

Bilag til konseptutredning om lavterskel hjelpetilbud til personer som utgjør en risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge

## Helserettslige rammebetingelser og problemstillinger

### Innhold

1. Innledning.....	2
2. Hva anses som helsehjelp .....	2
3. Taushetsplikt, tilgangsstyring og sperring av journal .....	4
4. Henvisning og refusjon .....	5
5. Rettighetsvurdering og prioritering.....	8
6. Avvergingsplikt og opplysningsplikt .....	9
7. Informasjon om og samtykke til helsehjelp – ungdom 16-18 år.....	10
8. Personvern, anonymitet, forskning .....	11

## 1. Innledning

Dette bilaget skisserer sentrale helserettslige rammebetingelser for lavterskel hjelpetilbud til personer som utgjør en risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge.

Konseptutredningen foreslår tre alternative modeller for et lavterskeltilbud. Se konseptutredningen kapittel 5. Grovt skissert inneholder de tre modellene to eller flere av følgende nivåer:

- 1. nivå - kampanje
- 2. nivå - nettside med info og kontaktopplysninger til aktuelle behandlingssteder i spesialisthelsetjenesten. I modell 2 og 3 inneholder nettsiden også kontaktopplysninger til veiledningstjenesten og til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Anonymt.
- 3. nivå – telefon/chat/epostkanal for generell veiledning, risikovurdering og kontaktopplysninger for direkte kontakt med behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet driftes enten i et forvaltningsorgan, en humanitær organisasjon e.l. (modell 2) *eller* i en enhet i spesialisthelsetjenesten (modell 3). Betjenes av helsepersonell. "Anonymitet" tilbys brukere som kun ønsker generell veiledning.
- 4. nivå - terapeutisk behandling. Behandlingstilbudet ytes i spesialisthelsetjenesten og utføres av kvalifisert helsepersonell i tråd med anerkjent klinisk praksis. Ikke anonymt.

Modellene er i all hovedsak forsøkt utformet slik at det ikke er nødvendig å gjøre endringer i gjeldende lover og forskrifter.

Forslaget om mulighet til direkte kontakt ("egenhenvisning") fra bruker til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten (modell 2 og 3) skiller seg imidlertid fra vanlig praksis med henvisning via (primært) fastlege. Rapporten peker på at dette støter an mot an mot regelverket for refusjon av poliklinisk behandling, jf. poliklinikkforskriften § 2, og med utgangspunktet om at retten til vurdering av nødvendig helsehjelp bygger på en henvisning, jf. pbrl. (pbrl.) § 2-2.

## 2. Hva anses som helsehjelp

### *Problemstilling*

Innhold, bemanning og organisering av tilbudet har betydning for om de ulike nivåene i modellene vil falle inn under begrepene helsetjenester og helsehjelp og være regulert av helselovgivningen.

Lavterskeltilbudet skal tilby både veiledning og behandling (psykisk helsehjelp, ev. også somatisk helsehjelp) til personer som har seksuelle følelser for barn.

Hensikten med dette kapitlet er å identifisere hvilke deler av tilbudet som vil falle innenfor helsehjelpsbegrepet og hvilke utenfor.

### *Rettslig utgangspunkt*

Definisjonen av helsehjelp og helsepersonell i [helsepersonelloven \(hpl.\) § 3](#) og [pbrl. § 1-3 d](#):

"Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

"Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49,
2. personell i helse- og omsorgssektoren eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd ...." p

" helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester"

Prof. dr. jur. Aslak Syse har spesielt utredet krav til *netthelsetjenester* i [Juridisk betenkning vedr. enkelte spørsmål knyttet til helsetjenester ved bruk av moderne former for telekommunikasjon](#) (2007). Om netthelsetjenester er helsehjelp, avhenger av en helhetsvurdering der Syse legger vekt på:

- Om helsehjelpen er basert på kunnskap om den aktuelle pasienten, enten via personlig kontakt (uten interesse om dette er via telefon, brev, epost) eller journalinformasjon, og kontakten foregår innenfor helsepersonals normale arbeidssituasjon.
- Om "... rådgivningen er av handlingsrettet karakter for pasienten, dvs. om pasienten blir bedt om å foreta seg noe, eller ikke foreta seg noe som resultat av den informasjonsutvekslingen som finner sted ..."
- Om tjenesten drives helsefaglig profesjonelt? Dvs. av helsepersonell og iht. plikt- og ansvarsregler for helsetjenester og helsepersonell.
- Om deler av virksomheten er klart innenfor helsetjenestebegrepet? Kan tale for at resten av virksomheten (for eksempel mer generell rådgivning) også blir å anse som helsehjelp.

