserte innhold vis en konsekvens av dette blir at kvinner føler seg tvunget til å dra til utlandet for å få utført abort, og at kvinnen således ikke tør å motta den nødvendige helsehjelpen som vedkommende har krav på her i Norge.

Aasen mener, i forbindelse med tolkningen av bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 annet ledd, at det er ” naturlig å forstå loven slik at dersom den unge gir uttrykk for at hun eller han ikke ønsker at foreldrene orienteres, og viser til en plausibel grunn, vil dette i utgangspunktet være tilstrekkelig. Det kan ikke kreves for mye, idet dette vil kunne undergrave formålet med bestemmelsen, nemlig å sikre at mindreårige får den helsehjelp de trenger og etter loven har krav på.”<sup>23</sup> Dette synspunktet som Aasen gir uttrykk for i forbindelse med § 3-4 annet ledd (som omhandler pasienter mellom 12-16 år) må også gjelde i tilfeller hvor pasienten er over 16 år, da man vanskelig kan ha en bestemmelse som ikke respekterer den unge kvinnens synspunkter angående pårørendeinvolvering. Og resultatet av dette blir at vedkommende ikke tør motta den nødvendige helsehjelp som hun har krav på etter loven.

### 3.2.1.1 Økonomi

Kvinner kan som vist i 3.2.1 føle seg tvunget til å måtte dra til utlandet for å få utført et abortinngrep. I forlengelse av dette dukker det opp et nytt problematisk aspekt ved å gi pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd det skisserte innhold.

---

<sup>23</sup> Aasen (2008) s. 12

Det koster penger å foreta en slik reise. Eksempelvis koster det mellom 6 000 – 12 000 kr for å dra til Sverige for å få utført en abort etter 12. svangerskapsuke, avhengig av hva slags type inngrep som velges.<sup>24</sup>

Det antas at en abort før 12.svangerskapsuke ikke medfører like store kostnader, men likevel ser vi at man er avhengig av penger for å skulle få utført aborten et annet sted, og således unngå bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, dersom den skal ha det skisserte innhold.

Resultatet blir her at abort er blitt en tjeneste som kan kjøpes for penger i utlandet, med de konsekvenser dette medfører i forhold til ulik økonomi i befolkningen. Kvinner med god økonomi kan reise til utlandet for å forhindre at foreldrene får opplysninger om graviditeten, mens en ung kvinne med dårlig økonomi ikke har den samme muligheten til å unngå den norske bestemmelsen i pasientrettighetsloven. Her ser vi at kvinnene ikke vil ha like muligheter til abort som følge av det økonomiske aspektet som bestemmelsen med det skisserte innhold kan tenkes å skape. Dette samsvarer dårlig med retten alle har til nødvendig helsehjelp, herunder abort.

Jeg mener på bakgrunn av det vi i det foregående har sett, at pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd kan være en trussel mot unge kvinners rett til nødvendig helsehjelp dersom man anså abort som ”nødvendig informasjon”.

### 3.3 Retten til forsvarlig helsehjelp og ”nødvendig informasjon”

”Forsvarlighetskravet omfatter helsepersonells atferd i tjenesten i sin alminnelighet. Den er således ikke bare en teknisk-faglig, men også en etisk standard. Helsepersonell plikter bl. a å oppføre seg hensynsfullt og ordentlig overfor pasientene.”<sup>25</sup>

Kan man påstå at kravet til forsvarlighet ikke blir ivaretatt dersom man anså informasjon om abort, prevensjon eller kjønns sykdom som ”nødvendig informasjon”? Dette kan illustreres gjennom et eksempel.

---

<sup>24</sup> www.dagbladet.no

<sup>25</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 38



En ung kvinne på 16 år har blitt gravid. Hun ønsker ikke å beholde barnet, men vet at dersom foreldrene får vite om hennes graviditet vil hun bli nektet abort, da hennes foreldre er sterke motstandere av dette. Hun tør ikke oppsøke norsk helsevesen, fordi hun er redd at helsearbeideren skal informere foreldrene med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Hun betror seg til en nær venninne. Etter å ha lest litt på internett blir de enige om å bestille en "jentetur" til Tyrkia. Hensikten med ferien er å få utført en abort. Hun oppsøker en abortklinikk med uverdige forhold. Helsearbeiderne der snakker dårlig engelsk og har ikke mulighet til å forklare jenta detaljene i det som nå skal skje. Hygienen på klinikken er dårlig, og legene har ikke gyldig legelicens. Den unge kvinnen får utført abort, uten at foreldrene får vite noe, men kan man si at hun har fått forsvarlig helsehjelp?

Man kan også stille spørsmålstegn ved hvordan man kan si at en helsearbeider har opptrådt hensynsfullt når vedkommende ikke tar hensyn til den unge kvinnens ønske om å holde sine foreldre utenfor, og følgene av dette blir at hun havner i opprivende diskusjoner og krangler med sine foreldre?

En helsearbeider er forpliktet til å yte forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven § 4, og pasienter både forventer og har en rett på å få forsvarlig helsehjelp. Da kan vi ikke ha en bestemmelse som resulterer i at unge kvinner ikke våger å oppsøke helsevesenet for å motta den forsvarlige helsehjelpen hun har krav på, men som da i stedet velger andre ugunstige løsninger. Eksempler som kan nevnes er reising til andre land for å få utført abort, unnlattelse av å oppsøke helsetjenesten for å søke behandling for kjønnssykdommer, ha seksuell omgang uten prevensjon etc.

Også i forhold til retten til forsvarlig helsehjelp ser vi derfor at opplysninger om abort, prevensjon og kjønnssykdommer hos en 16-18 år gammel ung kvinne vanskelig kan anses som "nødvendig informasjon", da dette vil samsvare dårlig med retten som alle har til forsvarlig helsehjelp.

## 4 TAUSHETSPLIKTEN

### 4.1 Innhold

Utgangspunktet og hovedregelen hva gjelder taushetsplikt i helsesektoren reguleres av helsepersonelloven. Det følger av helsepersonelloven § 21 at ”Helsepersonell skal 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.”

I forarbeidene til helsepersonelloven § 21 uttrykker lovgiver at formålet med reglene om taushetsplikt ”... er å verne pasientens integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjeneste og helsepersonell. Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at pasienter unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp. Pasienten skal føle seg trygg på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsetjenesten ikke nyttes i andre sammenhenger.”<sup>26</sup> I formålsbestemmelsen til pasientrettighetsloven fremkommer det også at lovens bestemmelser skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten.<sup>27</sup>

Vi ser at forarbeidene gir uttrykk for flere viktige hensyn som bestemmelsen om taushetsplikt skal ivareta, og disse hensynene fremstår som de helt grunnleggende elementer for at vi skal ha et velfungerende helsevesen. Likevel, i noen tilfeller godkjenner loven at denne taushetsplikten tilsidesettes på grunn av andre hensyn, slik som eksempelvis skjer som følge av bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

---

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 227

<sup>27</sup> Pasientrettighetsloven § 1-1

## 4.2 Taushetsplikt og "nødvendig informasjon"

Dersom opplysninger om prevensjonsbruk, abort eller kjønnsykdommer hos en 16-18 år gammel kvinne er "nødvendig informasjon" i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, fremstår det klart at helsearbeiderens taushetsplikt må vike for at foreldreansvaret skal kunne ivaretas. Helsearbeideren gir opplysninger mot den unge kvinnens ønske. Dette harmonerer dårlig med forarbeidene til regelen om taushetsplikt, som sier at i tilfeller hvor det foreligger motstrid mellom hva slag informasjon som skal gis til pårørende, og en pasients ønske om at denne informasjonen ikke skal gis, skal utgangspunktet være at taushetsplikten går foran.<sup>28</sup>

Mange unge kvinner opplever det nok svært vanskelig å snakke med sine foreldre om abort, prevensjon og kjønnsykdommer. Fordi vi har reglene om taushetsplikt våger mange unge kvinner å ta kontakt med helsevesenet for å søke råd og veiledning. Dersom pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd skal ha det skisserte innhold blir som nevnt en følge av dette at taushetsplikten tilsidesettes. Dette kan igjen medføre at kvinner ikke velger å oppsøke helsevesenet i frykt for at foreldrene skal få informasjon om seksuallivet deres. Effektene av dette vil kunne ha store negative konsekvenser for den nevnte aldersgruppe.

Et eksempel kan være en 16 år gammel kvinne med klamydia som ikke oppsøker legen, i frykt for at vedkommende med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd tilsidesetter taushetsplikten, og gir foreldrene indirekte informasjon om hennes seksualliv. Konsekvensene ble her, som vi så, at hun ikke våget å søke lege for behandling, og unnlatt behandling kan medføre en risiko for infertilitet.

En 16 år gammel kvinne oppsøker helsestasjonen på skolen for å skaffe seg p-piller. Hun frykter at helsearbeideren med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, skal kontakte foreldrene dersom hun opplyser om hjerte-og kar sykdommene i familien. Den unge kvinnen unnlater derfor å informere om dette i sitt møte med helsearbeideren.

---

<sup>28</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 73

Resultatet blir at kvinnen får p-piller, selv om hun av medisinske grunner ikke skulle hatt det.

