

Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om

Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)

Översättning mars 2014

Originalspråk: Engelska

FN:S KOMMITTÉ FÖR BARNETS RÄTTIGHETER

CRC/C/GC/15

Sextioandra sessionen

17 april 2013



Barnombudsmannen

Box 22106

104 22 Stockholm

Telefon: 08-692 29 50

info@barnombudsmannen.se

www.barnombudsmannen.se

Innehåll

I. Inledning.....	4
II. Principer och förutsättningar för förverkligandet av barns rätt till hälsa.....	5
A. Barns olika rättigheter är ouplösligt förbundna med och beroende av varandra.....	5
B. Rätten till icke-diskriminering.....	5
C. Barnets bästa.....	6
D. Rätten till liv, överlevnad och utveckling och bestämningsfaktorerna för barns hälsa....	7
E. Barnets rätt att bli hörd.....	7
F. Barnets tilltagande förmågor och dess levnadslopp.....	8
III. Normativt innehåll i artikel 24.....	8
A. Artikel 24.1.....	8
B. Artikel 24.2.....	9
IV. Skyldigheter och ansvar.....	17
A. Konventionsstaternas skyldigheter att respektera, skydda och genomföra.....	17
B. Icke-statliga aktörers ansvar.....	17
V. Internationellt samarbete.....	19
VI. Ramar för genomförande och ansvarsutkrävande.....	20
A. Främjandet av kunskap om barns rätt till hälsa (art. 42).....	20
B. Lagstiftningsåtgärder.....	20
C. Styrning och samordning.....	20
D. Att investera i barns hälsa.....	22
E. Handlingsförloppet.....	22
F. Rättsmedel vid kränkningar av rätten till hälsa.....	24
VII. Spridning.....	25

I. Inledning

1. Utgångspunkten för denna allmänna kommentar är vikten av att förhålla sig till barns hälsa ur ett barnrättsperspektiv där varje barn har rätt till möjligheter att överleva, växa och utvecklas i ett sammanhang av fysiskt, emotionellt och socialt välbefinnande. Med "barn" menas här en individ under 18 års ålder, i enlighet med artikel 1 i FN:s konvention om barnets rättigheter (konventionen). Sedan konventionen antogs har stora framsteg gjorts när det gäller att förverkliga barns rätt till hälsa, men det finns fortfarande betydande utmaningar. Enligt FN:s kommitté för barnets rättigheter (kommittén) skulle dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättningar bland barn till största delen kunna förebyggas om det politiska engagemanget fanns och tillräckliga resurser avsattes till att tillämpa existerande kunskap och teknik för att förebygga, behandla och vårda. Denna allmänna kommentar har tagits fram i syfte att tillhandahålla vägledning och stöd åt konventionsstaterna och andra ansvariga så att de kan respektera, skydda och förverkliga barns rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa (barns rätt till hälsa).

2. Kommittén tolkar barns rätt till hälsa, så som den definieras i artikel 24, som en vittomfattande rättighet. Den handlar inte bara om att barn i rätt tid ska få lämplig förebyggande, hälsofrämjande, behandlande, rehabiliterande och palliativ vård. De har även rätt att växa och utveckla sina fulla möjligheter och att leva under förhållanden som främjar deras hälsa på bästa sätt. Detta ska uppnås med hjälp av program inriktade på underliggande hälsofaktorer. Om man ser på hälsa ur ett helhetsperspektiv placeras förverkligandet av barns rätt till hälsa inom de internationella människorättsåtagandenas bredare ram.

3. Kommittén riktar sig här till en lång rad intressenter på barnrätts- och folkhälsoområdena - till politiskt ansvariga, till aktörer som genomför programmen, till aktivister, liksom till föräldrar och barn själva. Denna allmänna kommentar är avsiktligt allmänt hållen för att vara relevant för ett brett spektrum av barnhälsoproblem, hälsovårdssystem och sammanhang i olika länder och regioner. Kommentaren handlar främst om artikel 24.1 och 24.2, samt i viss mån artikel 24.4.¹ Genomförandet av artikel 24 måste alltid ta hänsyn till samtliga människorättsprinciper, i synnerhet konventionens vägledande principer, och styras av evidensbaserade folkhälsonormer och bästa praxis.

4. I Världshälsoorganisationens författning har staterna enats om att betrakta hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte enbart som frånvaron av sjukdom och andra åkommor.² Denna allmänna kommentar har i sitt folkhälsoperspektiv WHO:s positiva definition av hälsa som utgångspunkt. Artikel 24 nämner uttryckligen primärvården. I Alma-Ata-deklarationen³ formulerades ett synsätt på primärvården som sedan förstärktes av Världshälsoförsamlingen (WHA).⁴ Synsättet betonar behovet av att avskaffa utanförskap och minska sociala skillnader i hälsa, att organisera hälso- och sjukvård utifrån människors behov och förväntningar, att införliva hälsa i andra samhällssektorer, att föra policydialoger enligt samarbetsmodell samt att utöka intressenternas deltagande, även när det gäller efterfrågan och hur hälso- och sjukvård lämpligen bör utnyttjas.

¹ Artikel 24.3 omfattas inte eftersom en allmän kommentar om skadliga sedvänjor är under utarbetande.

² Ur inledningen till Världshälsoorganisationens (WHO:s) författning, antagen den 22 juli 1946 vid Världshälsokonferensen i New York.

³ Alma-Ata-deklarationen vid den Internationella konferensen om primärvård, Alma-Ata (Kazakstan), 6-12 september 1978.

⁴ Världshälsoförsamlingen, *Primary health care, including health systems strengthening*, dokument A62/8.

5. Barns hälsa påverkas av en mängd olika faktorer. Många av dessa har förändrats under de senaste 20 åren och kommer sannolikt att fortsätta förändras i framtiden. Exempel på detta är den uppmärksamhet som ges nya hälsorelaterade problem och förändrade prioriteringar, till exempel vad gäller HIV/AIDS, pandemisk influensa, icke smittsamma sjukdomar, vikten av psykisk hälsovård, vård av nyfödda, och dödlighet bland nyfödda och ungdomar; ökad förståelse för faktorer som bidrar till dödsfall, sjukdomar och funktionsnedsättningar hos barn, inklusive strukturella faktorer som världsekonomin, fattigdom, arbetslöshet, migration och folkflyttningar, krig och oroligheter, diskriminering och marginalisering. Det finns också en växande insikt om hur klimatförändringar och snabb urbanisering påverkar barns hälsa; utvecklingen av ny teknik, som vacciner och läkemedel; samt en stadigare evidensgrund för effektiva biomedicinska, beteendevetenskapliga och strukturella ingrepp, liksom vissa kulturella sedvänjor inom barnuppfostran som visat sig ha en positiv inverkan på barnen.

6. Framsteg inom informations- och kommunikationsteknik har skapat nya möjligheter och utmaningar för förverkligandet av barns rätt till hälsa. Nya resurser och ny teknik har blivit tillgängliga för hälsosektorn, men fortfarande saknar många länder allmän tillgång till grundläggande hälsofrämjande, förebyggande och behandlande vård för barn. En lång rad olika ansvariga behöver engageras om barns rätt till hälsa ska förverkligas fullt ut, och den centrala roll som föräldrar och andra omvårdare spelar i sammanhanget behöver erkännas i större utsträckning. Relevanta intressenter behöver medverka på nationell, regional och kommunal nivå samt i lokalsamhället – det handlar om både statliga och icke-statliga aktörer, den privata sektorn och olika finansieringsorganisationer. Staterna har en skyldighet att säkerställa att alla ansvariga har tillräcklig medvetenhet, kunskap och kapacitet att fullgöra sina skyldigheter och sitt ansvar, samt att barns kapacitet utvecklas tillräckligt för att de ska kunna hävda sin rätt till hälsa.

II. Principer och förutsättningar för förverkligandet av barns rätt till hälsa

A. Barns olika rättigheter är oupplösligt förbundna med och beroende av varandra

7. Konventionen erkänner att alla rättigheter (civila, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella) som gör det möjligt för alla barn att utveckla sin fulla potential i fråga om personlighet, anlag samt fysisk och psykisk förmåga är beroende av varandra och har lika stort värde. Barns rätt till hälsa är inte bara viktig i sig. Att rätten till hälsa förverkligas är nödvändigt för att barnet ska kunna åtnjuta alla de andra rättigheterna i konventionen. Dessutom är rätten till hälsa beroende av att många andra rättigheter i konventionen förverkligas.

B. Rätten till icke-diskriminering

8. För att till fullo förverkliga alla barns rätt till hälsa har konventionsstaterna en skyldighet att säkerställa att barns hälsa inte undergrävs till följd av diskriminering, som är en starkt bidragande faktor till utsatthet. Ett antal diskrimineringsgrunder anges i konventionens artikel 2: bland annat barnets, föräldrarnas eller vårdnadshavarens ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt, etniskt eller socialt ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Andra diskrimineringsgrunder som ingår är sexuell läggning, sexuell läggning och hälsostatus, till exempel HIV-status och psykisk hälsa.⁵ Konventionsstaterna bör även uppmärksamma andra former av diskriminering som kan tänkas undergräva barns hälsa, och rikta in sig på tänkbara konsekvenser av flera olika typer av diskriminering som uppträder samtidigt.