Momentene er brukt i Helsedirektoratet fortolkninger, se blant annet Helsedirektoratets jnr. 10/01153 (SUSS-telefonen):

- Konkrete (helse)råd som er individuelt tilpasset brukeren eller mer generelle råd som kan gjelde en større gruppe?
- Kan brukeren få den samme informasjonen annet sted, eller tilegne seg den selv?
- Hva er formålet med tjenesten (helsehjelp)?
- Er rådgivningen av handlingsrettet karakter (råder den pasienten til en helserettet handling)?
- Oppfatter *brukeren* tjenesten som helsehjelp?

Momentene må for øvrig også gjelde for helsetjenester generelt.

Hvis handlingen er helsehjelp – tradisjonell eller nettbasert, så utløser dette en rekke lovpålagte plikter og ansvar som følger med det å drive helsehjelp:

- Forsvarlighet - hpl. § 4 og tjenestelovgivning
- Pasientrettigheter, informasjon, medvirkning, journalinnsyn etc. - pbrl. kapittel 3 til 5
- Taushetsplikt - hpl. kapittel 5 og tjenestelovgivning
- Dokumentasjonsplikt (journalføring) - hpl. kapittel 8
- Opplysningsplikt til barnevernet og politi mv. - hpl. kapittel 6

Tjenester som faller innenfor definisjonen av helsehjelp utløser, som det fremgår ovenfor, en rekke grunnleggende pliktregler som ikke er forenlig med *anonymitet* – særskilt kan nevnes krav til forsvarlighet og dokumentasjonsplikten (journalføring). Syse sier relatert til netthelsetjenester (punkt 4.3):

"Selv om det rent faktisk er mulig å etablere en netthelsetjeneste som skulle yte helsehjelp – i helsepersonellovens forstand – til anonyme brukere, ville denne tjenesten systematisk måtte bryte flere og helt grunnleggende pliktregler som tilligger det autoriserte helsepersonellet som ansvarlig tjenesteyter. En netthelsetjeneste må derfor, for ikke å komme i strid med helsepersonellovens pliktregler, overfor anonyme brukere bare kunne tilby rådgivningstjenester av slik uspesifisert og ikke-individrettet karakter at den ikke framstår som "helsehjelp" [...] En slik rådgivningstjeneste vil selvfølgelig kunne betjene både identifiserte og anonyme brukere."

Se også [rundskriv I-4/2017](#) fra HOD – krav til dokumentasjon av diagnose i lavterskeltilbud i helse- og omsorgstjenesten.

Men heller ikke ovennevnte utgangspunkt om identifikasjon av pasient og journalføring er absolutt. Det utføres for eksempel "anonym" hurtigtesting for HIV ved en rekke klinikker og helsetilbud. Den som vil testes må møte personlig på klinikken, men må ikke oppgi navn eller andre identifiserende opplysninger.<sup>1</sup>

#### *Vurdering/forslag tiltak*

- 1. nivå: Kampanje. Ikke helsehjelp.
- 2. nivå: Nettside. Dersom bruker er anonym, kan tjenesten ikke drive helsehjelp i tråd med grunnleggende krav i helselovgivning, blant annet plikter (journalføring, forsvarlighet) og ansvar. Må derfor holde seg innenfor rammen av generell rådgivningstjeneste, type netjtjenesten ung.no.
- 3. nivå: Kontakt med bruker via chat/telefon/epost. Dersom bruker vil være anonym, kan tjenesten ikke drive helsehjelp i tråd med grunnleggende krav i helselovgivning, blant annet plikter (journalføring, forsvarlighet) og ansvar. Må derfor holde seg innenfor rammen av generell rådgivningstjeneste, type netjtjenesten ung.no. Dersom bruker ikke er anonym, kan det i prinsippet ytes helsehjelp, i form av individuelt basert helserådgivning, risikovurdering og henvisning mv. Usikkerhet om identitet og manglende nærhet, kan utfordre faglig forsvarlighet og sette begrensninger på type og omfang av helsehjelp på dette nivået – tjenesten må i praksis tilpasses dette.
- 4. nivå: Psykoterapeutisk og ev. medikamentell helsehjelp innen rammen av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Modell legger ikke opp til løsninger på dette nivået som kommer i konflikt med gjeldende regelverk.

Det vurderes i utgangspunktet ikke behov for noen særregulering knyttet til grensegangen mellom helsehjelp/ikke-helsehjelp eller pliktene som følger med å drive helsehjelp. Tilbudet innenfor nivåene tenkes tilpasset slik at det kan drives i tråd med gjeldende regelverk.