Begge eksemplene illustrer viktigheten av å sikre og ivareta fortroligheten.

Det er nødvendig for å kunne skape et tillitsforhold mellom pasient og helsearbeider, at en kvinne i denne aldersgruppen kan oppsøke helsetjenesten med slike private spørsmål og problem, uten å måtte frykte at helsearbeideren skal informere foreldrene. Dersom ikke dette tillitsforholdet er til stede mellom helsearbeider og pasient kan det, som vi har sett i eksemplene, by på utfordringer. I tillegg kan det skape vegring mot å oppsøke helsehjelp, noe som også samsvarer dårlig med den grunnleggende retten alle har til nødvendig helsehjelp. Kvinnen kan også føle seg nødt til å velge andre ugunstige løsninger, slik som å oppsøke abortklinikk i utlandet.

Det foregående belyser viktigheten av at pasient og helsearbeider skaper et tillitsforhold basert på fortrolighet, og dette tillitsforholdet kan ses som selve grunnsteinen for å kunne yte god helsehjelp. Derfor kan jeg ikke se at abort, prevensjon eller kjønns sykdom kan anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, da dette resulterer i at taushetsplikten må vike på områder hvor denne taushetsplikten er umistelig.

## 5 MENNESKERETTSLOVEN

Gording Stang mener grunnrettigheter henger sammen med menneskerettigheter. Eksempler på slike grunnrettigheter som er nedfelt i menneskerettskonvensjonene nevnes ” retten til liv, verdighet og integritet, helse, omsorg og ikke-diskriminering.”<sup>29</sup> Bestemmelser i norsk rett må tilpasses og justeres slik at alle disse grunnrettighetene som Stang nevner blir ivaretatt, ellers vil vi kunne komme på kanten med menneskerettighetene. Oppstår det en rettskollisjon mellom norsk rett og menneskerettighetene, følger det av menneskerettsloven § 3 at konvensjonene da skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning. Denne forrangsretten gir menneskerettighetene en sterk posisjon i nasjonal rett. Det vil derfor være av interesse å se hvordan bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd vil harmonere med noen utvalgte bestemmelser i menneskerettsloven, dersom opplysninger om abort, prevensjon og kjønnssykdommer hos en kvinne mellom 16-18 år ble sett på som ”nødvendig informasjon”.

### 5.1 EMK

Beskyttelse av menneskerettigheter og de grunnleggende friheter ivaretas gjennom Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK). EMK ble inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven av 1999.

#### 5.1.1 Retten til liv – art. 2

Det følger av EMK art. 2 at enhver har retten til liv.

For fødte mennesker innebærer retten til liv, å overleve og leve. I forhold til et foster vil retten til liv være retten til å bli født levende.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Gording Stang (2007) s. 75

<sup>30</sup> Herrmann (2008) s. 180

Jeg går i det følgende ikke inn på hvordan vurderingen blir i tilfeller hvor den unge kvinnen selv ønsker å ta abort. Kvinner i Norge har da en rett etter abortloven til å bestemme at fosteret, som del av egen kropp, ikke skal ha rett til liv.

Jeg vil i stedet se på de tilfeller der kvinnen ønsker å bære frem barnet og foreldrene påtvinger henne en abort, som følge av at de har fått informasjon med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, og hvordan dette med forankring i artikkel 2 kan tenkes å skape utfordringer.

Et eksempel kan her skape et bilde av hva som kan være problematikken mellom retten til liv etter EMK artikkel 2, og en ung kvinnes selvbestemmelse i forhold til spørsmål om egen helse, herunder abortspørsmålet.

En ung kvinne oppsøker lege i forbindelse med mistanke om graviditet. Legen informerer foreldrene med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Den unge kvinnen ønsker å bære frem barnet. Foreldrene derimot anser dette som en skam, og frykter negative reaksjoner fra venner og familie fordi deres 17 år gamle datter er blitt gravid. Som et resultat av dette påtvinger foreldrene datteren sine synspunkter, noe som resulterer i at samtykket til abort som kvinnen senere gir, egentlig ikke er hennes eget. At foreldrene her har påtvunget kvinnen en abort fremstår som klart. Hadde ikke foreldrene fått informasjon fra helsearbeideren om graviditeten ville kvinnen beholdt barnet. Kan man her påstå at foreldrene til den unge kvinnen har fratatt hennes foster rett til liv?

En sak som i denne sammenheng vil være av interesse er en dom fra 2004, *Vo v. France*. Her var spørsmålet om det var overtredelse av EMK artikkel 2. at et foster etter den nasjonale franske lovgivningen ikke kunne anses å være offer for uaktsomt drap, og at kvinnen derfor ikke hadde noen strafferettslige muligheter til å få kjent legen ansvarlig for ødeleggelsen av hennes foster.<sup>31</sup>

I denne saken var klageren og en annen kvinne, med samme etternavn, på sykehuset samtidig. Den ene skulle få fjernet en spiral, og klageren i saken var der i forbindelse med en rutinekontroll i svangerskapets sjettede måned. Legen skulle kalle inn kvinnen

---

<sup>31</sup> Hermann (2008) s. 181

som var der for å få fjernet spiralen, men klageren svarte da legen ropte opp etternavnet. Klageren var dårlig i fransk. Legen leste ikke i journalen og unngikk å undersøke kvinnen før han gikk i gang med å fjerne spiralen. Dette resulterte i at hun mistet fostervannet, og dette ble ikke gjendannet. Kvinnen måtte derfor avbryte graviditeten med en medisinsk abort en uke senere.<sup>32</sup>

Klager gjorde gjeldende at retten til liv måtte gjelde enhver, og da også et foster. Et flertall av retten tok utgangspunkt i at Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) ikke har tatt stilling til om foster har rett til liv etter artikkel 2, men henviste til tidligere saker som omhandlet abort hvor de kom frem til at det ufødte barnet ikke ble ansett som en person. Kvinnen som mistet sitt barn i sjetten måned vant ikke frem.<sup>33</sup>

Selv om dommerne i EMD kom frem til at legen ikke skulle dømmes for uaktsomt drap, er det viktig å bemerke at det er en vesentlig forskjell mellom denne dommen og det eksempelet som er oppstilt ovenfor. I *Vo. v. France* var det en lege som ved et feilskjær var årsaken til at kvinnen mistet sitt barn. I det andre eksempelet over er det ikke et feilskjær, men en bevisst handling fra foreldrene overfor sin datter som er grunnen til fosteret ikke skal få utvikle seg til å bli et liv.

Man kan se at det på den ene siden kan bli et problem, i forhold til retten til å ta abort, at man gir foster en rett til liv etter EMK artikkel 2, men denne diskusjonen går det ikke nærmere inn på her. På den annen siden må det være enighet om at fosteret som befinner seg inni en kvinne, er en del av hennes kropp. Denne gravide kvinnen har en rett til liv etter EMK artikkel 2 så hvorfor skal ikke fosteret, som del av hennes kropp, ha en slik rett, når kvinnen ønsker at det skal få bli et levende menneske?

Det faktum at en kvinne ønsker å beskytte et foster fra abort, slik at det skal bli til et barn, viser at man fratrar dette barnet retten til liv ved å ha en bestemmelse i norsk helserett, som kan resultere i at foreldre kan påtvinge sine døtre abort. Selv om mange kanskje vil si at dette vil være å trekke bestemmelsen om retten til liv for langt, mener

---

<sup>32</sup> Hermann (2008) s. 181-182

<sup>33</sup> Hermann (2008) s. 182

jeg likevel på bakgrunn av det jeg nå har presentert, at pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd kan by på problemer i forhold til retten til liv i EMK artikkel 2, dersom man anser opplysninger om en 16- 18 år gammel kvinnes abort som ”nødvendig informasjon”.

### 5.1.2 Respekt for privatliv – art. 8

EMK artikkel 8 gir enhver rett til respekt for sitt privatliv. Dersom opplysninger om prevensjon, abort eller kjønns sykdom hos en jente mellom 16-18 år var ”nødvendig informasjon” etter pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, ville dette som nevnt gjentatte ganger kunne medføre at foreldrene fikk informasjon om eksempelvis datterens p-pillebruk. I det følgende foretas en vurdering av hvordan dette vil harmonere med EMK artikkel 8 og retten til respekt for privatliv.

At helseinformasjon som oftest oppleves som privat informasjon må anses klart. Det handler om ens egen kropp, og ofte ønsker man ikke å dele denne informasjonen med andre enn helsearbeideren. Taler man om abort, prevensjon og kjønns sykdom antas det å være alminnelig enighet om at man er inne på et område av svært intim karakter. Unge kvinner, så vel som voksne, anser det som svært viktig at man kan gi slike personlige opplysninger til sin lege, uten å frykte at andre får tilgang til denne informasjonen.

En helsesøster som informerer foreldrene om datterens kjønns sykdom mot hennes ønske, vil kunne stride mot kvinnens rett til privatliv etter EMK artikkel 8 nettopp på grunn av de intime temaene vi nå har fokus på. Det hadde vært noe annet å informere foreldrene om et benbrudd, enn og indirekte informere om at deres datter er seksuelt aktiv.