⁵ Allmän kommentar nr 4 (2003) om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter *Official Records of the General Assembly, Fifty-ninth Session, Supplement No. 41 (A/59/41)*, bilaga X, st. 6.

9. Diskriminering på grund av kön är särskilt utbredd och kan ha långtgående konsekvenser, till exempel mord på eller selektiv abort av flickor, diskriminerande seder vid matning av spädbarn och småbarn, könsstereotyp bemötande och ojämlig tillgång till tjänster. Flickors och pojkars olika behov bör uppmärksammas, liksom den inverkan könsrelaterade normer och värderingar har på pojkars och flickors hälsa och utveckling. Konventionsstaterna behöver även uppmärksamma skadliga könsbaserade sedvänjor och betedenormer som är djupt förankrade i seder och traditioner och som undergräver flickors och pojkars rätt till hälsa.

10. Alla policyer och program som påverkar barns hälsa bör ha sin grund i en bred jämställdhetssyn som säkerställer att unga kvinnor får möjlighet till fullt politiskt deltagande, social och ekonomisk egenmakt, erkännande av lika rättigheter i fråga om sexuell och reproduktiv hälsa samt lika tillgång till information, utbildning, rättvisa och säkerhet. I detta ingår att avskaffa alla former av sexuellt och könsbaserat våld.

11. Arbetet för barns rätt till hälsa bör särskilt fokusera på missgynnade barn, och barn i områden med dålig tillgång till tjänster. Staterna bör identifiera de faktorer på nationell och regional nivå som skapar utsatthet för barn eller missgynnar vissa grupper av barn. Dessa faktorer bör finnas med när man tar fram lagar, regleringar, policyer, program och tjänster som rör barns hälsa, och arbetar med att främja rättvisa.

C. Barnets bästa

12. Enligt konventionens artikel 3.1 är offentliga och privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter och lagstiftande organ skyldiga att säkerställa att barnets bästa bedöms och sätts i främsta rummet i alla åtgärder som rör barn. Alla hälsorelaterade beslut som rör enskilda barn eller barn som grupp måste utgå från denna princip. Bedömningen av det bästa för enskilda barn ska, efter att man i enlighet med konventionens artikel 12 hört barnens egna åsikter, utgå från deras fysiska, emotionella och sociala behov samt behov av utbildning, deras ålder, kön, relation till föräldrar och omvårdare samt deras familj och sociala bakgrund.

13. Kommittén uppmanar staterna att sätta barns bästa i centrum i alla beslut som påverkar deras hälsa och utveckling, inklusive tilldelning av resurser samt utveckling och genomförande av policyer och insatser som påverkar de underliggande faktorerna för deras hälsa. Till exempel bör barnets bästa:

- a) styra behandlingsalternativ, och där det är möjligt ersätta ekonomiska hänsyn
- b) bidra till att lösa konflikter mellan föräldrar och hälsovårdspersonal, samt
- c) påverka utvecklandet av policyer för att reglera åtgärder som begränsar de fysiska och sociala miljöer där barn lever, växer och utvecklas.

14. Kommittén betonar vikten av att barnets bästa ligger till grund för alla beslut som handlar om att tillhandahålla, undanhålla eller avsluta behandling för alla barn. Staterna bör utveckla rutiner och kriterier för att ge hälsovårdspersonal vägledning i att bedöma barns bästa när det gäller hälsa, utöver andra formella, bindande processer som finns för att bestämma barnets bästa. I allmän kommentar nr 3⁶ har kommittén vidare understrukit att tillfredsställande åtgärder för att motverka HIV/AIDS bara kan vidtas om barns och ungdomars rättigheter

⁶ Allmän kommentar nr 3 (2003) om hiv/aids och barnets rättigheter, *Official Records of the General Assembly, Fifty-ninth Session, Supplement No. 41 (A/59/41)*, bilaga IX.

respekteras fullt ut. Barnets bästa bör därför styra överväganden om HIV/AIDS på alla nivåer av förebyggande, behandling, vård och stöd.

15. I allmän kommentar nr 4 har kommittén understrukt att barnets bästa kräver att barn ges tillgång till lämplig information i hälsofrågor.⁷ Vissa kategorier barn måste ägnas särskild uppmärksamhet, bland annat barn och ungdomar med psykosociala funktionshinder. När sjukhusvistelse eller placering på institution övervägs bör beslutet utgå från principen om barnets bästa, och att det bästa för alla barn med funktionsnedsättningar är att så långt det är möjligt tas om hand ute i en familjemiljö, helst i sin egen familj, med nödvändigt stöd för familjen och barnet.

D. Rätten till liv, överlevnad och utveckling och bestämningsfaktorerna för barns hälsa

16. Konventionens artikel 6 betonar konventionsstaternas skyldighet att säkerställa barnets överlevnad, uppväxt och utveckling, inklusive de fysiska, psykiska, moraliska, andliga och sociala dimensionerna av barnets utveckling. De många riskerna och skyddsfaktorerna som har betydelse för barnets liv, överlevnad och utveckling behöver identifieras systematiskt, med målet att utforma evidensbaserade insatser som inriktar sig på en lång rad bestämningsfaktorer under barnets levnad.

17. Kommittén påpekar att ett antal bestämningsfaktorer behöver beaktas för att barns rätt till hälsa ska förverkligas. Det handlar bland annat om individuella faktorer som ålder, kön, kunskapsnivå, socioekonomisk status och hemort. Andra faktorer är sådana som påverkar närmiljön med familj, jämnåriga, lärare och tjänsteleverantörer, och i synnerhet det våld som hotar barns liv och överlevnad när det är del av deras närmiljö. Ytterligare andra bestämningsfaktorer är strukturella – till exempel policyer, administrativa strukturer och system, sociala och kulturella värderingar och normer.⁸

18. Bland nyckelfaktorerna för barns hälsa, kost och utveckling återfinns förverkligandet av moderns rätt till hälsa⁹ samt föräldrars och andra omvårdares roll. Ett betydande antal spädbarn dör kort efter födseln av orsaker som är kopplade till moderns dåliga hälsa före och under graviditeten samt efter förlossningen, liksom till mindre lämpliga amningsvanor. Föräldrars och andra för barnet betydelsefulla vuxnas hälsa och hälsorelaterade beteende har en mycket stor inverkan på barns hälsa.

E. Barnets rätt att bli hörd

19. Artikel 12 belyser vikten av barns medverkan, så att de bereds möjlighet att uttrycka sina åsikter och att åsikterna tillmäts verklig betydelse i enlighet med barnets ålder och mognad.¹⁰ Detta innefattar barns åsikter om alla aspekter av hälsobestämmelser, till exempel vilka tjänster som behövs, hur och var de bäst levereras, hinder för tillgång till eller bruk av tjänster, tjänsternas kvalitet och vårdpersonalens attityder, hur man kan stärka barns förmåga att ta ett

⁷ Allmän kommentar nr 4 (2003) om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter, *Official Records of the General Assembly, Fifty-ninth Session, Supplement No. 41 (A/59/41)*, bilaga X punkt 10.

⁸ Se allmän kommentar nr 13 (2011) om barnets rätt till frihet från alla former av våld, *Official Records of the General Assembly, Sixty-seventh Session, Supplement No. 41 (A/67/41)*, bilaga V.

⁹ Se kommittén för avskaffandet av all slags diskriminering av kvinnor, allmän rekommendation nr 24 (1999) rörande kvinnor och hälsa, *Official Records of the General Assembly, Fifty-fourth Session, Supplement No. 38 (A/54/38)*, kap. 1, sekt. A.

¹⁰ Se allmän kommentar nr 12 (2009) om barnets rätt att bli hörd, *Official Records of the General Assembly, Sixty-fifth Session, Supplement No. 41 (A/65/41)*, bilaga IV.

ökande ansvar för sin egen hälsa och utveckling samt hur man bäst engagerar dem i tjänsteförsörjningen genom att låta dem delta i utbildningen av andra barn. Staterna uppmanas att hålla regelbundna medverkandekonsultationer som anpassas till barnens ålder och mognad, och till att forska med barn, och att även göra detta separat med barnens föräldrar, för att lära sig mer om hälsoutmaningar, utvecklingsbehov och förväntningar, och låta denna kunskap bidra till utformandet av effektiva insatser och hälsoprogram.