### 3. Taushetsplikt, tilgangsstyring og sperring av journal

#### *Problemstilling*

Helseopplysninger om pasientgruppen er sensitive og opplysningene kan misbrukes til stor skade. Pasientens tillit til konfidensialitet kan være en forutsetning for å oppsøke behandlingstilbudet og ha en så åpen kommunikasjon som kreves for god behandling.

Spørsmålet er om regelverk og tilgangsstyring i praksis kan ivareta ønsket grad av konfidensialitet.

#### *Rettslig utgangspunkt*

For så vidt tilbudet er å anse som helsehjelp plikter helsepersonell å føre journal i tråd med reglene i [hpl. kapittel 8](#) og [pasientjournalloven](#). Helsepersonell har taushetsplikt og skal hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold, jf. hpl. § 21. Utveksling av og tilgang til journal eller helseopplysninger kan bare skje i den utstrekning det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, jf. hpl. §§ 45 og 25. Å lese helseopplysninger fra journal, med mindre dette gjøres for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, eller av andre lovlige grunner, er et straffbart brudd på hpl. § 21a ("snoking").

---

<sup>1</sup> Anonymitet for så vidt at man ikke oppgir navn, fødselsnummer e.l., men forutsetter at man møter personlig for å få prøvesvar. Se eksempelvis <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/hiv-test>

Et helseforetak må ha et system for tilgangsstyring i samsvar med loverket. Tilgang til journal tildeles individuelt, og vil normalt begrenses til å omfatte den/de organisatoriske enheter som omfatter den enkelte ansvars- og arbeidsområde. Lege vil typisk ha normaltilgang på avdelings-/seksjonsnivå, og pleiepersonell vil typisk ha normaltilgang på postnivå. Lege og psykolog som har et selvstendig behandlingsansvar, gis gjerne tilgang på tvers av somatikk og psykiatri.<sup>2</sup>

Enkelte sykehusklinikker som håndterer sårbare og sensitive personopplysninger, oppgir at klinikkens journalsystem er *skjermet* for innsyn fra resten av sykehuset. Eksempelvis kan nevnes: Olafiaklinikken (OUS) opplyser på sine nettsider at deres datasystem er skjermet "utad i Oslo universitetssykehus og andre helsepersonell kan ikke se at du har besøkt Olafiaklinikken."<sup>3</sup> Tilsvarende tilgangsstyring har for eksempel også alle overgrepsmottak ved helseforetakene i Helse Midt RHF. St. Olavs hospital, avdeling Brøset, opplyser at de har skjermede områder på helseforetakets journalsystem for "Høyrisiko-prosjektet" (personer med alvorlig partnervold) og for "Proteus-prosjektet" (personer som nylig er pågrepet for internett-relaterte seksuallovbrudd).<sup>4</sup>

*Sperring* av journal er regulert som pasientens rettigheter til å begrense helsepersonells tilgang til helseopplysninger i prbl. § 5-3 og hpl. §§ 25 og 45. Journalen kan sperres helt eller delvis for innsyn fra enkeltansatte eller grupper av ansatte.

Sperring kan ha potensielt uønskede konsekvenser, ved at helsepersonell ikke får tilgang til opplysninger som de kan ha behov for å yte forsvarlig helsehjelp. Pasienter må derfor informeres om konsekvensene av å sperre journalen. I øyeblikkelig hjelp situasjoner vil en sperring kunne oppheves dersom det er fare for liv og helse.

#### *Vurdering/forslag tiltak*

Problemstillingen gjelder nivå 3 og 4 i modell 2 og 3, dvs. nivåene der det ytes helsehjelp og hvor helsepersonellet da er pliktig å føre journal.

Regelverket gir muligheter for at pasient kan be om *sperring* av journaler for annet helsepersonell enn de som behandler vedkommende. Videre er ikke regelverket til hinder for at alle journaler ved en enhet/klinikk *skjermes* for innsyn fra andre enheter ved helseforetaket/virksomheten. Hvordan dette håndteres, er i praksis avhengig av det/den enkelte helseforetaks/helsetjenestes tilgangsstyringssystem. Betenkelighetene ved av at helsepersonell i en akuttsituasjon, har begrenset/manglende tilgang til pasientens journal(notater) som angår behandling for seksuelle følelser for barn, antas å være små.

Om ønskelig kan det stilles forutsetninger til den/de som skal drifte tilbudet, om å tilrettelegge for høyest mulig grad konfidensialitet i tråd med ovennevnte muligheter.