Dersom foreldrene gis informasjon om datterens prevensjonsbruk, kjønns sykdom eller abort kan det da tenkes at mange foreldre samtidig også vil blande seg inn i datterens seksualliv. En ung kvinnes seksualliv er et tema av klar personlig karakter. En helsearbeider bør derfor respektere den unge kvinnens ønske om å holde foreldrene utenfor, når hun befinner seg i denne aldersgruppen.



Skal bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd tolkes overens med art. 8, mener jeg opplysninger om en 16-18 år gammel kvinnes abort, prevensjon eller kjønns sykdom ikke kan anses som ”nødvendig informasjon”.

### 5.1.3 Forbud mot diskriminering- art.14

Det fremgår av EMK artikkel 14 et forbud mot diskriminering. En person skal kunne utøve de rettigheter og friheter som vedkommende har i kraft av konvensjonen, uten å diskrimineres på grunnlag av blant annet alder og religion. Vurderingen her baserer seg på om unge kvinner kan bli diskriminert på grunnlag av alder og religion dersom man anser opplysninger om abort og prevensjon som ”nødvendig informasjon”.

#### 5.1.3.1 Alder

Både kvinner og menn er fra 16 års alderen gitt en rett til å ha seksuell omgang, dette følger som nevnt av straffelovens § 196. Lovgiver mener at man fra denne alderen skal likestilles med voksne i forhold til retten til seksuell omgang, og man er da på et område som ikke skiller en 16 åring fra en voksen.

Likevel ser vi at bestemmelsen i pasientrettighetsloven, med det skisserte innhold, kan legge føringer for at vi skal skille en 16 åring fra en voksen i slike personlige spørsmål. En ung kvinne skal da, på grunn av sin unge alder, kunne fratras retten til selv å bestemme i hvilken grad hun vil involvere foreldrene i slike private spørsmål.

En 16 år gammel kvinne må i kraft av bestemmelsen om den seksuelle lavalder selv få velge om hun ønsker å involvere foreldrene. De må ikke påtvinges slik involvering på grunn av sin alder. Nettopp fordi de unge kvinnene befinner seg i denne aldersgruppen, står de i fare for å miste sin selvbestemmelsesrett i spørsmål om pårørendeinvolvering, dersom pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd anser de angitte områder som ”nødvendig informasjon”. Jeg mener dette da kan resultere i diskriminering av unge kvinner på grunn av alder. Derfor harmonerer pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd dårlig med artikkel 14 dersom man anså abort, prevensjon eller kjønns sykdommer som ”nødvendig informasjon”.

### 5.1.3.2 Religion

Norge har utviklet seg til å bli et flerkulturelt samfunn der innbyggerne tilhører mange ulike religioner. Dersom vi anser opplysninger om en 16-18 år gammel kvinnes abort, kjønnssykdom og prevensjon som ”nødvendig informasjon”, og således kunne opplyse foreldre med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, kan dette også by på utfordringer i forhold til diskrimineringsforbudet på grunnlag av religion.

Regelen vil da, med det skisserte innhold, kunne skape større problemer for en kvinne som har foreldre som tilhører en religion som forbyr seksuell omgang før ekteskapet, enn for en kvinne som har en familie som ikke har noen fordommer mot dette.

En tenkt situasjon er hvor foreldrene til en ung kvinne tilhører en religion som mener at man skal avstå fra seksuell omgang frem til etter man er gift. Kvinner som likevel ikke velger å følge foreldrenes religion, kan havne i en svært vanskelig situasjon dersom pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd har det skisserte innhold. Ved at helsearbeideren, med hjemmel i denne bestemmelsen, informerer foreldrene til kvinnen om hennes planlagte abort, kan dette være svært opprivende for den unge kvinnen i form av kraftige reaksjoner fra foreldrene.

På denne måten kunne man derfor hevde at en konsekvens av å anse slike opplysninger som «nødvendig informasjon», og således informere foreldrene, ville føre til diskriminering av den unge kvinnen på grunn av religion. Dette vil igjen harmonere dårlig med EMK artikkel 14 og forbudet mot slik diskriminering.

## 5.2 Kvinnediskrimineringskonvensjonen

### 5.2.1 Innhold

Kvinnediskrimineringskonvensjonen trådte i kraft 3.september 1981. Som det følger av navnet er hovedformålet å forhindre at kvinner diskrimineres på grunnlag av kjønn. Kvinnens biologiske og sosiale rolle i prosessen knyttet til reproduksjon har innvirkning på hennes muligheter for livsutfoldelse og deltagelse i samfunnet, dette er perspektivet bak kvinnekonsensjonen.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Hermann (2008) s. 75

Det følger av art. 1 at det ”I denne konvensjon menes med uttrykket ’diskriminering av kvinner’, enhver forskjellsbehandling, utestengning eller begrensning på grunnlag av kjønn som har som virkning eller formål å oppheve eller svekke anerkjennelsen, nytelsen eller utøvelsen av kvinners menneskerettigheter og grunnleggende friheter...”.

Hvordan vil pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd komme overens med kvinneediskrimineringskonvensjonen, dersom opplysninger om en ung kvinnes abort, prevensjon og kjønns sykdom ble ansett som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd? Vil kvinner diskrimineres på grunn av at de er kvinner, dersom de angitte områder anses som ”nødvendig informasjon”?

### 5.2.2 Helseområdet

Art 12. i kvinneediskrimineringskonvensjonen pålegger konvensjonspartene, derfor også Norge, å treffe alle tiltak som er nødvendige for å sikre at kvinner ikke diskrimineres på helseområdet.

I dette ligger det at det skal tas hensyn til kvinnens enerådighet hva gjelder å føde barn, men også andre deler av helsesektoren, slik som beskyttelse av fortrolige opplysninger og ivaretagelse av integritet.<sup>35</sup>

Art. 12 sikrer altså kvinner en rett til ikke å bli diskriminert på helseområdet, og slik diskriminering kan unngås blant annet ved å beskytte fortrolige opplysninger og sikre at kvinnens integritet ivaretas.

Vurderingen her er om kvinners rettigheter blir ivaretatt etter art.12, dersom vi anså de tre angitte områder, hos den nevnte aldersgruppe, som "nødvendig informasjon" i pasientrettighetslovens § 3-4 tredje ledd?

---

<sup>35</sup> Herrmann (2008) s. 90

### 5.2.2.1 Retten til selvbestemmelse

Selvbestemmelsesretten innehar, som vist i kapittel 2, en sentral og viktig rolle på helseområdet. Som flere ganger nevnt kan kvinner miste sin rett til selvbestemmelse dersom opplysninger om abort, prevensjon og kjønns sykdom hos kvinner mellom 16-18 år anses som «nødvendig informasjon» i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Det vil da oppstå en fare for at foreldrenes meninger og synspunkter skal influere kvinnens samtykke.

På bakgrunn av det faktum at et foster befinner seg inne i en kvinnes kropp og således er en del av hennes kropp, antas det å være i strid med kvinneskramningskonvensjonen at man har en bestemmelse, som med det skisserte innhold, kan resultere i at samtykke kvinnen avgir kan skrive seg fra andre enn kvinnen selv, når det gjelder spørsmål knyttet til avgjørelser om fosteret skal fjernes. Dersom et slikt samtykke ikke innhentes fra kvinnen, foreligger det derfor en alvorlig krenkelse av den grunnleggende rett til å bestemme over egen kropp.<sup>36</sup>

Dersom en kvinne ikke ønsker å bære frem barnet er det et overgrep overfor kvinnen dersom noen andre treffer beslutninger eller er med på å påvirke beslutningene om det motsatte uten kvinnens samtykke.<sup>37</sup> Helsearbeideren gir foreldrene informasjon om datterens planer om abort fordi vedkommende anså dette som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. I forlengelsen av dette nekter foreldrene datteren abort ut ifra sitt religiøse ståsted. Her har kvinnens selvbestemmelse over egen kropp blitt krenket, og grunnen til at hennes rett til å bestemme over sin egen kropp i slike helsespørsmål har blitt avfeiet, er fordi hun er en ung kvinne.

Uansett om en kvinne velger å ta abort eller bære frem barnet, må denne avgjørelsen tas av kvinnen. Det er kvinnen selv som eventuelt skal bære frem barnet, så hvorfor skal andre da kunne ha en rett til å være med å bestemme? Det faktum at kvinnen kan miste sin selvbestemmelse på et område av livet hvor denne selvbestemmelsen er uunnværlig, mener jeg resulterer i at hun diskrimineres på helseområdet nettopp på grunn av at hun er en ung kvinne. Således kan jeg ikke se at abort kan anses som ”nødvendig

---

<sup>36</sup> Hermann (2008) s. 71

<sup>37</sup> Hermann (2008) s. 72

informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, da dette vanskelig kan forenes med kvinneskreddiskrimineringskonvensjonen forbud mot diskriminering av kvinner på helseområdet.

#### 5.2.2.2 Retten til fortrolighet og helsehjelp

Som tidligere vist vil bestemmelsen i pasientrettighetsloven med det skisserte innhold kunne føre til at kvinner i aldersgruppen 16-18 år ikke våger å oppsøke helsetjenesten for å motta den helsehjelpen de har en rett til. Grunnen til dette er frykt for at informasjon skal gis til foreldrene.