F. Barnets tilltagande förmågor och dess levnadslöpp

20. Barndomen innebär att man hela tiden växer och utvecklas, från födsel till spädbarnsålder, förskoleålder och vidare upp i tonåren. Varje fas är betydelsefull, då den innebär viktiga förändringar i den fysiska, psykologiska, emotionella och sociala utvecklingen, och tillhörande förväntningar och normer. Barnets utveckling är kumulativ, och varje skede inverkar på de skeden som följer, med följder för barnets hälsa, potential, risker och möjligheter. Att förstå förloppet är grundläggande för att se hur hälsoproblem i barndomen påverkar folkhälsan generellt.

21. Kommittén ser att barns tilltagande förmågor har betydelse för deras självständiga beslut i hälsofrågor. Kommittén konstaterar också att det ofta finns allvarliga skillnader i förutsättningarna för sådant självständigt beslutsfattande. Barn som är särskilt utsatta för diskriminering har ofta sämre möjligheter att utöva denna autonomi. Därför är det mycket viktigt att stödinsatser finns att tillgå, samt att barn, föräldrar och vårdpersonal får tillfredsställande rättighetsbaserad vägledning om medgivande, samtycke och sekretess.

22. För att svara mot och förstå barns tilltagande förmågor, och de olika hälsoprioriteringar som gäller i olika livsskeden, bör data och information som samlas in och analyseras delas upp efter kön, ålder, funktionsnedsättning, socioekonomisk status, sociokulturella aspekter samt geografiskt läge, i enlighet med internationella standarder. Detta gör det möjligt att planera, utveckla, genomföra och följa upp policyer och insatser som tar hänsyn till hur barns förmågor och behov förändras över tid, och som hjälper till att tillhandahålla relevant vård för alla barn.

III. Normativt innehåll i artikel 24

A. Artikel 24.1

”Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa”

23. I begreppet ”bästa uppnåeliga hälsa” ingår barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar, men även statliga resurser och resurser från andra håll, till exempel icke-statliga organisationer, det internationella samfundet och den privata sektorn.

24. Barns rätt till hälsa omfattar en uppsättning fri- och rättigheter. Friheterna blir viktigare i takt med att barnet utvecklas och mognar. De omfattar rätten att bestämma över den egna hälsan och kroppen, inklusive den sexuella och reproduktiva friheten att göra ansvarsfulla val. I rättigheterna ingår tillgång till olika inrättningar, varor, tjänster och villkor som ger alla barn samma möjligheter till bästa uppnåeliga hälsa.

”och rätt till sjukvård och rehabilitering”

25. Barn har rätt till god hälso- och sjukvård. I detta ingår förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård. På primärvårdsnivå måste dessa tjänster vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet. De ska vara fungerande samt fysiskt och ekonomiskt tillgängliga för alla grupper av barn, och godtagbara för alla. Hälso- och sjukvårdssystemet bör inte endast erbjuda vård, utan även rapportera rättighetskränkningar och orättvisor till berörda myndigheter. I den utsträckning det är möjligt bör också sekundär- och

tertiärvård göras tillgänglig. med fungerande remissystem som kopplar samman lokalsamhällen och familjer på alla nivåer i vården.

26. Heltäckande primärvårdsprogram bör erbjudas tillsammans med beprövade lokalt förankrade insatser, till exempel förebyggande vård, behandling av specifika sjukdomar, och kostrelaterade åtgärder. Insatserna på lokalsamhällesnivå bör omfatta information, tjänster och varor, samt förebyggande av sjukdomar och skador, exempelvis genom investeringar i trygg offentlig miljö, trafiksäkerhet och utbildningar i att förhindra skador, olyckor och våld.

27. Staterna bör säkerställa att det finns personal i tillräckligt antal och med rätt utbildning för att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård. Det krävs också reglering och tillsyn samt rimlig ersättning och rimliga tjänstevillkor, även för vårdpersonal på lokalsamhällesnivå. Kapacitetsutveckling ska utformas så att hälso- och sjukvårdsleverantörer arbetar på ett barnanpassat sätt och inte förvägrar barn några tjänster de har laglig rätt till. Mekanismer för ansvarskontroll bör införlivas i verksamheten så att kvalitetssäkringsnormer upprätthålls.

”Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård”

28. Innebörden i artikel 24.1 är att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster, särskilt när det gäller missgynnade områden och befolkningar. Artikel 24.1 ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar, och att man kontinuerligt är uppmärksam på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa.

29. Konventionsstaterna bör identifiera och undanröja hinder för barns tillgång till hälso- och sjukvård, till exempel ekonomiska, institutionella och kulturella hinder. En förutsättning för detta är allmän och kostnadsfri födelseregistrering. Sociala skyddsåtgärder, inklusive socialförsäkringar som barnunderstöd eller bidrag, kontanta transfereringar och betald föräldraledighet bör införas och ses som kompletterande investeringar.

30. Det sätt på vilket man eftersträvar hälsa formas av miljön, det vill säga bland annat tillgången till hälso- och sjukvård, nivån på hälsokunskaper, vardagsfärdigheter och värderingar. Staterna bör säkerställa att den miljö som barn och föräldrar lever i uppmuntrar till och underlättar för dem att eftersträva hälsa på lämpliga sätt.

31. I takt med att deras förmågor utvecklas bör barn få tillgång till konfidentiell rådgivning utan föräldrars eller vårdnadshavares samtycke, om personalen som arbetar med barnet bedömer att detta är det bästa för barnet. Staterna bör åstadkomma tydlighet i de juridiska processerna för att utse lämpliga personer som kan företräda barn utan föräldrar eller vårdnadshavare, och som kan samtycka å barnets vägnar eller bistå barnet i dess samtycke, beroende på barnets ålder och mognad. Staterna bör göra en översyn och överväga att låta barn samtycka till vissa medicinska behandlingar och ingrepp utan förälderns eller vårdnadshavarens tillstånd. Detta kan handla om HIV-test eller annan hälso- och sjukvård på det sexuella och reproduktiva området, inklusive utbildning och vägledning om sexuell hälsa, preventivmedel och säkra aborter.

B. Artikel 24.2

32. I enlighet med artikel 24.2 bör staterna införa en process för att identifiera och hantera andra frågor som är relevanta för barns rätt till hälsa. Detta kräver bland annat en fördjupad analys av den nuvarande situationen vad gäller prioriterade hälsoproblem och insatser samt att man identifierar och genomför evidensbaserade åtgärder och policyer som svarar mot nyckelfaktorer och hälsoproblem. När det är lämpligt ska barn konsulteras i arbetet.

Artikel 24.2a "minska spädbarns- och barnadödligheten"

33. Staterna har en skyldighet att minska barnadödligheten. Kommittén uppmanar till särskild uppmärksamhet vad gäller dödligheten bland nyfödda, som utgör en ökande andel av dödligheten bland barn yngre än fem år. Konventionsstaterna bör också ta sig an sjuklighet och dödlighet bland ungdomar, som brukar vara underprioriterade områden.

34. Interventioner bör innefatta fokus på dödfödda barn, komplikationer vid för tidig födsel, asfyxi, låg födelsevikt, överföring från mor till barn av HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar, neonatala infektioner, lunginflammation, diarré, mässling, undernäring och andra effekter av felaktigt näringsintag, malaria, olyckor, våld, självmord samt sjuklighet och dödlighet bland unga mödrar. Kommittén rekommenderar en förstärkning av hälso- och sjukvårdssystemet för att kunna erbjuda sådana insatser åt alla barn inom ramen för löpande vård för reproduktiv hälsa samt mödrars, nyföddas och barns hälsa. I detta ingår screening för att upptäcka missbildningar, säkra förlossningar och vård av nyfödda. I preventivt och ansvarsutkrävande syfte bör staterna regelbundet granska siffrorna för barn- och mödradödlighet i samband med förlossning.

35. Staterna bör satsa särskilt på att öka användningen av enkla, säkra och billiga insatser som har bevisad effekt, till exempel behandling av lunginflammation, diarrésjukdomar och malaria som är baserad i lokalsamhället. De bör också ägna särskild uppmärksamhet åt att värna och främja amning.

Artikel 24.2b "säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården"

36. Staterna bör prioritera allmän tillgång till primärhälsovård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen. Tjänsternas exakta utformning och innehåll kommer att variera från land till land, men det krävs under alla omständigheter effektiva hälsovårdssystem med en robust finansieringsmekanism, en välutbildad och skäligt avlönad arbetsstyrka, tillförlitlig information att grunda beslut och policyer på, välskötta anläggningar och logistiksystem som levererar mediciner och teknik av god kvalitet, samt starkt ledarskap och styrning. Att tillhandahålla hälso- och sjukvård i skolor skapar en viktig möjlighet för hälsofrämjande arbete och screening för sjukdomar och ökar tillgängligheten till hälsovård för barn som går i skolan.

37. Rekommenderade tjänstepaket bör användas, till exempel "Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health".¹¹ Staterna har en skyldighet att göra alla väsentliga mediciner på WHO:s listor över oombärliga läkemedel, inklusive listan för barn (med läkemedel i barnberedningar där så är möjligt), tillgängliga, åtkomliga och prismässigt överkomliga.