## 4. Henvisning og refusjon

### *Problemstilling*

En sentral begrunnelse for lavterskeltilbudet er at målgruppen vil ønske konfidensialitet og dermed vegre seg for å oppsøke for eksempel egen fastlege. Manglende kompetanse om eller forståelse for problematikken hos fastlegen, kan være en annen hindring. I tillegg kan ev. ventetid hos fastlegen

---

<sup>2</sup> Hentet fra [Prosedyre: Prinsipper for tilgangsstyring av EPJ, Helse Sør Øst](#) (datert 10.11.2017)

<sup>3</sup> <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-for-kirurgi-inflammasjonsmedisin-og-transplantasjon/avdeling-for-revmatologi-hud-og-infeksjonssykdommer/olafiaklinikken/apningstider-og-telefontider/sporsmal-og-svar-olafiaklinikken#hvordan-ivaretas-personopplysninger>

<sup>4</sup> Epost 13022019 fra seksjonssjef Svein Øverland, Seksjon for nasjonale rettspsykiatriske funksjoner, Brøset, St. Olavs hospital

være en ulempe, da behandlingsmotivasjonen hos målgruppen er svingende og det er viktig å gi et tilbud umiddelbart når en person i målgruppen oppsøker lavterskeltilbudet.

Det alminnelige utgangspunktet om henvisning fra fastlege/førstelinjetjenesten til spesialisert behandling, kan da være et hinder for å oppsøke kvalifisert hjelp og å få denne i tide.

#### *Rettslig utgangspunkt*

Loven regulerer ikke direkte hvem som kan henvise pasienter til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men det er vanligvis leger og psykologer som henviser. Dette har sammenheng med regler for refusjon og takster: For at det skal kunne kreve egenandel og refusjon for helsehjelp, stilles det krav til hvem henvisningen kommer fra, jf. [folketrygdloven kapittel 5](#), [poliklinikkforskriften § 2](#) og [forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp § 4](#). Dersom det ved undersøkelse foretatt ved poliklinikk i en hovedspesialitet, oppdages sykdom av en helt annen art som krever full undersøkelse ved poliklinikk i en annen hovedspesialitet uten sammenheng med utredning eller behandling av den første sykdomstilstanden, kan det henvises internt, jf. poliklinikkforskriften § 2 andre ledd annet punktum.

Unntak fra henvisningskravet gjelder for pasienten som på egen hånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp og hvor denne avdeling/funksjon finner det nødvendig å undersøke/behandle vedkommende, jf. poliklinikkforskriften § 2 annet ledd. Skadepoliklinikken på Oslo legevakt er underlagt Oslo universitetssykehus, og er et klassisk eksempel på en akuttfunksjon som bruker kan oppsøke uten henvisning, men som altså gir hjemmel for å kreve egenandel og som utløser refusjon.

Også enkelte andre tilbud i spesialisthelsetjenesten er spesielt innrettet med tanke på at brukerne tar direkte kontakt uten henvisning fra fastlege e.l. Begrunnelsene for dette kan dels være behov for konfidensialitet, til dels behov for rask/enkel tilgang til spesialiserte tjenester.

Ett eksempel er Olafiaklinikken (OUS)<sup>5</sup> og tilsvarende tilbud for testing, oppfølging og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner ved andre sykehus.<sup>6</sup> Det tilbys drop-in konsultasjoner uten henvisning for testing av seksuelt overførbare infeksjoner. Dette blir betraktet som øyeblikkelig hjelp. Timebestilling krever henvisning fra lege. Ved ev. mistanke om tilstander som ikke hører under klinikkens fagområde, henvises videre, for eksempel til urologisk eller gynekologisk avdeling. Olafiaklinikken rettighetsvurderer i all hovedsak bare etter henvisning fra fastlege, dvs. ikke på grunnlag av drop-in konsultasjoner.

Et annet eksempel er landets overgrepsmottak, som fra 1. januar 2016 er lagt inn under spesialisthelsetjenesten – for eksempel til Oslo universitetssykehus. Brukere som har vært utsatt for overgrep, kan ta direkte kontakt uten å gå vei om henvisning fra fastlege. Dette anses som øyeblikkelig hjelp.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-for-kirurgi-inflammasjonsmedisin-og-transplantasjon/avdeling-for-revmatologi-hud-og-infeksjonssykdommer/olafiaklinikken#les-mer-om-olafiaklinikken>

<sup>6</sup> Tilbud ved hud-/infeksjonsavdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset, St. Olavs hospital, Haukeland universitetssykehus, Haugalandet, Stavanger universitetssykehus, Sørlandet sykehus og Sykehuset i Østfold (epost fra Arild Johan Myrberg)

<sup>7</sup> [Stortingsmelding 15 \(2012 – 2013\) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve og](#) Prop. 1 S [2014-2015]