En kvinne som søker abort står ofte overfor et vanskelig valg, og selv i 2012 ser mange ned på kvinner som velger å benytte seg av denne retten. Kvinner kan føle seg stigmatisert fordi de velger denne løsningen, og derfor er fortroligheten som den unge kvinnen forventer og ønsker å få i møte med helsearbeideren særlig viktig.

Dersom hun som følge av å være ung kvinne skal kunne risikere at legen gir slike opplysninger videre til foreldrene, fordi de mener det er ”nødvendig informasjon”, kan dette være å anse som diskriminering.

Nettopp fordi hun er kvinne har hun havnet i denne abortsituasjonen, og fordi hun er ung kvinne skal ikke hennes rett til fortrolighet beskyttes etter pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Dette kan igjen resultere i at kvinnen ikke får den helsehjelpen hun har krav på, fordi hun vegrer seg for å oppsøke helsetjenesten.

Det å ha en bestemmelse som ikke garanterer for unge kvinners fortrolighet og derfor kan resultere i at unge kvinner ikke tør oppsøke helsetjenesten, harmonerer dårlig med forbudet mot diskriminering på helseområdet etter kvinneskreddiskrimineringsloven. Derfor kan jeg i denne sammenheng ikke se at abort kan anses som ”nødvendig informasjon”.

### 5.2.2.3 Integritet

Ordet integritet finnes ikke i menneskerettsloven, men selv om ikke ordet benyttes er det likevel et prinsipp som skal ivaretas, da en "... rekke av konvensjonens artikler nettopp tar sikte på å beskytte mennesker mot deres integritet." <sup>38</sup>

Ordene verdighet og integritet er uttrykk som ofte glir over hverandre i helserettslig sammenheng. "Innenfor helsevesenet kan det å bli behandlet med verdighet ofte være synonymt med å bli behandlet med respekt for sin fysiske og psykiske integritet, og for sine ønsker, behov og meninger". <sup>39</sup>

Bente Ohnstad skriver at den vesentlige begrunnelsen for at vi har taushetspliktsbestemmelser er fordi pasienten har krav på integritetsvern. "Dette hensynet står spesielt sterk i helse- og sosialvesenet, hvor tjenestens ulike aktører gjennom sin yrkesutøvelse får tilgang til opplysninger som ofte er av svært sensitiv art." <sup>40</sup>

Vi ser altså at integritetsvernet skal ivaretas i norsk helserett. Ivaretas ikke dette kan man påstå at hun diskrimineres på helseområdet. Jeg velger derfor å se nærmere på om unge kvinners integritet blir ivaretatt dersom man anså de tre områdene som "nødvendig informasjon" i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

Jeg forstår unge kvinner integritet/verdighet som retten til å bli respektert for sine meninger, tanker og beslutninger, uten at foreldre eller andre personer skal kunne påtvinge den unge kvinnen sine meninger, som et ledd i en prosess for å påvirke de beslutninger som kvinnen selv har en rett til å avgjøre etter loven. Også beskyttelse av fortrolighet vil være en naturlig del av slik verdighet-/integritets vern i helserettslig sammenheng.

En ung kvinne søker råd i forbindelse med abort hos en lege fordi hun frykter kraftige reaksjoner fra sine foreldre. Legen gir likevel foreldrene informasjon om datterens

---

<sup>38</sup> Stang (2007) s. 80

<sup>39</sup> Stang (2007) s. 79

<sup>40</sup> Ohnstad (2003) s. 69

uønskede graviditet, med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. I forlengelsen av dette påtvinger foreldrene kvinnen sine synspunkter og meninger. Her kan man vanskelig se at kvinnens integritet er ivaretatt. Dette underbygges også av Bøckmann og Kjellevoll, som skriver at ” Dersom pasienten ikke ønsker at pårørende skal involveres, vil hensynet til pasientens selvbestemmelse og vern om pasientens integritet, tale sterk mot det å gi pårørende informasjon.”<sup>41</sup>

Jeg kan ikke se at opplysninger om abort kan anses som «nødvendig informasjon» i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, fordi integritetsvernet hos unge kvinner da kan tilsidesettes. Følgene av at dette integritetsvernet ikke ivaretas, resulterer i diskriminering av kvinner på helseområdet jf. artikkel 12.

#### 5.2.2.4 Familieplanlegging

Kvinner er etter artikkel 12 sikret hjelp til familieplanlegging. I dette ligger det en rett for kvinner til å få veiledning i forhold til abort og prevensjon.

Dersom vi har en bestemmelse som resulterer i at unge kvinner ikke tør oppsøke helsevesenet for å få slik veiledning, i frykt for at foreldrene skal informeres med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, kan jeg ikke se at informasjon om abort og prevensjon kan være ”nødvendig informasjon”. Resultatet av dette vil da bli at kvinner unnlater å benytte seg av veiledning som hun har rett på etter artikkel 12 i kvinnekonvensjonen.

#### 5.2.3 Utdanning

Artikkel 10 i kvinnediskrimineringskonvensjonen sikrer kvinner lik rett til utdanning som menn. Hvordan vil denne retten samsvare med pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd dersom abort kunne kategoriseres som ”nødvendig informasjon”?

Dersom en helsesøster informerer foreldrene om kvinnens graviditet og deres meninger påvirker eller overkjører datterens standpunkt i forhold til abortspørsmålet, kan dette i

---

<sup>41</sup> Bøckmann (2010) s. 34

noen tenkte situasjoner resultere i at kvinnen bøyer av for foreldrenes ønske. En kvinne som egentlig ønsker å ta abort, men påvirkes til å beholde barnet på grunn av eksempelvis foreldrenes religiøse ståsted, kan være en trussel for kvinners rett til lik utdanning som menn. En konsekvens av og ”måtte” bære frem barnet kan være at den unge kvinnen må endre sine planer i forhold til utdanning. Kvinnen som ønsket å begynne å studere etter endt videregående utdanning, måtte endre sine planer da hun fikk barnet som hun egentlig ikke ønsket. Her oppstår det en risiko for at artikkel 10 tilsidesettes dersom pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd skal ha det skisserte innhold.

I forlengelsen av kvinnens evne til å føde barn kan foreldrene, med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, gis informasjon som igjen kan medføre at kvinners selvbestemmelsesrett krenkes og at hun således ikke får mulighet til å ta utdanning på lik linje med menn. Dersom vi setter denne tenkte situasjonen på spissen, mener jeg de angitte områder ikke kan anses som ”nødvendig informasjon”, da dette vil kunne skape utfordringer i forhold til kvinners rett til utdanning etter kvinneskillekonvensjonen.

### 5.3 Barnekonvensjonen

Barnekonvensjonen gjelder for alle barn i alderen 0 til 18 år, således kunne jeg viet denne konvensjonen like stor plass i avhandlingen som EMK og kvinneskillekonvensjonen. Likevel velger jeg å tilegne denne konvensjonen betraktelig mindre plass, nettopp på grunn av at kvinner mellom 16-18 år befinner seg i det øvre sjikt for hvem konvensjonen tar sikte på å beskytte, og at disse kvinnene i kraft av sin alder på helserettens område har en rett til selvbestemmelse. Jeg undervurderer ikke konvensjonens betydning og viktighet for barn helt frem til de har fylt 18 år, men velger på bakgrunn av det jeg akkurat har presentert og ikke vie denne stor plass. Likevel vil det være relevant og nødvendig å se litt nærmere på barnekonvensjonen i forbindelse med vurderingen av innholdet i pasientrettighetslovens § 3-4 tredje ledd, da disse unge kvinnene er under 18 år.



To overordnede prinsipper i barnekonvensjonen er barnets beste og barnets rett til medbestemmelse. Hvordan ville pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd samsvare med prinsippene om barnets beste og barnets rett til medbestemmelse, dersom man anså opplysninger om en ung kvinnes abort, prevensjonsbruk eller kjønnssykdom som ”nødvendig informasjon”?

### 5.3.1 Barnets beste

Det følger av art. 3.1 i barnekonvensjonen at det skal tas hensyn til barnets beste i alle handlinger som berører barn.<sup>42</sup> Dersom en 16 åring oppsøker en helsesøster for å få resept på p-piller og helsesøsteren informerer foreldrene fordi det er ”nødvendig informasjon” er det også da samtidig barnets beste at slik informasjon gis?

Hvordan kan man si at det kan være barnets beste dersom konsekvensene av å informere foreldrene vil være svært opprivende for den unge kvinnen, da det vil medføre en risiko for konfliktsituasjoner for barnet i relasjon til sine foreldre?

Dersom hun eksempelvis kan risikere å bli utstøtt av sin egen familie, kan det vanskelig sies at dette samsvarer med hensynet til barnets beste.

Det synes ikke å være barnets beste at vi har en bestemmelse som åpner for at foreldrene skal kunne informeres om abort, prevensjon og kjønnssykdom mot en 16 årings vilje. I forlengelsen av dette vil det kunne oppstå en risiko for at noen foreldre da vil influere barnet med egne meninger og synspunkter. Et eksempel illustrerer dette. Dersom foreldrene til en 16 år gammel jente får informasjon om at deres datter har oppsøkt lege i forbindelse med graviditet, kan man risikere at jentas foreldre overtaler henne til å ta abort, fordi de frykter at de må være med å oppdra barnet. Da er det ikke nødvendigvis hensynet til barnets beste som vinner, men foreldrenes frykt for å måtte endre sine egne liv for å være med å oppdra et barn. I slike situasjoner vil det kunne være hensynet til foreldrenes beste, og ikke barnets beste, som får den avgjørende betydning.