38. Kommittén är bekymrad över den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar, inklusive utvecklings- och beteendestörningar, depression, ätstörningar, ångest, psykologiska trauman efter övergrepp, vanvård, våld eller utnyttjande, bruk av alkohol, tobak och droger, tvångsbeteenden som till exempel överdrivet bruk och beroende av internet och annan teknik, samt självsador och självmord. Det finns en växande insikt om behovet av ökad uppmärksamhet kring beteendemässiga och sociala problem som undergräver barns psykiska hälsa, psykosociala välmående och emotionella utveckling. Kommittén varnar för övermedicinering och institutionalisering, och uppmanar staterna att tillämpa ett synsätt som

¹¹ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (Genève, 2011).

utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och att investera i primärvårdsmetoder som underlättar tidig upptäckt och behandling av barns psykosociala, emotionella och psykiska problem.

39. Staterna är skyldiga att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykiska och psykosociala störningar, och samtidigt undvika onödig medicinering. WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå¹² konstaterar att det finns allt fler belegg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Kommittén uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa, utbildning och skydd (straffrätt), och att engagera familjer och lokalsamhällen i processen. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.

40. Det finns ett behov av att se de specifika barnhälsoutmaningar som gäller barn i humanitära katastrofsituationer, inklusive storskaliga folkomflyttningar till följd av naturkatastrofer eller katastrofer som orsakats av människor. Alla åtgärder bör vidtas för att säkerställa barn har kontinuerlig tillgång till hälsovård, (åter)förenas med sina familjer och skyddas, inte enbart med fysiskt stöd, som exempelvis mat och rent vatten, utan även genom uppmuntran till särskild omsorg från föräldrarnas sida, eller annan psykosocial vård, för att förebygga eller hantera rädsla och trauman.

Artikel 24.2c "bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bl. a. utnyttjande av lättillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär"

a) utnyttjande av lättillgänglig teknik

41. I takt med att nya, bevisat effektiva tekniker för barns hälsa blir tillgängliga – både läkemedel, utrustning och insatser – bör staterna införa dem i policyer och tjänster. Mobila arrangemang och lokalt förankrade insatser kan avsevärt minska vissa risker och bör göras allmänt tillgängliga. Till dessa hör immunisering mot vanliga barnsjukdomar, kontrollundersökningar av barnets utveckling, särskilt under tidig barndom, vaccinering av flickor mot humant papillomvirus, stelkrampssprutor för gravida kvinnor, tillgång till vätskeersättning och zinktillägg för behandling av diarré, viktiga antibiotika och antivirala läkemedel, kosttillskott som till exempel vitamin A och D, jodsalt och järntillskott, samt kondomer. Hälsovårdspersonal bör ge råd till föräldrar om hur de kan få tag på och använda dessa enkla tekniker efter behov.

42. Den privata sektorn, det vill säga affärsdrivande företag och icke vinstdrivande organisationer vilkas verksamhet påverkar människors hälsa, har en allt viktigare roll i att utveckla och förbättra teknik, läkemedel, utrustning, insatser och processer som kan bidra till viktiga framsteg på barnhälsoområdet. Staterna bör säkerställa att sådan nytta kommer alla barn som behöver det till del. Staterna kan även uppmuntra partnerskap mellan offentliga och

¹² Resolution WHA65.4, antagen vid den sextiofemte Världshälsosamlingen den 25 maj 2012.

privata aktörer, liksom hållbarhetsinitiativ som kan förbättra tillgången till hälsoteknik och göra den mer ekonomiskt tillgänglig.

b) tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning

43. När man vidtar de åtgärder som ska uppfylla staternas skyldighet att säkerställa tillgången till näringsriktig, kulturellt lämplig och säker mat¹³, och skyldigheten att bekämpa undernäring, måste man ta hänsyn till det specifika sammanhanget. Exempel på direkta näringsrelaterade insatser för gravida kvinnor som fungerar är att behandla anemi, avhjälpa brist på folsyra och jod, samt ge kalciumtillskott. Alla kvinnor i fertil ålder bör få tillgång till prevention och behandling av preeklampsi och eklampsi, både för sin egen hälsas skull och för att foster och spädbarn ska ha en hälsosam utveckling.

44. Helamning av barn upp till sex månaders ålder bör skyddas och främjas, och amningen bör om möjligt fortsätta därefter, parallellt med annan mat, helst upp till två års ålder. Staternas skyldigheter på det här området definieras i ramverket "Skydda, främja och stödja" som enhälligt antagits av Världshälsoförsamlingen).¹⁴ Enligt detta ramverk måste staterna i nationell lagstiftning införa, genomföra och upprätthålla internationellt överenskomna normer om barns rätt till hälsa, däribland den Internationella normen för marknadsföring av bröstmjölk ersättningar samt de relevanta därpå följande Världshälsoförsamlingens resolutioner, liksom även Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll. Staterna bör vidta särskilda åtgärder för att främja stöd till mödrar i lokalsamhället och på arbetsplatsen vad gäller graviditet och amning samt praktiskt och ekonomiskt tillgänglig barnomsorg, samt för efterlevnad av Internationella arbetsorganisationens konvention nr 183 (2000) om revideringen av Konventionen om skyddande av moderskap, 1952.

45. Det är särskilt viktigt med fullgod kontroll av näringstillförsel och utveckling under tidig barndom. Integrerad behandling av svår akut undernäring bör där det är nödvändigt utökas med insatser vid sjukvårdsinrättningar och i lokalsamhället, liksom med behandling av måttlig akut undernäring, inklusive terapeutiska insatser för näringsintag.

46. För att alla elever ska få ett riktigt mål varje dag är det önskvärt att de har tillgång till skolbespisning. Den åtgärden kan också förbättra barns uppmärksamhet vid inläring och göra att fler barn går i skolan. Kommittén rekommenderar att skolbespisning kombineras med undervisning i näringslära och hälsa, till exempel genom att man anlägger skolträdgårdar och utbildar lärare i att förbättra barns näringsintag och främja sunda matvanor.

47. Staterna bör också arbeta för att åtgärda barnfetma, som har samband med högt blodtryck, tidiga markörer för hjärt- och kärlsjukdom, insulinresistens, psykologiska verkningar, ökad risk för fetma i vuxen ålder, samt för tidig död. Barns exponering för färdigmat med höga halter av fett, socker eller salt, som är energirik och spårämnesfattig, och drycker med höga halter av koffein eller andra potentiellt skadliga ämnen, bör begränsas. Marknadsföringen av dessa produkter, särskilt den som riktar sig till barn, bör regleras, liksom deras tillgänglighet i skolor och på andra platser.

¹³ Se Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, art. 11 samt Kommittén om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 12 (1999) om rätten till adekvat mat, *Official Records of the Economic and Social Council, 2011, Supplement No. 2 (E/2000/22)*, bilaga V.

¹⁴ Se WHO and UNICEF, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Genève, 2003).

c) tillhandahålla rent dricksvatten

48. Rent och säkert dricksvatten och goda sanitära förhållanden är grundläggande för ett fullgott liv och åtnjutandet av alla andra mänskliga rättigheter.¹⁵ Nationella och lokala myndigheter med ansvar för vatten och sanitet bör erkänna sin skyldighet att bidra till förverkligandet av barns rätt till hälsa. När myndigheter planerar och genomför expansion av infrastruktur och vattenförsörjning, eller fattar beslut om minsta garanterad tilldelning och avbrott i vattenförsörjning, ska de aktivt beakta hushållens storlek, samt barnindikatorer för undernäring, diarré och andra vattenrelaterade sjukdomar. Staterna undantas inte från sina skyldigheter även om de har privatiserat vatten och sanitet.

d) miljöförstöring

49. Staterna bör vidta åtgärder för att hantera de faror och risker som lokal miljöförstöring utgör för barns hälsa i alla situationer. Grundläggande krav för en hälsosam uppväxt och utveckling är en adekvat bostad med säker matlagningsutrustning, en rökfri miljö, god ventilation, effektiv hantering av avfall och sopor från hushållet och den omedelbara omgivningen, en miljö fri från mögel och andra giftiga ämnen, samt god hygien i familjen. Staterna bör reglera och bevaka miljöpåverkan av företagsverksamhet som kan äventyra barns rätt till hälsa, livsmedelstrygghet och tillgång till rent vatten och sanitet.

50. Kommittén uppmärksammar den betydelse som miljön, utöver miljöföreningar, har för barns hälsa. Miljöinterventioner bör bland annat inriktas på klimatförändringar, som tillhör de största hoten mot barns hälsa, och ojämlikhet vad gäller hälsa. Staterna bör därför sätta barns hälsa i centrum för sina anpassningar till, och strategier för att mildra följderna av klimatförändringar.