Et tredje eksempel er at en kvinne som ønsker å få utført svangerskapsavbrudd selv begjære dette i spesialisthelsetjenesten uten henvisning, jf. [forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24 femte ledd](#).<sup>8</sup>

Et eksempel fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er at man fra 1. januar 2018 ikke lenger trenger henvisning fra fastlegen for å utløse refusjon for behandling hos fysioterapeut med kommunalt driftstilskudd. Hensikten er å sikre raskere tilgang.<sup>9</sup>

Henvisninger er altså hovedsporet inn i spesialisthelsetjenesten blant annet pga. refusjonsregler. Unntak er ved øyeblikkelig hjelp, og dette sporet synes å bli anvendt for visse tjenester med behov for konfidensialitet, rask tilgang og spesialisert kompetanse med lav terskel for bruker.

#### *Vurdering/forslag tiltak*

Det er ønskelig at bruker kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten uten å måtte oppsøke fastlege for henvisning, jf. innledningen i dette kapittelet, samtidig som det utløser refusjon.

En konsekvens av at bruker ikke er henvist, vil være at poliklinikken ikke kan kreve egenandel av bruker eller refusjon for egenandelen fra Helfo, jf. poliklinikkforskriften § 2 og forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp § 4. Det vil gi lavere inntekt for poliklinikker som behandler pasientgruppen, selv om ISF og rammefinansiering uansett vil være den altoverveiende viktigste finansieringskilde.

Muligheter som kan vurderes for å bøte på dette er:

Det gjøres et unntak fra kravet om henvisning for denne gruppen, slik at det kan avkreves egenandel av pasienten eller utløses refusjon for egenandelen fra Helfo. Det kan vurderes om pasientgruppen skal gis fritak fra å betale egenandel, jf. forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp §5. Dette vil i så fall kreve forskriftsendringer i poliklinikkforskriften og forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp.

En annen mulighet for å imøtekomme økonomisk tap fordi en ikke kan få inn egenandeler, er å øke rammetilskuddet.

Ytterligere en mulighet er at tjenesten vurderes som øyeblikkelig hjelp etter modell av Olafiaklinikken og overgrepsmottakene, slik at det vil være mulig å kreve egenandel uten henvisning, jf. poliklinikkforskriften § 2 annet ledd. I modell 3 kan en se for seg at veiledningstjenesten fungerer som et akutt tilbud: Der veiledningstjenesten ikke kan hjelpe bruker med enkeltstående konsultasjon, henvises bruker internt til det spesialiserte behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten (internhenvisning/sekundærhenvisning), sml. Olafiaklinikken.

Et alternativ eller supplement i modell 2, kan være at veiledningstjenesten bemannes med helsepersonell som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. Ev. at veiledningstjenesten knytter til seg/ha avtaler med en eller flere allmennleger eller psykologer som bruker kan kontakte for å få henvisning.

---

<sup>8</sup> [Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne](#) kapittel 4.

<sup>9</sup> Tidligere tredje ledd (første og annet punktum) i folketrykkløven § 5-8, som inneholdt krav om henvisning fra lege e.l., ble fjernet ved lovendring som trådte i kraft 1. januar 2018.

## 5. Rettighetsvurdering og prioritering

### *Problemstilling*

Behandlingsmotivasjonen kan endre seg over tid. Risikoen for at personen begår overgrep må antas å øke med lengre ventetid før behandling. Det er derfor sentralt at pasientene får rett til rask behandling (prioritet). Det kan være ønskelig at rettighetene gis på grunnlag av *risiko* for nye overgrep.

### *Rettslig utgangspunkt*

Pasient kan henvises til spesialisthelsetjenesten, herunder avtalespesialister. Avtalespesialister har imidlertid ikke myndighet til å rettighetsvurdere, jf. [pbrl. § 2-2](#), og utløser dermed ingen rett til nødvendig helsehjelp for pasienten med frist for start helsehjelp, fritt behandlingsvalg, rettigheter ved fristbrudd mv.<sup>10</sup>

En henvisning skal vurderes ved den kliniske enheten som pasientens helsetilstand i hovedsak sorterer under.

Pasienten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten, få informasjon om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pbrl. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når han skal møte opp og når helsehjelpen senest skal settes i gang, jf. pbrl. § 2-2. Det heter i forarbeidene i [Prop. 118 L \(2012-13\)](#) at "Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfeller hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke."

Alle henviste pasienter skal vurderes i samsvar med [prioriteringsforskriften](#). Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten inntreffer når pasienten har forventet nytte av helsehjelpen og det er et rimelig forhold mellom kostnader og effekt.