---

<sup>42</sup> Wille i Hedlund (2008) s. 136

I tillegg synes ikke barnets beste ivaretatt dersom en ung kvinne ikke skal kunne få gjennomslag for sine egne meninger hva gjelder eget seksualliv i en alder av 16-18 år, som følge av et ledd i en norsk bestemmelse.

På bakgrunn prinsippet om barnets beste kan jeg derfor ikke se at opplysninger om en ung kvinnes abort, prevensjon eller kjønns sykdom kan anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, da dette ikke synes å harmonere med prinsippet i barnekonvensjonen.

### 5.3.2 Medbestemmelsesrett

Retten for barnet til selv å delta og kunne være med å bestemme og ta del i beslutninger som angår barnet selv, er særlig presisert i barnekonvensjonen artikkel 12. Dette prinsippet er også i likhet med prinsippet om barnets beste, et grunnleggende og viktig prinsipp i barnekonvensjonen.

For det første gir pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, med det skisserte innhold, inntrykk av at det er akseptabelt at man ikke tar hensyn til barnets ønsker angående involvering av foreldrene. Barnets medbestemmelsesrett skyves til side i forhold til spørsmålet om foreldrene skal informeres, fordi helsearbeideren med hjemmel i § 3-4 tredje ledd kan tilsidesette denne retten.

Når det gjelder hvordan medbestemmelsesretten, til eksempelvis 17 årigen, ivaretas etter at foreldrene er informert med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, synes heller ikke den ivaretatt her. Når helsearbeideren velger å informere foreldrene mot den unge kvinnens ønske, oppstår en risiko for at man skyver barns medbestemmelsesrett til side nettopp på grunn av at det ikke kan kontrolleres at det faktisk er barnets meninger som ligger bak det senere samtykket til eksempelvis abort.

Dersom barnet bare skal ha en medbestemmelsesrett økes samtidig muligheten for at foreldrene vil prøve å påtvinge barnet sine avgjørelser og ikke lar barnets egne meninger og synspunkter få avgjørende vekt. Her ser vi at konvensjonens prinsipp om barnets medbestemmelse kan risikere å bli undertrykt.

Kategoriseres de tre sensitive temaene som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd kan resultat bli at barnets medbestemmelsesrett etter barnekonvensjonen ikke ivaretas, dette vil da harmonere dårlig med barnets rett til medbestemmelse etter denne konvensjonen.

## 6 "NØDVENDIG INFORMASJON" OG ANDRE BESTEMMELSER

I det følgende foretas en vurdering av hvordan § 3-4 tredje ledd i pasientrettighetsloven harmonerer med utvalgte norske bestemmelser dersom informasjon om prevensjon, abort og kjønnsykdommer ble ansett som "nødvendig informasjon".

### 6.1 Pasientrettighetsloven

#### 6.1.1 Barn under 16 år

Det følger av pasientrettighetslovens § 3-4 annet ledd at hos pasienter "... mellom 12-16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette."

Bestemmelsen hjemler "et unntak fra hovedregelen om at foreldre alltid skal informeres om helsehjelp som ytes barn under 16 år."<sup>43</sup> Syse skriver i sin kommentarutgave at råd om seksualitet og prevensjon er eksempler på opplysninger som man bør respektere at barnet ikke ønsker at foreldrene skal ha informasjon om.<sup>44</sup>

Hvordan kan denne bestemmelsen ha betydning i forhold til vurderingen av innholdet i "nødvendig informasjon" i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd?

Når lovgiver i pasientrettighetsloven § 3-4 annet ledd åpner for at pasienter under 16 år, i tilfeller som omhandler seksualitet og prevensjon, skal kunne ha en rett til å holde foreldrene utenfor, taler dette klart for at unge kvinner over 16 år fullt ut bør ha rett til selv å bestemme om sine foreldre skal holdes utenfor, når vi taler om slike personlige opplysninger.

---

<sup>43</sup> Syse (2009) s. 277

<sup>44</sup> Syse (2009) s. 277

På bakgrunn av at vi har en bestemmelse i annet ledd som åpner for at de som er fire år yngre, i avgjørelser knyttet til eget seksualliv, kan ha en rett til å bli respekterte i sine ønsker om å holde foreldrene utenfor, da bør denne aldersgrensen på 16 år være absolutt i forhold til slike sensitive spørsmål. Derfor mener jeg informasjon om abort, prevensjon og kjønnssykdommer ikke kan anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd i lys av denne bestemmelsen.

### 6.1.2 Retten til å medvirke

Dersom informasjon om abort, prevensjon og kjønnssykdom hos en ung kvinne ville være å anse som ”nødvendig informasjon” ville dette også samsvare dårlig med retten pasienter i helserett har til å medvirke.

Det følger av pasientrettighetsloven § 3-1 jf. § 3-2 og § 3-5 en rett for pasienten til medvirkning. For å kunne oppnå et godt behandlingsresultat er man avhengig av godt samarbeid med pasienten. Dette samarbeidet kan bestå av kommunikasjon, medvirkning og aktiv deltagelse fra pasienten. Det er også rimelig at en pasient har rett til å medvirke og delta, da det er pasientens eget liv og helse det er tale om.<sup>45</sup>

En ung kvinne som i frykt for at foreldrene skal informeres opptre passivt, legger bånd på hennes rett til medvirkning. Kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient vil kunne bli dårlig som et resultat av dette.

En ung kvinne som opptre passivt i sitt møte med helsearbeideren i frykt for at vedkommende skal gi informasjon til hennes foreldre, kan resultere i at hun ikke får den behandlingen hun skulle hatt. Her kan eksempelet om kvinnen som unnlot å opplyse om hjerte- og karsydommene i familien, nok en gang nevnes.

Jeg kan ikke se, i forhold til pasienters rett til medvirkning, at § 3-4 tredje ledd i pasientrettighetsloven kan ha det skisserte innhold, da dette vil harmonere dårlig med kvinnens rett til medvirkning.

---

<sup>45</sup> Warberg (2011) s. 196-197

## 6.2 Barneloven

Det fremkommer av bestemmelsen i barneloven § 31, som omhandler barns rett til å delta i avgjørelser, at det skal legges stor vekt på hva barnet mener fra de har fylt tolv år.

Når man etter barneloven skal legge stor vekt på hva barnet mener fra det har fylt 12 år, vil denne vektleggingen av barnets mening bare «vokse seg større» etter at man har nådd denne alderen. Meningen hos barnet må utvilsomt ha stor vekt når vedkommende er 16 år, og da særlig i spørsmål av slik karakter som de vi nå taler om.

Ved å gi bestemmelsen i pasientrettighetsloven det skisserte innhold har man ingen kontrollmuligheter eller garanti for at helsearbeiderne eller foreldrene faktisk legger vekt på hva den unge kvinnen mener, selv om hun er mellom 16-18 år. Derfor mener jeg denne bestemmelsen kan være utfordrende i forhold til den unge kvinnens rett til å delta, da vektleggingen av deres mening kan tilsidesettes dersom man anså de angitte områder som ”nødvendig informasjon”.

## 6.3 Abortloven

Abortloven § 4 anfører at ”Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv. Er hun under 16 år, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det.”

Jeg leser ut av denne bestemmelsen at alle kvinner som har fylt 16 år selv skal gi sitt samtykke i at svangerskapsavbrudd ønskes, det åpnes ikke for at andre skal kunne gi samtykke til dette når kvinnen er over 16 år.

Pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd åpner ikke for at foreldrene skal kunne samtykke når pasienten har fylt 16 år. Likevel kan man, som beskrevet gjentatte ganger, risikere at mange foreldre i forlengelsen av deres rett på informasjon etter § 3-4 tredje ledd, samtidig vil påvirke eller i verste fall være den som står bak kvinnens samtykke. På bakgrunn av dette kan jeg ikke se at opplysninger om abort er ”nødvendig informasjon”, da dette vil harmonere dårlig med abortlovens bestemmelse som i klar tekst sier at denne beslutningen skal tas av kvinnen.

Det følger også videre av abortloven § 4 hjemmel for ikke å informere foreldrene til en kvinne under 16 år dersom det foreligger særlige grunner. I forhold til ”særlige grunner”, sies det i Abortforskriften at ”Legen må her foreta en konkret helhets- og rimelighetsvurdering av det enkelte tilfellet der relevante hensyn blant annet vil være kvinnens alder og modenhet, hennes forhold til sine foreldre, om hun bor utenfor hjemmet og om hun forsørger seg selv. Dersom 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, for eksempel fordi informasjon til og uttalelse fra foreldrene vil kunne skape alvorlige konflikter mellom kvinnen og foreldrene, bør hennes ønske respekteres.”<sup>46</sup>

Når dette skal vektlegges i vurderingen av om foreldrene til en kvinne under 16 år skal informeres, bør det utvilsomt være av stor betydning når en skal vurdere om foreldrene til en kvinne over 16 år skal få informasjon.