Artikel 24.2d "säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen"

51. Kommittén konstaterar att mödradödlighet och sjuklighet som kunnat undvikas utgör en allvarlig kränkning av kvinnors och flickors mänskliga rättigheter och ett allvarligt hot mot deras egen och deras barns rätt till hälsa. Graviditet och barnafödande är naturliga processer med kända hälsorisker som både kan förebyggas och behandlas, under förutsättning att de identifieras på ett tidigt stadium. Risksituationer kan uppstå under graviditet och förlossning samt strax före och efter födseln. De kan få både kort- och långsiktiga följder för hälsa och välbefinnande hos såväl mor som barn.

52. Kommittén uppmuntrar staterna att anlägga ett hälsoperspektiv som tar hänsyn till barns förutsättningar under olika perioder, till exempel a) amningsvänliga sjukhus¹⁶ där spädbarn får vara hos sina mammor dygnet runt, b) barnanpassade hälsopolicyer med fokus på att utbilda vårdpersonal i att ge god vård på ett sätt som minskar risken för rädsla, oro och lidande för barn och deras familjer och c) ungdomsanpassad hälsovård, som kräver att vårdpersonal och mottagningar är välkomnande och lyhörda för ungdomar, respekterar sekretessen och levererar tjänster som ungdomar kan acceptera.

53. Den vård som kvinnor får före, under och efter sin graviditet har långtgående följder för deras barns hälsa och utveckling. Förverkligandet av skyldigheten att alla ska ha tillgång till ett heltäckande paket av sexuella och reproduktiva hälsoåtgärder bör ske genom fortlöpande vård

¹⁵ Generalförsamlingens resolution 64/292 om den mänskliga rättigheten till vatten och sanitet.

¹⁶ UNICEF/WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative (1991).

före graviditeten, under graviditet och förlossning samt under perioden närmast efter födseln. Att vård av god kvalitet ges i rätt tid under alla dessa perioder skapar viktiga möjligheter att förhindra att ohälsa överförs mellan generationer, och har en stark inverkan på barnets hälsa under hela livet.

54. De insatser som bör vara tillgängliga under hela denna period av löpande vård är bland annat grundläggande förebyggande hälsovård och behandlande sjukvård, inklusive förebyggandet av stelkramp hos nyfödda, malaria under graviditeten och medfödd syfilis; näringsrelaterad vård; tillgång till undervisning, information som tjänster som rör sexuell och reproduktiv hälsa; undervisning i hälsobeteende (till exempel vad gäller rökning och bruk av droger); förlossningsberedskap; tidig upptäckt och hantering av komplikationer; tillgång till säkra aborter och vård efter abort; nödvändig vård vid förlossning; prevention av hiv-överföring från mor till barn, och vård och behandling av hiv-smittade kvinnor och spädbarn. Vård av mor och barn efter förlossning ska inte innebära att modern och barnet separeras i onödan.

55. Kommittén rekommenderar att sociala trygghetsinsatser inbegriper att alla omfattas av eller har ekonomisk tillgång till vård, betald föräldraledighet och andra socialförsäkringsförmåner, samt en lagstiftning som begränsar olämplig marknadsföring och främjande av bröstmjölk ersättningar.

56. Givet den höga förekomsten av ungdomsgraviditet över hela världen, och de risker det medför i form av relaterad sjuklighet och dödlighet, bör staterna säkerställa att hälso- och sjukvården kan tillmötesgå ungdomars specifika behov när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive familjeplanering och säkra aborter. Staterna bör arbeta för att flickor ska kunna fatta självständiga och informerade beslut om sin reproduktiva hälsa. Diskriminering av gravida ungdomar, till exempel relegering från skolor, bör förbjudas, och möjligheter till kontinuerlig utbildning säkerställas.

57. Pojkar och män har en avgörande roll för planeringen och tryggandet av hälsosamma graviditeter och förlossningar. Därför bör Staterna integrera möjligheter till utbildning, medvetandegörande och dialog för pojkar och män i sina policyer och planer för hälsovård som rör sexuell och reproduktiv hälsa liksom i barnhälsovård.

Artikel 24.2e "säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper"

58. I skyldigheterna enligt denna bestämmelse ingår att tillhandahålla hälsorelaterad information och stöd vid användandet av den informationen. Hälsorelaterad information bör vara fysiskt tillgänglig, begriplig och anpassad till barns ålder och utbildningsnivå.

59. Barn behöver information och undervisning om alla aspekter av hälsa för att kunna göra informerade val angående sin livsstil och tillgång till hälsovård. Information och undervisning i livskunskaper bör omfatta en lång rad hälsofrågor, till exempel hälsosam kosthållning och främjandet av fysisk aktivitet, sport och rekreation; förebyggande av olyckor och skador; sanitet, handtvätt och annan personlig hygien; farorna med bruk av alkohol, tobak och psykoaktiva ämnen. I information och undervisning bör det ingå lämpliga upplysningar om barns rätt till hälsa, statens skyldigheter samt hur och var information om hälso- och sjukvård finns tillgänglig. Undervisningen bör finnas som en central del av skolans läroplan, och även erbjudas genom hälsovården och andra sammanhang för barn som inte går i skolan. Informationsmaterial om hälsa bör utformas i samarbete med barn och bör spridas via ett brett urval av offentliga miljöer.

60. Undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa bör handla om självmedvetenhet och kunskap om kroppen, både anatomiska, fysiologiska och känslomässiga aspekter, och ska vara tillgänglig för alla barn, flickor som pojkar. Den bör innehålla fakta kring sexuell hälsa och välbefinnande, till exempel om kroppsförändringar och mognadsprocesser, och bör vara utformad på ett sådant sätt att barn kan få kunskap om reproduktiv hälsa och förebyggandet av könsrelaterat våld, och anta ett ansvarsfullt sexuellt beteende.

61. Information om barns hälsa bör ges till alla föräldrar, individuellt eller i grupp, samt till släktingar och andra omvårdare, genom olika metoder såsom hälsokliniker, föräldraundervisning, informationsblad, yrkessamfund, föreningar och medier.

Artikel 24.2f "utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor"

a) Förebyggande hälsovård

62. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder bör inriktas på de huvudsakliga hälsorisker barn utsätts för i sina lokalsamhällen och landet som helhet. Här ingår sjukdomar och andra hälsorisker som olyckor, våld, drogmissbruk, samt psykosociala och psykiska hälsoproblem. I förebyggande hälsovård bör det ingå hantering av smittsamma och icke smittsamma sjukdomar och en kombination av biomedicinska, beteendemässiga och strukturella åtgärder. Arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar bör inledas tidigt i livet genom att man främjar och stöder en sund livsstil och en våldsfri miljö för gravida kvinnor, deras makar/partner, och för små barn.

63. För att minska förekomsten av skador hos barn krävs strategier och åtgärder för att reducera antalet drunkningar, brännskador och andra olyckor. I sådana strategier och åtgärder bör det ingå att lagstifta och säkerställa att lagarna efterlevs, att anpassa produkter och miljöer, stödbesök i hemmet och främjande av skyddsanordningar, utbildning, utveckling av färdigheter och beteendeförändring, lokalt förankrade projekt, ambulanssjukvård och akutvård, samt rehabilitering. Insatser för att minska antalet trafikolyckor bör omfatta lagstiftning om användning av bilbälte och andra säkerhetsanordningar, tillgång till säkra transporter för barn, samt att tillbörlig hänsyn tas till barn vid vägplanering och trafikstyrning. Stöd från berörda branscher och från medierna är av grundläggande betydelse för detta.

64. Kommittén är medveten om att våld är en starkt bidragande orsak till dödlighet och sjuklighet bland barn, särskilt ungdomar, och betonar därför behovet av att skapa en miljö som skyddar barn från våld och uppmuntrar dem att medverka i att förändra attityder och beteenden i hemmet, skolan och det offentliga rummet. Kommittén understryker också vikten av att stödja föräldrar och omvårdare i en sund barnuppfostran, samt att utmana attityder som befäster tolerans för våld i alla former, inklusive genom att man reglerar våldsskildringar i massmedier.

65. Staterna bör skydda barn från lösningsmedel, alkohol, tobak och olagliga substanser, utöka insamlandet av relevant evidens och vidta lämpliga åtgärder för att minska bruket av sådana substanser bland barn. Kommittén rekommenderar att man reglerar reklam för och försäljning av substanser som är skadliga för barns hälsa, liksom marknadsföringen av sådana substanser på platser där barn samlas, samt i mediekkanaler och publikationer som barn tar del av.

66. Kommittén uppmanar de konventionsstater som inte ännu ratificerat de internationella konventionerna om narkotikakontroll¹⁷ och Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll att göra det. Kommittén understryker vikten av att anta ett rättighetsbaserat synsätt vad gäller drogbruk och rekommenderar att man, där det är lämpligt, använder skademinimeringsstrategier för att minska de negativa hälsoeffekterna av drogmissbruk.

b) Vägledning för föräldrar

67. Föräldrar är den viktigaste källan till tidig diagnostisering och primär omsorg av små barn. De är också den viktigaste skyddande faktorn mot högriskbeteenden hos ungdomar, till exempel drogbruk och oskyddat sex. Föräldrar spelar även en central roll i att främja en sund utveckling hos barn, skydda barn från faror i form av olyckor, skador och våld, samt lindra de negativa effekterna av riskbeteenden. Barns socialiseringsprocesser, som är avgörande för att de ska förstå och anpassa sig till den värld de växer upp i, påverkas starkt av deras föräldrar, släkt och andra omvårdare. Staterna bör använda evidensbaserade insatser för att stödja ett gott föräldraskap, till exempel föräldrautbildning, stödgrupper och familjerådgivning. Det gäller i synnerhet familjer som ställts inför utmaningar vad gäller barnens hälsa, och andra sociala förhållanden.