For flere fagområder er det utarbeidet prioriteringsveiledere som gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister for oppstart helsehjelp for en rekke vanlige tilstander, herunder for [psykisk helsevern for barn og unge](#) og [psykisk helsevern for voksne](#). Skadelig seksuell atferd (ungdom under 18 år) prioriteres etter diagnosen atferdsforstyrrelser i prioriteringsveilederen for barn og unge – behandlingsoppstart innen 12 uker. Pr i dag eksisterer ingen prioriteringsveileder for voksne som dekker pedofili eller risiko for seksuelle overgrep mot barn.

### *Vurdering/forslag tiltak*

Foreslått modell 2 og 3 legger opp til at pasienten skal ha mulighet til å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte uten henvisning, dvs. avvik fra den vanlige inngangen til spesialisthelsetjenesten (se forrige punkt). Dette påvirker også rettighetsvurderingen, da utgangspunktet for vurderingen er at det foreligger henvisning.

Dersom bruker gis mulighet til å henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten *uten* henvisning, bør det derfor tydeliggjøres i regelverk/retningslinjer at bruker skal ha en rettighetsvurdering i tråd med pbrl. § 2-1 b og § 2-2. Ev. kan det tydeliggjøres i regelverk at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp dersom visse nærmere angitte vilkår er oppfylt.

---

<sup>10</sup> RHFene har fått et oppdrag om å iverksette et pilotprosjekt hvor avtalespesialister får rett og plikt til å rettighetsvurdere henvisninger.



Hvorvidt pasienten har rett på nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, bør vurderes raskere enn 10 virkedager, i tråd med pbrl. § 2-2 som gir rett til raskere vurdering ved mistanke om alvorlig sykdom. Det bør gis retningslinjer om kortere vurderingstid for personer med risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn.

Kriterier for vurdering av rettighetsstatus og frist for seneste tidspunkt for oppstart av helsehjelpen bør også tydeliggjøres. Det bør videre tydeliggjøres at bruker får rett til behandling på grunnlag av identifisert risiko for overgrep.

## 6. Avvergingsplikt og opplysningsplikt

### *Problemstilling*

Målgruppen for lavterskeltilbudet er personer som er potensielle overgripere. Erfaring fra andre land med slike tilbud, viser likevel at også personer som allerede har begått/begår overgrep kan henvende seg. Videre vil det i enkelte tilfeller komme fram i et etterfølgende behandlingsforløp, at pasienten er involvert i pågående seksuelle overgrep. Dette vil aktualisere avvergingsplikt og opplysningsplikt for den som mottar informasjonen.

### *Rettslig utgangspunkt*

[Straffeloven § 196](#) pålegger *enhver* å avverge *visse* straffbare handlinger eller følgene av dem, herunder seksuelle overgrep som er omfattet av strl. §§ 291 (voldtekt), 295 (misbruk av overmaktsforhold ol.) 299 (voldtekt av barn under 14 år), 312 (incest) og 314 (seksuell omgang med andre nærstående).<sup>11</sup> Plikten gjelder uten hinder av taushetsplikt.

Plikten inntreffer når det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen er eller vil bli begått, og på det tidspunkt det fortsatt er mulig å avverge handlingen eller følgene av den. Plikten omfatter altså ikke handlinger det ikke er mulig å avverge.

Den mest praktiske avvergingshandlingen er å anmelde forholdet til politiet. Plikten gjelder uavhengig av om man kjenner identiteten til den som begår handlingen eller offeret for den. Det er opp til politiet - ikke den som anmelder - å vurdere om de har tilstrekkelig med opplysninger til at det er mulig å avverge handlingen.

Helsepersonell har også en spesifikk avvergingsplikt etter [hpl. § 31](#). Helsepersonell skal varsle politi dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person. Plikten er mer vidtrekkende enn avvergingsplikten etter strl. § 196, da den ikke knytter seg til (bestemte) lovbrudd.

[Barnevernloven § 6-4](#) pålegger opplysningsplikt til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn (under 18 år) blir eller vil bli utsatt for blant annet mishandling eller alvorlig omsorgssvikt, herunder seksuelle overgrep. Opplysningsplikten til barneverntjenesten forutsetter at barnet kan identifiseres. Opplysningene skal gis uten ugrunnet opphold.

Plikten omfatter alle som utfører tjeneste for forvaltningsorgan og yrkesutøvere som opptre i medhold av helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven mv., og private som utfører oppgaver for stat, fylkeskommune eller kommune, og de som utfører slike oppgaver på vegne av organisasjoner. Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten følger også av [hpl. § 33](#). Plikten gjelder uten hinder av taushetsplikt i lov eller avtale.