Abortloven åpner altså for å utvide selvbestemmelsen i abortspørsmål til å gjelde yngre kvinner enn 16 år. Dette taler klart for at 16 års grensen bør være absolutt i forhold til selvbestemmelse på dette området, og at helsearbeideren ikke kan informere foreldrene til en jente som har fylt 16 år med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. I forhold til denne bestemmelsen i abortloven kan jeg derfor vanskelig se at abort kan anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetslovens § 3-4 tredje ledd.

### 6.3.1 Opplevelsen av manglende valgmuligheter i forhold til abort

Dersom opplysninger om en ung kvinnes abort ble ansett som ”nødvendig informasjon” vil mange unge kvinner frykte at deres foreldre vil få informasjon mot deres vilje. Et resultat kan, som vist, bli at kvinnen ikke får ta valget om abort selv. I den sammenheng kan det være hensiktsmessig å se hvordan det følte for noen kvinner som ikke hadde noen rett til valg i forbindelse med abort i sitt eget hjemland.

---

<sup>46</sup> Forskrift av 15.juni 2001 nr. 635. (Se merknader til § 5 da dette dokumentet ikke benytter sidetall).

En avgjørelse fra den europeiske menneskerettsdomstolen i 2010 ”A, B AND C v. IRELAND” beskriver hvor langt 3 kvinner i Irland var villige til å gå i forbindelse med selv å kunne avgjøre abortspørsmålet.

Da det er forbudt å ta abort i Irland med mindre man har blitt utsatt for voldtekt, valgte tre kvinner fra Irland og dra til Storbritannia for å få utført abort. I denne saken ble lån tatt opp for å finansiere reiser, turene ut av landet foregikk i all hemmelighet, og når komplikasjoner oppstod i ettertid ble legen ikke oppsøkt i frykt for at aborten skulle bli oppdaget. Kvinnenes ”flukt” ut av landet ble oppdaget, og retten kom til at en kvinne ikke har rett til abort med forankring i retten til privatliv etter EMK art. 8. De tre kvinnene vant derfor ikke frem.

Når vi ser hvor langt disse kvinnene i Irland var villige til å gå for å få abort, er dette nok et argument for ikke å ta fra kvinnene selvbestemmelsesretten på dette område, uansett alder. Deler av denne dommen illustrerer viktigheten av å ha en rett til selvbestemmelse på dette område, og forhindre at vi har bestemmelser som kan være en trussel mot selvbestemmelsen i slike helsespørsmål.

Vi må ha et aborttilbud som garanterer for en ung kvinnes fortrolighet i forbindelse med abort, slik at vi kan forsikre oss om at det er kvinnen selv som tar denne avgjørelsen over egen kropp.

#### 6.4 Straffeloven

Dersom en kvinne, i frykt for at foreldrene skal få informasjon om hennes graviditet, unnlater å ta abort kan dette også ha betydning i forhold til kriminalitet.

En kvinne på 16 år unnlater å oppsøke legen i forbindelse med et ønske om å få utført et abortinngrep, i frykt for at for eksempel, hennes svært religiøse foreldre skal kunne få informasjon om hennes graviditet. Den unge kvinnen bærer derfor frem barnet uten å si noe til foreldrene, for deretter og ”kvitte” seg med barnet.



Før i tiden var kvinner mer kriminelle enn menn nettopp på grunn av alle barnedrap, og abortlovgivningen har i så måte vært en viktig bekjemper av denne type kriminalitet.<sup>47</sup>

Forhåpentligvis antar jeg at dette ikke er et tema i dag, men det faktum at en kvinne kan kunne føle seg nødt til å gå så langt indikerer hvor viktig det er å ha et aborttilbud. Det er også samtidig viktig at dette aborttilbudet garanterer for at fortroligheten ivaretas, slik at kvinnen blir alene om å bestemme dette spørsmålet.

Jeg mener vi derfor ikke kan ha en bestemmelse som åpner for at denne fortroligheten kan settes til side. Da resultat av dette kan bli at unge kvinner unnlater å benytte seg av retten til abort, og i stedet tyr til kriminelle handlinger for å ”kvitte” seg med barnet. Dette er et argument for at opplysninger om abort ikke bør anses som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

## 6.5 Forslaget til ny grunnlov

Det fremkommer av forslaget til ny Grunnlov § 104 første ledd annet punktum at barn skal ”... have Ret til at blive hørt i Spørgsmaal som gjælde dem selv, og deres Mening skal tillægges Vægt i Overensstemmelse med deres Alder og Udvikling”. Dette forslaget tar sikte på å grunnlovsfeste barnets medbestemmelsesrett i saker som gjelder barnet selv.

Pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd synes ikke å samsvare med forslaget til ny grunnlov dersom man anser opplysninger om prevensjon, abort og kjønns sykdommer som ”nødvendig informasjon”, og således informerer foreldrene. En følge av å informere vil kunne bli at den unge kvinner fratras sin medbestemmelsesrett av grunner som er belyst i kapittel 5.3.2. Slik bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd med det skisserte innhold fremstår, er det ingen garanti for at den unge kvinnens mening tillegges vekt, verken fra helsearbeiderens side i avgjørelsen om foreldrene skal informeres, eller i forhold til samtykke som kvinnen avgir. Det kan oppstå en risiko for at det er foreldrene som står bak kvinnen samtykke og derfor har hennes mening ikke nødvendigvis blitt tillagt vekt.

---

<sup>47</sup> Stang Dahl (1994)

Videre følger det av forslaget til ny grunnlov § 104 tredje ledd første punktum, at barnet har rett til vern av personlig integritet. Benedikte Høgberg opplyser at utvalget her mener områder som er personlige og som barnet selv opplever som personlige.<sup>48</sup>

Dersom en ung kvinne har et sterkt ønske om at foreldrene ikke skal informeres om sin kjønnssykdom, men helsearbeideren likevel velger å informere, synes dette å være et brudd på vernet av personlig integritet, som skal forsøkes sikret gjennom forslaget til ny grunnlov § 104. Opplysninger om abort, kjønnssykdommer og prevensjon er områder som de unge opplever som svært personlige. Integriteten til den unge kvinnen synes derfor ikke ivaretatt dersom foreldrene får disse opplysningene mot den unge kvinnens ønske.

På bakgrunn av utvalgets redegjørelse av innholdet i § 104 i forslaget til ny grunnlov, mener jeg det vil harmonere dårlig med denne bestemmelsen dersom informasjon om prevensjon, kjønnssykdommer og abort ble ansett som ”nødvendig informasjon”, fordi barns medbestemmelse og integritet da ikke synes ivaretatt.

## 6.6 Motsatt virkning i forhold til foreldreansvaret

En 17 år gammel kvinne går til legen for å få utført en abort. Hennes foreldre tilhører islam, og mener derfor at kvinner skal avstå fra seksuell omgang med andre frem til ekteskap inngås. Informasjon om datterens abort, er således en bekreftelse på at hun ikke lenger er ”urørt”. Konsekvensene av at foreldrene får denne informasjonen, kan bli at kvinnen blir utsatt for sterke reaksjoner fra sine foreldre. Det kan også oppstå en risiko for at kvinnen ekskluderes fra sin egen familie. Kvinnen vil da stå alene tilbake.

Dersom en kvinne vendes ryggen av sin egen familie, kan det vanskelig sies at den nødvendige omsorgsplikten som ligger innbakt i foreldreansvaret er ivaretatt. For grunnen til at man i det heletatt skal gi informasjon, uavhengig av hva som ligger i ”nødvendig informasjon”, er jo nettopp fordi foreldrene skal ha muligheter til å ivareta foreldreansvaret.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Riks lunsjseminar, 19.mars 2012

<sup>49</sup> Ot.prp.nr 12 (1998-1999) s.132

Jeg kan derfor ikke se at opplysninger om abort, prevensjon eller kjønnsykdom er ”nødvendig informasjon” i denne sammenheng.

## 7 REGELEN I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV

Kan pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, med det skisserte innhold, tenkes å skape utfordringer i forhold til nåtidens samfunn?

### 7.1 Ulik håndtering av bestemmelsen

Formuleringen av bestemmelsen i pasientrettighetslovens § 3-4 tredje ledd legger opp til at det er helsearbeiderens skjønn som skal avgjøre om foreldrene skal informeres mot den unge kvinnens ønske og vilje. Når det er lovanvenders skjønn som skal legges til grunn, vil en naturlig konsekvens av dette være at resultatene blir ulike. Her vil samfunnet man lever i, og ytre faktorer spille en viktig rolle i hvordan bestemmelsen oppfattes og praktiseres. Unge kvinners selvbestemmelse i forbindelse med seksualitet, antas å være et område hvor mange har ulike oppfatninger og meninger. Det er nok et område det stadig snakkes mere om, og stadig menes mere om.

Altså, det er helsearbeiderens egne avveielser som blir avgjørende for om de velger å gå mot den unge kvinnens ønske om ikke å informere foreldrene.