68. Kroppslig bestraffning har negativ inverkan på barns hälsa, inklusive dödliga och livshotande skador samt psykologiska och känslomässiga följder. Kommittén påminner därför staterna om deras skyldighet att vidta alla tillbörliga lagstiftande, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att avskaffa kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning i alla miljöer, även i hemmet.¹⁸

c) Familjeplanering

69. Familjeplanering bör ingå i heltäckande paket med vård av sexuell och reproduktiv hälsa, och bör omfatta sexualundervisning, inklusive rådgivning. Detta kan betraktas som en del av den fortlöpande hälsovård som beskrivs i artikel 24.2d, och bör vara utformade så att alla par och individer får information och förutsättningar för att fritt och ansvarsfullt kunna fatta sexuella och reproduktiva beslut, inklusive hur många barn de vill ha, när och med vilka tidsintervall. Både gifta och ogifta ungdomar, såväl pojkar som flickor, ska ha allmän och konfidentiell tillgång till varor och tjänster. Staterna bör säkerställa att ungdomar inte undanhålls någon sexuell eller reproduktiv information eller tjänst på grund av samvetsbetänkligheter hos dem som tillhandahåller dessa tjänster.

70. Korttidsverkande preventivmetoder som kondom, hormonella metoder och akuta preventivmedel bör göras lättillgängliga för sexuellt aktiva ungdomar. Långtidsverkande och permanenta preventivmetoder bör också tillhandahållas. Kommittén rekommenderar staterna att säkerställa tillgången till säkra aborter och vård efter abort, oavsett om abort i sig är lagligt eller inte.

¹⁷ 1961 års allmänna narkotikakonvention, 1971 års konvention om psykotropiska ämnen, 1988 års FN-konvention mot olaglig hantering av narkotika och psykotropiska ämnen.

¹⁸ Allmän kommentar nr 8 (2006) om barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning, *Official Records of the General Assembly, Sixty-third Session, Supplement No. 41 (A/63/41)*, bilaga II.

IV. Skyldigheter och ansvar

A. Konventionsstaternas skyldigheter att respektera, skydda och genomföra

71. Staterna har tre typer av skyldigheter kopplade till mänskliga rättigheter, inklusive barns rätt till hälsa: att respektera fri- och rättigheter, att skydda både fri- och rättigheter från tredje part eller från sociala eller miljömässiga hot, samt att underlätta eller direkt ombesörja att rättigheterna förverkligas. Enligt konventionens artikel 4 ska konventionsstaterna genomföra rättigheterna som inryms i barns rätt till hälsa genom att utnyttja sina tillgängliga resurser till det yttersta, och där så behövs genom internationellt samarbete.

72. Alla stater, oavsett utvecklingsnivå, måste vidta omedelbara åtgärder för att genomföra dessa skyldigheter, med högsta prioritet och utan någon som helst åtskillnad. Om tillgängliga resurser bevisligen är otillräckliga måste staterna ändå vidta målspecifika åtgärder för att så snabbt och effektivt som möjligt närma sig ett fullt förverkligande av barns rätt till hälsa. Oavsett resurser har staterna en skyldighet att inte gå bakåt i utvecklingen vilket skulle kunna leda till att barn i mindre grad åtnjuter rätten till hälsa.

73. I de centrala skyldigheterna enligt barns rätt till hälsa ingår:

- a) att se över det nationella och regionala regelverket och vid behov ändra lagar och policyer
- b) att säkerställa att alla har tillgång till primärvård av god kvalitet, inklusive förebyggande, hälsofrämjande åtgärder, vård och behandling samt nödvändiga läkemedel
- c) att vidta adekvata åtgärder för att hantera de underliggande bestämningsfaktorerna för barns hälsa
- d) att utveckla, genomföra, övervaka och utvärdera policyer och budgeterade handlingsplaner som utgår från ett rättighetsbaserat synsätt för att uppfylla barns rätt till hälsa.

74. Staterna bör visa att de åtar sig att successivt uppfylla alla skyldigheter enligt artikel 24, och prioritera detta även under politiska eller ekonomiska krissituationer. Detta kräver att barns hälsa och därmed besläktade policyer, program och tjänster planeras, utformas, finansieras och genomförs på ett hållbart sätt.

B. Icke-statliga aktörers ansvar

75. Staten ansvarar för att förverkliga barns rätt till hälsa oavsett om den delegerar tillhandahållandet av tjänster till icke-statliga aktörer eller inte. Förutom staten finns en lång rad icke-statliga aktörer som tillhandahåller information och tjänster kopplade till barns hälsa och dess underliggande faktorer, och de har ett specifikt ansvar och en specifik inverkan i detta avseende.

76. Staternas skyldigheter innefattar en plikt att främja medvetandet om icke-statliga aktörers ansvar och att säkerställa att samtliga icke-statliga aktörer erkänner, respekterar och uppfyller sitt ansvar gentemot barnet, och tillämpar tillbörliga aktsamhetsförfaranden där det är nödvändigt.

77. Kommittén uppmanar alla icke-statliga aktörer inom hälsorelaterade tjänster och främjande av hälsa, särskilt i den privata sektorn – exempelvis läkemedelsindustri, medicinteknisk industri, massmedier och vårdföretag – att agera i enlighet med konventionens bestämmelser, samt att

säkerställa att eventuella partnerföretag som levererar tjänster å deras vägnar också gör detta. Sådana partnerföretag kan exempelvis vara internationella organisationer, banker, regionala finansinstitut, globala partnerskap, den privata sektorn (privata stiftelser och fonder), givare och andra som levererar tjänster eller ger finansiellt stöd till barnhälsa, i synnerhet i humanitära nödlägen eller politiskt instabila situationer.

1. Föräldrars och andra omvårdares ansvar

78. Flera bestämmelser i konventionen hänvisar uttryckligen till föräldrars och andra omvårdares ansvar. Föräldrar bör uppfylla sitt ansvar samtidigt som de alltid agerar i enlighet med barnets bästa, med stöd från staten om så behövs. Föräldrar och omvårdare bör vårda, skydda och stödja barn så att de växer och utvecklas på ett hälsosamt sätt, med beaktande av barnets tilltagande förmågor. Kommitténs tolkning är att varje hänvisning till föräldrar i konventionen även gäller även andra omvårdare, även om detta inte uttryckligen sägs i artikel 24.2f.

2. Icke-statliga tjänsteleverantörer och andra icke-statliga aktörer

a) Icke-statliga tjänsteleverantörer

79. Alla aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvård, inklusive icke-statliga aktörer, måste införliva och tillämpa alla relevanta bestämmelser i konventionen när de utformar, genomför och utvärderar sina program och tjänster. Det gäller även kriterierna för tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet som anges i kapitel VI, sektion E i denna allmänna kommentar.

b) Den privata sektorn

80. Alla företag är skyldiga att utöva aktsamhet (due diligence) vad gäller mänskliga rättigheter, inklusive samtliga rättigheter som värnas i konventionen. Staterna bör kräva att företag gör noggranna due diligence-undersökningar ur barnrättsperspektiv. Detta ska säkerställa att företag identifierar, förhindrar och minskar sin egen negativa inverkan på barns rätt till hälsa, inom alla sina affärsrelationer, inom alla sina eventuella globala verksamheter. Stora företag bör uppmuntras, och där det är lämpligt avkrävas, att offentliggöra sitt arbete kring sin påverkan på barns rättigheter.

81. Vid sidan av andra ansvarspunkter bör företag i alla sammanhang inte låta barn utföra farligt arbete, samt säkerställa att regler om minimiålder för barnarbete efterlevs, följa Världshälsoorganisationens internationella kod för marknadsföring av modersmjölksersättningar och efterföljande relevanta resolutioner från Världshälsoforsamlingen, begränsa reklam för livsmedel som på samma gång är energirika och spårämnesfattiga, och drycker som innehåller höga halter koffein eller andra ämnen som kan vara skadliga för barn; inte rikta sig till barn i annonsering, marknadsföring och försäljning av tobak, alkohol och andra giftiga ämnen, inte sälja dessa till barn, och inte använda bilder av barn i marknadsföringen.