---

<sup>11</sup> I høringsnotat desember 2018 fra Justis- og beredskapsdepartementet foreslås det at flere lovbrudd skal omfattes av avvergeplikten, herunder åpnes det for at avvergeplikten skal omfatte strl. § 303 om grove seksuelle handlinger mot barn mellom 14 og 16 år.

### *Vurdering/forslag tiltak*

Uavhengig av modell og nivå i modellen vil enhver som betjener tilbudet være omfattet av straffelovens avvergingsplikt. Det samme gjelder opplysningsplikten til barnevernet, for så vidt som alle nivåer i tilbudet vil være utført av eller på vegne av det offentlige. Helsepersonell som yter helsehjelp har dessuten opplysningsplikt i kraft av å gi helsehjelp.

På nivå 2-4 i modellene må brukerne gjøres oppmerksom på betjeningens/helsepersonells avvergings- og opplysningsplikt dersom brukerne formidler opplysninger som utløser disse pliktene. Slik informasjon kan for eksempel gis på nettsider, telefonsvarer og ved oppstart av screening og behandling.

Det er behov for tydelige rutiner for hvordan avvergingsplikt og opplysningsplikt håndteres av tilbudet i alle ledd. Herunder må det være tydelig at avvergingsplikten ikke er avhengig av kjent identitet hos gjerningsperson og offer. Det er tenkelig at dette kan hindre enkelte fra å ta kontakt med tilbudet.

Etter Helsedirektoratets vurdering er det ikke aktuelt med regelverksendringer på dette området.

## 7. Informasjon om og samtykke til helsehjelp – ungdom 16-18 år

### *Problemstilling*

Helsedirektoratet foreslår i første omgang å avgrense målgruppen til personer over 16 år, som regnes som helserettslig myndige og bestemmer som utgangspunkt over egen helsehjelp. Problemstillingen er om ungdom mellom 16 og 18 år kan motta behandling uten at foreldre (i noen grad) informeres eller involveres. Risikoen ved foreldreinvolvering er at ungdommen ikke vil oppsøke behandlingstilbudet.

### *Rettslig utgangspunkt*

Samtykkekompetente personer mellom 16 og 18 år samtykker til helsehjelp selv, med mindre det er gjort unntak i lov (for eksempel transplantasjon) eller noe annet fremkommer av tiltakets art (etter en konkret vurdering for eksempel eksperimentell, risikofylt eller irreversibel behandling), jf. [pbrl. § 4-3 første ledd](#).

Foreldre har likevel krav på informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret fram til ungdommen er 18 år, jf. [pbrl. § 3-4 fjerde ledd](#). Det kan være informasjon om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg og innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander. Det må vurderes konkret hvilken informasjon som skal gis; informasjonsplikten vil normalt ikke omfatte en full redegjørelse for helsetilstand, helsehjelp mv. Dersom foreldrene gis informasjon, skal ungdommen orienteres om dette.

### *Vurdering/forslag tiltak*

Samtykkekompetente ungdommer mellom 16-18 år vil altså som utgangspunkt selv kunne bestemme om vedkommende skal oppsøke og ta imot helsehjelp for problematisk eller skadelig seksuell atferd, dvs. at foreldresamtykke ikke er nødvendig.

Om foreldrene skal ha *informasjon* for å kunne oppfylle foreldreansvaret sitt, må vurderes konkret fra sak til sak. Det vil kunne være aktuelt ved for eksempel alvorlige psykiske tilstander. Økt selvmords- eller selvskadingsfare pga. ungdommens psykiske tilstand vil også kunne begrunne at informasjon gis til foreldre. Informasjonen må avgrense til det nødvendige for å ivareta foreldreansvaret - det er ikke sikkert informasjon om de bakenforliggende årsaken til selvmordsfare er nødvendig å gi i det konkrete tilfelle.

Foreldreansvaret for søsken som ev. står i fare for å bli utsatt for overgrep av ungdommen, kan også tilsi at foreldre gis informasjon. Avvergingsplikten kan forplikte helsepersonellet til å varsle foreldrene. Se kapittelet "Avvergingsplikt og opplysningsplikt".

Etter Helsedirektoratets vurdering er det ikke aktuelt med regelverksendringer på dette området.

## 8. Personvern, anonymitet, forskning

### *Problemstilling*

Registrering av opplysninger om brukerne av tilbudet er aktuelt i flere sammenhenger.