En lege i nord kan mene at det er nødvendig å informere moren til en 16 åring om datterens abortplaner for at foreldreansvaret skal ivaretas, mens en lege i sør kan se et tilsvarende tilfelle motsatt. En helsearbeider som har barn, vil kanskje kunne tenke seg situasjonen med sine egne barn, og dette kan være avgjørende for om vedkommende gir/ikke gir informasjon til tross for interessemotsetningen. Mens en helsearbeider uten barn kanskje ville tenkt annerledes.

På grunn av uklarhetene rundt hva som kan anses som ”nødvendig informasjon” skaper dette utfordringer også for lovanvender, noe som igjen vil resultere i store variasjoner i hvordan regelen praktiseres, på grunn av ulikheter i vårt samfunn.

Jeg mener, på bakgrunn av denne skjønnsmessigheten som bestemmelsen legger opp til, at opplysninger om en ung kvinnes abort, prevensjonsbruk eller kjønns sykdom ikke bør

anses som ”nødvendig informasjon” fordi det vil være uheldig i forhold til at like tilfeller kan bli behandlet ulikt som følge av ulikheter i vårt samfunn.

## 7.2 Valg av pårørende - endring i relasjoner

I kapittel 1.3 ble det redegjort for hva som menes med pårørende i helserettslig sammenheng. Pasienters pårørende er ”den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.”

Slik bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd er oppstilt fremstår det som klart hvem som er pårørende ovenfor den nevnte pasientgruppe, foreldrene eller de med foreldreansvaret. Den unge kvinnen får ikke en mulighet til selv å velge hvem som skal være sine pårørende. Her følger det en automatikk i at det er foreldrene som er en ung kvinnes nærmeste pårørende i slike situasjoner som § 3-4 tredje ledd tar sikte på å fange opp.

Hvem man anser som nærmeste pårørende vil være forandret på bakgrunn av samfunnets utvikling. For mange kvinner i alderen 16-18 år er nok foreldrene de kvinnen selv også ser på som sine nærmeste, men det er viktig å bemerke at dette nok gjelder langt fra alle. For noen kan andre enn nær familie føles som sine nærmeste. Det er jo også ofte slik at man ikke alltid vil at sine nærmeste skal ha informasjon om ens egen helse, dette antas også å gjelde for den nevnte pasientgruppe. Det kan ofte være vanskelig å snakke med de nærmeste om personlige tema, kanskje nettopp på grunn av frykten for ikke å møte forståelse.

Vår viten tilsier også at mange unge søker råd hos andre enn foreldrene når de er inne på slike private områder, som abort, prevensjon og kjønnsykdommer er. I 16 – 18 års alderen er i tillegg mange i opprør med sine foreldre. Hvorfor skal vi da ha en bestemmelse som kan åpne for at slik informasjon kan gis til de som nettopp den unge ikke ønsker skal ha slik informasjon?

Det synes, som vist, merkelig å ha en bestemmelse som ikke åpner for at unge kvinner i denne aldersgruppen selv skal få velge sine pårørende.

Dette kunne også sies å være diskriminerende på grunn av alder, noe som igjen vil samsvare dårlig med EMK art.14, se kapittel 5.1.3.1.

Kjønstad mener ”det er en iboende og grunnleggende egenskap ved menneskene at man trenger noen å dele tanker, erfaringer, sykdommer, misgjerninger og triumfer med.”<sup>50</sup> Tradisjonelt har mennesker delt disse ulike hendelsene med ektefeller eller andre som står dem nær, men i dagens samfunn skilles stadig flere. Man oppnår ikke lenger så tette bånd med mennesker som man gjorde tidligere, og Kjønstad mener på bakgrunn av dette at det skapes et behov for institusjoner som tilbyr fortrolighet.<sup>51</sup>

Jeg synes Kjønstad kommer med noen svært interessante poenger her. Som følge av at skilsmisser er blitt et vanlig fenomen i våre dager, resulterer dette også i at barn nødvendigvis ikke har et like nært forhold til begge sine foreldre. Pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd legger opp til at begge foreldrene skal ha opplysninger som anses som ”nødvendig informasjon”. Bestemmelsen tar ikke hensyn til at den unge kvinnen i mange tilfeller faktisk ikke har like sterke bånd til begge foreldrene sine, eller tilfeller hvor unge kvinner ikke har et stabilt og godt forhold til noen av sine foreldre. Det synes derfor feil at opplysninger om abort, prevensjon og kjønnsykdommer kan være ”nødvendig informasjon”, da resultatet av dette kan bli at informasjon av slik privat karakter gis til de som ikke nødvendigvis står den unge kvinnen nærmest.

I vårt samfunn er det også ofte slik at kvinner heller forteller hemmeligheter til hverandre, enn til menn. Dette gjelder også i mor/datter sammenheng. En datter forteller som oftest mer personlige ting til sin mor enn til sin far. Måten pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd er utformet på, legger opp til at begge foreldrene skal ha opplysninger som kategoriseres som ”nødvendige informasjonen”. Denne vinklingen av bestemmelsen kan kanskje ha negativ virkning og oppleves som vanskeligere for den unge kvinnen. Dersom hun selv hadde kunnet velge at det bare var moren som skulle ha informasjon om komplikasjonen i forbindelse med abort, og ikke faren som hun antok ville bli rasende, kunne den unge kvinnen kanskje lettere akseptere at informasjonen ble gitt?

---

<sup>50</sup> Kjønstad (2007) s. 80

<sup>51</sup> Kjønstad (2007) s. 80

På bakgrunn av at båndene mellom mennesker, da også båndene mellom unge kvinner og deres foreldre, ikke lenger er så tette som tidligere er fortroligheten som vi søker i vårt møte med det norske helsevesen viktigere nå enn noen gang tidligere. Det er særlig viktig at vår helselovgivning ivaretar denne fortroligheten som folk nå søker i større grad en tidligere, også ung kvinner. Pasienter har et stort behov for konfidensialitet, nettopp på grunn av den personlige karakter helseopplysninger har. Jeg kan derfor ikke se at bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd med det skisserte innhold er forenelig med unge kvinners ønsker og behov for taushetsplikt og selvbestemmelse i forhold til spørsmålet om hvem som skal ha helseopplysninger om oss, og hva de skal ha informasjon om.

## **8 SAMMENFATNINGER OG PERSPEKTIVER**

På helserettens område er myndighetsalderen som utgangspunkt 16 år, og i det foregående har jeg behandlet et unntak fra denne hovedregelen.

Pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd er en bestemmelse som indikerer at denne aldersgrensen ikke er absolutt, men for at den skal få virkning for barn over 16 år stilles det et krav til at opplysningene anses som ”nødvendig informasjon”.

Som vi har sett er utgangspunkt i forhold til alder og selvbestemmelse klart, men det er unntakene slik som uklarheten i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, som byr på utfordringer.

Lovanvender står ovenfor utfordringer og problemer i forbindelse med tolkningen av bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, på bakgrunn av lite inngående informasjon om denne i rettskildene. Blant annet har ikke forarbeidene og juridisk teori trukket opp klare grenser for hva slags informasjon som skal kvalifisere som ”nødvendig informasjon”. Dette er uheldig og har nødvendiggjort en dypere analyse av hva som skal kategoriseres som ”nødvendig informasjon”. Jeg ønsket å se nærmere på om abort, prevensjon og kjønnsykdommer kunne anses som slik ”nødvendig informasjon”.

For å søke svar på dette har jeg vurdert hvordan bestemmelsen ville harmonere med annen gjeldende rett, dersom jeg anså abort, prevensjon eller kjønnsykdommer som ”nødvendig informasjon”. For deretter å foreta en vurdering av bestemmelsen i et samfunnsperspektiv.

Selv om oppgaven i all hovedsak har basert seg på antagelser, har vi sett at det i mange tenkte situasjoner vil på by utfordringer for unge kvinner å ha en slik bestemmelse i vår helselovgivning. Mine funn kan i grove trekk oppsummeres gjennom seks punkter.



For det første kan jeg ikke se hvordan det kan være til en 16 åring beste at foreldrene skal informeres og således få mulighet til å påvirke kvinnens samtykke i spørsmål om egen helse. Jeg mener en 16 åring fullt ut skal gis enerett til å kunne samtykke i spørsmål vedrørende egen helse nettopp fordi den helserettslige myndighetsalderen er 16 år, og fordi det er ens egen kropp det er tale om. Med tanke på at vi er på et område hvor den unge kvinnen er gitt en rett etter loven til å ha seksuell omgang, og det faktisk at abort, p-piller og kjønns sykdom henger så tett sammen med dette, kan jeg ikke se at opplysninger om abort og prevensjon skal kunne tilsidesette selvbestemmelsesretten hos den unge kvinnen. Dette taler klart for at de skal ha full selvbestemmelsesrett i forhold til samtykket de avgir til helsehjelp, samt spørsmålet om foreldrene skal ha informasjon. Pasientrettighetsloven § 3-4 med det skisserte innhold, vil kunne være en trussel mot unge kvinners selvbestemmelsesrett.