82. Kommittén är medveten om att läkemedelssektorn har en djup inverkan på barns hälsa, och uppmanar läkemedelsföretagen att vidta åtgärder för att förbättra barns tillgång till mediciner, med särskild uppmärksamhet på riktlinjerna för läkemedelsföretag gällande tillgång till mediciner, från FN:s råd för mänskliga rättigheter.¹⁹ Samtidigt bör staterna säkerställa att läkemedelsföretagen övervakar bruket av läkemedel och mediciner för barn, och avstår från att främja överdriven förskrivning och användning. Immaterialrättigheter bör inte tillämpas på ett sätt som gör att fattiga människor inte har råd med nödvändiga mediciner eller varor.

¹⁹ Se även Resolution 15/22 av Rådet för mänskliga rättigheter om allas rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

83. Privata hälsoförsäkringsbolag bör säkerställa att de inte diskriminerar gravida, barn eller mödrar på förbjudna grunder, och att de främjar jämlikhet genom samverkan med statliga hälsoförsäkringssystem i enlighet med solidaritetsprincipen. De bör också säkerställa att bristande betalningsförmåga inte begränsar tillgången till hälsovård.

c) Massmedier och sociala medier

84. Artikel 17 i konventionen beskriver massmediers ansvar. I en hälsokontext kan detta ansvar utökas. Det kan handla om att främja hälsa och en hälsosam livsstil bland barn, att erbjuda gratis annonsutrymme för hälsofrämjande information, att garantera sekretess och respekt för privatlivet för barn och ungdomar, att underlätta tillgång till information, att inte producera program och material som är skadliga för allmänhetens hälsa, inklusive barns, samt att inte vidmakthålla hälsorelaterade stigman.

d) Forskare

85. Kommittén understryker att akademiker, privata företag och andra som bedriver forskning där barn är inblandade, har ett ansvar att respektera principerna och bestämmelserna i konventionen samt i de internationella etiska riktlinjerna för biomedicinsk forskning med försökspersoner.²⁰ Kommittén påminner alla forskare om att barnets bästa alltid måste ges företräde framför det samhällets bästa i allmänhet och framför vetenskapliga framsteg.

V. Internationellt samarbete

86. Konventionsstaterna är inte bara skyldiga att förverkliga barns rätt till hälsa inom sin egen jurisdiktion, utan även att genom internationellt samarbete bidra till ett globalt genomförande av rättigheten. Artikel 24.4 kräver att staterna och mellanstatliga myndigheter ägnar särskild uppmärksamhet åt prioriteringen av barns hälsa bland de fattigaste delarna av befolkningen och i utvecklingsländer.

87. Konventionen bör vara vägledande för alla givar- och mottagarstaters internationella aktiviteter och program som direkt eller indirekt har att göra med barns hälsa. Konventionen kräver av partnerstaterna att de identifierar de hälsoproblem som kraftigast påverkar barn, gravida kvinnor och mödrar i mottagarländer, och att de tar sig an dessa problem i enlighet med prioriteringar och principer som fastställs i artikel 24. Internationellt samarbete bör stödja statliga hälsovårdssystem och nationella hälsoplaner.

88. Staterna har ett enskilt och gemensamt ansvar att samarbeta i att ge katastrofhjälp och humanitärt bistånd när nödsituationer uppstår, bland annat via Förenta Nationernas mekanismer. Staterna bör då överväga att prioritera förverkligandet av barns rätt till hälsa, till exempel genom att ge lämpligt internationellt medicinskt bistånd, distribuera och förvalta resurser som rent dricksvatten, mat och medicinska förnödenheter samt genom att ge ekonomiskt bistånd till de mest utsatta eller marginaliserade barnen.

89. Kommittén påminner staterna om att uppfylla Förenta Nationernas mål att anslå 0,7 procent av bruttonationalprodukten till internationellt utvecklingsbistånd. Ekonomiska resurser är av mycket stor betydelse för förverkligandet av barns rätt till hälsa i stater med begränsade egna resurser. För att säkerställa största möjliga effekt uppmantras staterna och mellanstatliga myndigheter att tillämpa Parisprinciperna för biståndseffektivitet samt principerna i Accra-agendan för handling (the Accra Agenda for Action).

²⁰ Rådet för internationella organisationer för medicinsk vetenskap/Världshälsoorganisationen, Genève 1993.

VI. Ramar för genomförande och ansvarsutkrävande

90. Ansvarsutkrävande är centralt för att för att barns rätt till hälsa ska värnas. Kommittén påminner konventionsstaterna om deras skyldigheter att säkerställa att relevanta statliga myndigheter och tjänsteleverantörer hålls ansvariga för upprätthållandet av högsta möjliga standard i hälsa och hälsovård för barn upp till 18 års ålder.

91. Staterna bör tillhandahålla en miljö som underlättar för alla ansvariga aktörer att uppfylla sina skyldigheter och sitt ansvar i fråga om barns rätt till hälsa. Staterna bör också tillhandahålla ett regelverk inom vilket alla aktörer är verksamma och kan övervakas, bland annat genom att mobilisera politiskt och ekonomiskt stöd för hälsorelaterade barnfrågor och förbättra de ansvarigas möjlighet att uppfylla sina skyldigheter liksom barns möjlighet att kräva sin rätt till hälsa.

92. Nationella mekanismer för utkrävande av ansvar måste vara effektiva och öppna för insyn, med aktivt engagemang från regering, parlament, lokalsamhällen, från civilsamhället i stort samt från barn, och måste inriktas på att hålla alla aktörer ansvariga för sina handlingar. Dessa mekanismer bör bland annat fokusera på strukturella faktorer som påverkar barns hälsa, inklusive lagar, policyer och budgetar. Det är grundläggande för staters ansvarsmekanismer att man följer upp vad som händer med ekonomiska resurser och vilken effekt de får för barns hälsa, och att denna uppföljning görs med de berördas medverkan.

A. Främjandet av kunskap om barns rätt till hälsa (art. 42)

93. Kommittén uppmuntrar staterna att anta och genomföra en heltäckande strategi för att undervisa barn, deras omvårdare, beslutsfattare, politiker och yrkespersoner som arbetar med barn i barns rätt till hälsa och i hur de kan bidra till förverkligandet av denna rättighet.

B. Lagstiftningsåtgärder

94. Konventionen kräver att konventionsstaterna vidtar alla lämpliga lagstiftande, administrativa och andra åtgärder för att förverkliga alla barns rätt till hälsa utan åtskillnad. Nationella lagar bör ålägga staten att tillhandahålla de tjänster, program, personal och infrastruktur som behövs för att förverkliga barns rätt till hälsa, samt införa lagstadgad rätt för gravida och barn, oavsett betalningsförmåga, till grundläggande hälsovård och relaterade tjänster som präglas av god kvalitet och lyhördhet för barns behov. Lagar bör ses över för att bedöma om de har diskriminerande effekter eller hindrar förverkligandet av barns rätt till hälsa, och vid behov upphävas. Där behov finns bör internationella organ och givare tillhandahålla utvecklingsbistånd och tekniskt bistånd för sådana lagreformer.

95. Lagstiftningen bör även fylla en rad andra funktioner i förverkligandet av barns rätt till hälsa, nämligen definiera rättighetens omfattning och erkänna barn som rättighetsbärare; förtydliga roller och ansvar för alla aktörer; förtydliga vilka tjänster barn, gravida kvinnor och mödrar har rätt att kräva; reglera tjänster och medicinering så att de är av god kvalitet och inte orsakar någon skada. Staterna måste säkerställa att det finns tillfredsställande rättsliga och andra garantier som skyddar och främjar människorättsförsvarens arbete med barns rätt till hälsa.

C. Styrning och samordning

96. Staterna uppmuntras att ratificera och genomföra internationella och regionala instrument för mänskliga rättigheter som är relevanta för barns rätt till hälsa, samt att rapportera om alla aspekter av barns hälsa i enlighet med dessa instrument.

97. För att politik och praktiker för barns hälsa ska vara hållbara krävs en långsiktig nationell plan, som måste ha stöd och förankring och göras till en nationell prioritering. Kommittén

rekommenderar att staterna etablerar och använder en heltäckande och sammanhängande nationell samordningsram för barns hälsa, baserad på konventionens principer. Målet är att underlätta samarbete mellan olika departement och olika myndighetsnivåer, liksom interaktionen med civilsamhällets intressenter, däribland barn. I och med det stora antalet myndigheter, lagstiftande organ och departement som på olika nivåer arbetar med policyer kopplade till barns hälsa och hälsovård, rekommenderar kommittén att samtliga aktörers roller och ansvar tydliggörs i det samordnande regelverket.

98. Särskild uppmärksamhet måste ägnas åt att identifiera och prioritera marginaliserade och missgynnade grupper av barn, liksom barn som riskerar att utsättas för någon form av våld eller diskriminering. Alla verksamheter bör till fullo kostnadsberäknas, finansieras och synliggöras i den nationella budgeten.

99. Konventionsstaterna bör använda en "barnhälsa i alla policyer"-strategi, som belyser kopplingarna mellan barnhälsa och dess underliggande bestämningsfaktorer. Allt ska göras för att ta bort flaskhalsar som hindrar transparens, samordning, samverkan och ansvarsutkrävande i tillhandahållandet av tjänster som påverkar barns hälsa.