- Helsehjelp som ytes skal journalføres iht. kravene i helsepersonelloven og journalforskriften. Se kapittel "Taushetsplikt, tilgangsstyring og sperring av journal" ovenfor.
- Av hensyn til statistikk, kvalitetsarbeid og forskning er det ønskelig å behandle opplysninger om de som tar anonym kontakt til tilbudet
- Av hensyn til avvergeplikt er det ønskelig med midlertidig registrering og lagring av IP-adresser til datamaskiner og telefoner for den anonyme delen av tilbudet

### *Rettslig utgangspunkt*

[Personopplysningsloven/personvernforordningen](#) gjelder for all behandling av personopplysninger. I tillegg gjelder [pasientjournalloven](#) for behandling av helseopplysninger. [Helseforskningsloven](#) regulerer forskning på helseopplysninger

Med *personopplysninger* menes enhver opplysning om en identifisert eller identifiserbar fysisk person (den registrerte). Anonymitet forutsetter at personen hverken direkte eller indirekte kan identifiseres ved hjelp av for eksempel navn, identifikasjonsnummer, lokaliseringsopplysninger, en nettidentifikator mv. (Forordningen artikkel 4 punkt 1). Med helseopplysninger menes personopplysninger om en fysisk persons fysiske eller psykiske helse - herunder om ytelse av helsetjenester som gir informasjon om vedkommendes helsetilstand (Pasientjournalloven § 2 første ledd bokstav b og forordningen artikkel 4 punkt 15).

Med *behandling* menes enhver operasjon som gjøres med personopplysninger, for eksempel innsamling, registrering, lagring, utlevering, sammenstilling mv. (Forordningen artikkel 4 punkt 2).

Lovlig behandling av personopplysninger kan skje på visse alternative vilkår (Forordningen artikler 6 og 9). Blant annet når behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige, som for eksempel ved lovpålagt journalføringsplikt, jf. forordningen artikkel 6 jf. litra c, jf. hpl. § 39 og pasientjournalloven 8. Behandling av blant annet helseopplysninger, opplysninger om seksuell legning og straffedommer/lovovertridelser er som utgangspunkt forbudt, men kan behandles med lovhjemmel, blant annet for ytelse av helsetjenester, forskning og statistiske formål, jf. forordningen artikkel 9 nr. 2 litra h) og j).

Regelverket stiller videre visse krav til behandling av opplysningene og hvem som er ansvarlige mv.

Dersom det er ønskelig å forske på person- og helseopplysninger som er identifiserbare, er hovedregelen at det må innhentes informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke, jf. helseforskningsloven § 13. Alternativt kan det søkes om godkjenning av Regionale etiske komiteer (REK). Dersom forskningen er basert på samtykke, kan samtykket når som helst trekkes tilbake, jf. helseforskningsloven § 16.

### *Vurdering/forslag tiltak*

All behandling av person- og helseopplysninger på alle nivåer av tjenesten og til alle aktuelle formål forutsettes å skje i samsvar med gjeldende regelverk.

Hva gjelder registrering/logging av opplysninger om brukere av tilbudets anonyme del (nivå 2, ev delvis nivå 3): Anonyme opplysninger reguleres ikke av personopplysningsloven/ personvernforordningen/pasientjournalloven. Opplysninger kan behandles, herunder registreres og bearbeides for eksempel for statistiske formål, uten samtykke eller andre krav oppstilt i nevnte regelverk. Forutsetter at personer ikke kan direkte eller indirekte identifiseres gjennom bakgrunnsopplysninger (eksempelvis vil sammenstilling av for detaljerte opplysninger om yrke, alder og bosted kunne gi unik identifisering) eller koblingsnøkler.

Forskning på personidentifiserbare opplysninger innhentet gjennom tiltaket kan skje, men da med utgangspunkt i samtykke. Unntak må godkjennes av REK, jf. ovenfor. Det kan være hensiktsmessig at samtykke innhentes i forbindelse med at opplysningene innhentes, dvs. i forbindelse med at veiledning eller behandling gis. Det må ikke imidlertid ikke gis inntrykk av dette er noen form for forutsetning for veiledning eller behandling.

Hva gjelder midlertidig lagring av IP-adresser for å håndtere avvergingsplikt: IP-adresser er nettidentifikatorer og dermed personopplysninger. Lagring av slike opplysninger og person- og helseopplysninger som kan kobles til disse, også midlertidig, anses som behandling av personopplysninger. Personvernregelverket kommer til anvendelse. DIGI-UNGs leverandør av teletjenester (ICE) lagrer slike adresser i én uke og antas å drive i samsvar med regelverket. Viktig at brukere av den delen av tilbudet som presenteres som "anonymt", tydelig gjøres kjent med dette forholdet på nettsider ol. Se nærmere under "Avvergingsplikt og opplysningsplikt" ovenfor.