For det annet vil bestemmelsen også, med det skisserte innhold, kunne tilsidesette taushetsplikten. Og som vi har sett kan vi ikke ha en bestemmelse i pasientrettighetsloven som medfører at kvinner kan føle seg tvunget til å ta abort andre steder enn der de bor, i frykt for at legen skal informere foreldrene. Dette samsvarer også dårlig med retten alle har til nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

For det tredje kan bestemmelsen vanskelig forenes med EMK dersom de angitte opplysninger anses som ”nødvendig informasjon”, da respekten for privatlivet vil kunne tilsidesettes, samt at det vil oppstå en risiko for diskriminering på grunn av alder og religion.

For det fjerde settes kvinner i særegen situasjon som følge av deres evne til å føde barn. Denne delen av egen kropp må derfor beskyttes mot overgrep fra andre, inkludert foreldrene. Ved å ha en bestemmelse i norsk helserett som kan ”true” kvinnens enerådighet til å ta denne beslutningen, vil samsvare dårlig med kvinnekongressens forbud mot diskriminering av kvinner. Også de to overordnede prinsippene i barnekongressjonen vil utfordres dersom man anså slike opplysninger som ”nødvendig informasjon”.

For det femte vil bestemmelsen med det skisserte innhold harmonere dårlig med utvalgte deler av pasientrettighetsloven, abortloven, barneloven og straffeloven.

For det sjette er vårt samfunn i stadig endring, noe som også resulterer i at våre relasjoner til mennesker rundt oss oftere endrer seg. Derfor kan vi vanskelig ha en bestemmelse som legger føringer for hvem som skal ha helseinformasjon om unge kvinner, uavhengig av deres synspunkter.

Vi har altså sett at dersom informasjon om abort, prevensjon eller kjønnssykdommer til en ung kvinne mellom 16-18 år hadde vært ansett som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, vil denne bestemmelsen i flere ulike sammenhenger kunne komme på kanten med blant annet grunnleggende prinsipper i helseretten, slik som retten til selvbestemmelse, retten til nødvendig helsehjelp, integritetsvernet og taushetsplikten. I tillegg ville bestemmelsen harmonere dårlig med internasjonal rett. Og en vurdering av bestemmelsen i lys av dagens samfunn indikerer også at denne regelen er utfordrende.

I forhold til de tre intime områdene som jeg har fokus på, fremstår derfor resultatet klart på bakgrunn av de vurderingene jeg har foretatt. Slike opplysninger som abort, prevensjon og kjønnssykdommer, mener jeg ikke kan kategoriseres som ”nødvendig informasjon” i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, fordi dette vil skape store utfordringer i forhold til gjeldende rett og nåtidens samfunn.

Jeg synes vurderingen har resultert i interessante funn som indikerer at denne bestemmelsen bør stå ovenfor en revisjon, da det er flere svakheter ved denne bestemmelsen.

Dersom regelen skal bestå, mener jeg at det bør foretas en grundigere og klarere kartlegging av innholdet i ”nødvendig informasjon”. Dette vil være gunstig for helsearbeiderne som i størst grad befatter seg med regelen, samt at unge kvinner i den angitte aldersgruppen enklere skal kunne forutberegne sine rettigheter på dette området av helseretten.

Ut fra forarbeidene å bedømme er for så vidt lovgivers hensikt med bestemmelsen god, men likevel har jeg tidvis spurt meg selv om vi i det hele tatt trenger å ha en slik bestemmelse i loven vår? De hensyn som bestemmelsen søker å ivareta ifølge forarbeidene, mener jeg kan ivaretas gjennom nødrett. Slik sett mener jeg vi kan unnvære denne regelen i norsk helserett, og derfor også samtidig unngå en bestemmelse som vil harmonere dårlig med annen gjeldende rett.

Selv om det nå foreligger et forslag til ny grunnlov, er jeg ikke sikker på at barn automatisk vil få en sterkere rettsstilling selv om de får grunnlovsfestet sine rettigheter. Sanberg hevder at det at barn får sin egen bestemmelse i en ny grunnlov vil ha symbolsk og politisk betydning.<sup>52</sup> Vil da eksempelvis en helsearbeider tenke seg ekstra nøye om dersom man ”trækker” på en rettighet som barnet har forankret i grunnloven? Nei, mener jeg. Jeg tror det vil ta tiår før barn, vil stå like sterkt som voksne individer i samfunnet. Grunnen til dette er fordi barn, etter min mening, er en undertrykket gruppe også i det norske samfunn som kanskje ser ut til å stå sterkt på papiret i form av vern gjennom loven, men praktiseringen og hull i lovverket har gitt meg et annet syn på virkeligheten. Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd representerer et slikt hull i lovgivningen som svekker unge kvinners vern. Derfor frykter jeg at slik grunnlovsfesting ikke vil virke etter sin hensikt, men dette får tiden vise.

Jeg tillater meg å avslutte med tredje vers i et dikt av Inger Hagerup som omhandler likestilling.

«Til kvinner er vi født»

*"Vi tapte alltid, også når vi vant.  
På mannens alter måtte kvinnen ofre  
Den vakre sin forstand, den grimme hjertet.  
Men langsomt var det noe som vi lærte."*

---

<sup>52</sup> Riks lunsjseminar, 19.mars 2012





## 9 LITTERATURLISTE

### Norske lover:

1902- Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) av 22. mai nr. 10.

1927- Lov om vergemål for umyndige (vergemålsloven) av 22.april nr. 3.

1973- Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.  
(transplantasjonsloven) av 9. februar 1973 nr. 6.

1975- Lov om Svangerskapsbrudd (abortloven) av 13.juni 1975 nr. 50.

1977- Lov om sterilisering (steriliseringsloven) av 3.juni nr. 57.

1981- Lov om barn og foreldre (barneloven) av 8.april 1881 nr. 7.

1999- Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett  
(menneskerettsloven) av 21.mai 1999 nr.30. februar 1973 nr. 6.

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

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

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

2005- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)  
av 17.juni.2005 nr.62.

**Forskrifter:**

2001 Forskrift 15.juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd (abortforskriften).

**Forarbeider til norske lover:**

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

**EMD- avgjørelser:**

Dom 8.juli 2004. Vo mot Frankerike, appl. no. 53924/00.

Dom 16.desember 2010. A, B og C mot Irland, appl.no. 25579/05,

**Bøker:**

Bøckmann, Kari og Alice Kjelle vold: *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*, Oslo, 2010.

Dahl, Tove Stang: *Pene piker haiker ikke*, Oslo, 1994.

Herrmann, Janne Rothmar: *Rettsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg – Om håndteringen af retlige hybrider*, København, 2008.

Kjønstad, Asbjørn: *Helserett*, Oslo, 2005.

Ohnstad, Bente: *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren*, Oslo, 2003.

Smith, Lucy og Peter Lødrup: *Barn og foreldre: forholdet mellom barn og foreldre etter barneloven av 1981*, 4. utgave, Oslo, 1993.

Stang, Elisabeth Gording: *Det er barnets sak. Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*, Oslo, 2007.

Syse, Aslak: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 3. Utgave, Oslo, 2009.

Warberg, Lasse: *Barn og unges rettigheter som pasienter*, Oslo, 1998.  
(Hefter om helserett)

Warberg, Lasse: *Rettsregler om kvinner som pasienter*, Oslo, 1998.  
(Hefter om helserett)

Warberg, Lasse: *Rettsregler om pasienters pårørende*, Oslo, 1998.  
(Hefter om helserett)

Warberg, Lasse: *Norsk helserett*, Oslo, 2001.

Willie, Petter F. : *Oversikt over internasjonale rettskilder og aktiviteter med fokus på barn og barns rettigheter*. I: Mary- Ann Hedlund: *Barnerett- i et internasjonalt perspektiv*, Oslo, 2008.

### **Artikler:**

Kjønstad, Asbjørn: *Et verk om "Fortrolighet i sundhedsretten" og moralfilosofi i rettsvitenskapen*. I: Retfærd Årgang 30 2007 nr. 3/ 118.

Sandberg, Kirsten: *Grunnlovfesting av barns rettigheter*. I: Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernsrettslige spørsmål, 2012-1.



Aasen, Henriette Sinding: *Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp*. I: Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål, 2008-1.

**Nettdokument:**

Artikkel, VG NETT, 10.02.2012 - Vedr. legers adgang til å reservere seg mot abort.  
(<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10043190>)

Artikkel, dagbladet.no, 14.01.2008 - Kan få senabort i Sverige  
(<http://www.dagbladet.no/dinside/2008/01/14/523812.html>)

Artikkel, nettdoktor.no, 5.juli 2000 - Abortinngrepet-verdt å vite  
([http://www.nettdoktor.no/graviditet\\_foedsel/artikler/graviditet/abort.php](http://www.nettdoktor.no/graviditet_foedsel/artikler/graviditet/abort.php))

Masteravhandlingen til Kjerstin Haugenes Loland  
(<https://www.duo.uio.no/handle/123456789/19133>)

**Personlig meddelelse:**

Høgberg, Benedikte M. og Kirsten Sandberg på RIKS lunsjseminar-19.03.2012.  
-Tema grunnlovfesting av menneskerettigheter, herunder barns rettigheter.

**Annet:**

Aktuelt, NRK1, 1.02.2012 - Diskusjon i forbindelse med å gi unge kvinner prevensjon  
(<http://www.nrk.no/nett-tv/klipp/824034>).