100. Decentralisering är nödvändigt för att tillmötesgå olika lokala och sektoriella behov, men det innebär inte någon minskning av den regionala eller nationella statsmaktens direkta ansvar att uppfylla sina skyldigheter gentemot samtliga barn inom dess jurisdiktion. Beslut om anslag till de olika tjänstenivåer och olika geografiska områden bör spegla de centrala hållpunkterna i den nationella synen på primärhälsovård.

101. Staterna bör engagera alla grupper i samhället, inklusive barn, i arbetet med barns rätt till hälsa. Kommittén rekommenderar att följande ingår i ett sådant engagemang att man skapar förutsättningar för kontinuerlig tillväxt, utveckling och hållbarhet för civilsamhällets organisationer, inklusive gräsrotsföreningar och föreningar på lokalsamhällesnivå; att aktivt underlätta deras engagemang i att utveckla, genomföra och utvärdera barnhälsopolicyer och barnhälsovård; att man ger lämpligt ekonomiskt stöd eller hjälp med att ordna ekonomiskt stöd.

1. Parlamentens roll i nationellt ansvarsutkrävande

102. Parlamenten har ansvar för att lagstifta i barnhälsofrågor så att det råder transparens och allmänheten inkluderas, samt att uppmuntra kontinuerlig offentlig debatt och en kultur präglad av ansvarsskyldighet. De bör skapa en offentlig plattform för rapportering och debatt kring hur väl system och åtgärder fungerar, och för främjandet av allmänhetens deltagande i oberoende granskningsmekanismer. Parlamenten bör också hålla den verkställande makten ansvarig för genomförandet av rekommendationer som framkommer i oberoende granskningar, och säkerställa att granskningarnas resultat präglar efterföljande planer, lagar, policyer, budgetar och ytterligare åtgärder för ansvarsutkrävande.

2. Rollen för nationella institutioner för mänskliga rättigheter i nationellt ansvarsutkrävande

103. Nationella institutioner för mänskliga rättigheter har en viktig roll att spela i granskning och främjande av ansvarsskyldighet. De kan erbjuda barn stöd vid kränkningar av deras rätt till hälsa och förespråka systemförändringar för att förverkliga den rätten. Kommittén hänvisar till allmän kommentar nr 2 och påminner staterna om att barnkommissionärers eller barnombudsmäns mandat bör innefatta att säkerställa rätten till hälsa, samt att

mandatinnehavaren bör ha goda resurser och vara självständig i förhållande till regering och myndigheter.²¹

D. Att investera i barns hälsa

104. I sina beslut om budgetanslag och utgifter bör staterna sträva efter att alla barn, utan åtskillnad, ska få grundläggande hälso- och sjukvård som är tillgänglig, godtagbar och av god kvalitet.

105. Staterna bör kontinuerligt bedöma vilken inverkan makroekonomiska politiska beslut kommer att få på barns rätt till hälsa, i synnerhet barn i utsatta situationer, och förhindra alla beslut som kan komma att äventyra barns rättigheter, samt tillämpa principen om barnets bästa när sådana beslut fattas. Staterna bör även beakta sina skyldigheter enligt artikel 24 i alla faser av förhandlingar med finansinstitut och andra givare, för att säkerställa att man tar hänsyn till barns rätt till hälsa i internationellt samarbete.

106. Kommittén rekommenderar att konventionsstaterna:

- a) lagstiftar för att en särskild andel av offentliga utgifter anslås till barns hälsa, och skapar en tillhörande mekanism som möjliggör systematisk och oberoende utvärdering av dessa utgifter,
- b) uppfyller WHO:s rekommendation om minsta hälsoutgifter per capita, och prioriterar barns hälsa i budgetanslag,
- c) synliggör de investeringar som görs i barn i statsbudgeten genom detaljerade sammanställningar av resurser som tilldelats dem och förbrukats
- d) genomför rättighetsbaserad budgettillsyn och analys, samt barnkonsekvensanalyser av hur investeringar, i synnerhet inom hälsosektorn, kan tjäna barnets bästa.

107. Kommittén understryker betydelsen av verktyg för bedömning av resursanvändning och erkänner behovet av att utveckla mätbara indikatorer till hjälp för konventionsstaterna i deras arbete med att övervaka och utvärdera hur förverkligandet av barns rätt till hälsa framskrider.

E. Handlingsförloppet

108. För att konventionsstaterna ska fullfölja sina skyldigheter enligt artikel 24 krävs ett cykliskt förlopp av planering, genomförande, kontroll och utvärdering. Detta ska därefter ligga till grund för ytterligare planeringsarbete, modifierat genomförande och förnyad kontroll och utvärdering. Staterna bör säkerställa att barn medverkar i processen på ett meningsfullt sätt och att det finns återkopplingsmekanismer som underlättar nödvändiga justeringar under alla faser av det cykliska förloppet.

²¹ *Se Allmän kommentar nr 2 (2002) om rollen för oberoende nationella institutioner för mänskliga rättigheter i arbetet med att främja och skydda barnets rättigheter, Official Records of the General Assembly, Fifty-ninth Session, Supplement No. 41 (A/59/41), bilaga VIII.*

109. Att det finns relevant och pålitlig information är centralt i utvecklandet, genomförandet och kontrollen av de policyer, program och tjänster som ska förverkliga barns rätt till hälsa. Denna information bör omfatta korrekt uppdelade data från barnets hela levnadslopp, med vederbörlig uppmärksamhet på utsatta grupper; data om prioriterade hälsoproblem, inklusive nya eller försummade orsaker till dödlighet och sjuklighet; data om nyckelfaktorer för barns hälsa. Strategisk information kräver att data samlas in via rutinmässigt använda system för hälsoinformation, särskilda undersökningar och forskning, och bör omfatta både kvantitativa och kvalitativa data. Dessa data bör insamlas, analyseras, spridas och användas i framtagnandet av nationella, regionala och lokala policyer och program.

1. Planering

110. Kommittén konstaterar att staterna bör göra en situationsanalys av kända problem, frågeställningar och infrastrukturer för leverans av tjänster, och låta denna analys präglade genomförande, kontroll och utvärdering av aktiviteter avsedda att uppfylla skyldigheter enligt artikel 24. Analysen bör bedöma institutionell kapacitet och tillgång till personal samt ekonomiska och tekniska resurser. Analysens utfall bör ligga till grund för en strategi som innefattar alla intressenter, både statliga och icke-statliga aktörer samt barnen själva.

111. Situationsanalysen kommer att ge en tydlig uppfattning om vad som ska prioriteras på nationell och regional nivå, och hur detta ska uppnås. Referensvärden och mål, budgeterade handlingsplaner och operativa strategier bör fastställas tillsammans med en ram för kontroll och utvärdering av policyer, program och tjänster samt främjande av ansvarsskyldighet vad gäller barns hälsa. Detta kommer att belysa hur befintliga strukturer och system bäst byggs ut och stärks för att stämma överens med konventionen.

2. Kriterier för funktion och genomförande

112. Staterna bör säkerställa att alla hälsovårdstjänster och hälsovårdsprogram för barn uppfyller kriterierna tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet.

a) Tillgång

113. Staterna bör säkerställa att fungerande barnhälsovårdsmottagningar, varor, tjänster och program finns i tillräcklig omfattning. Staterna behöver säkerställa att det finns tillräckligt med sjukhus, kliniker, praktiserande läkare, mobila grupper och enheter, lokal hälsovårdspersonal, utrustning samt livsnödvändiga läkemedel för att kunna erbjuda hälsovård till alla barn, gravida kvinnor och mödrar i landet. Vad som är tillräcklig omfattning bör bedömas efter behov, med särskild hänsyn tagen till befolkningsgrupper som har dålig tillgång till vård och/eller bor på otillgängliga platser.

b) Tillgänglighet

114. Tillgänglighetsfaktorn har fyra aspekter.

a) *Icke-diskriminering*: Hälsovård och relaterade tjänster, samt utrustning och material, måste vara tillgängliga för alla barn, gravida kvinnor och mödrar, enligt lag och i praktiken, utan någon form av åtskillnad.

b) *Fysisk tillgänglighet*: Hälsovårdsinrättningar måste ligga inom tillgängligt avstånd för alla barn, gravida kvinnor och mödrar. Fysisk tillgänglighet kan kräva att extra hänsyn tas till behoven hos barn och kvinnor med funktionsnedsättningar. För att nå särskilt utsatta grupper av barn uppmanar kommittén staterna att prioritera etablering av inrättningar och tjänster i eftersatta områden samt att satsa på mobila uppsökande metoder, innovativ teknik, samt välutbildad och väl understödd lokal hälsovårdspersonal med tillräckliga stödresurser.

c) *Ekonomisk tillgänglighet*: Ingen bör nekas tillgång till tjänster, material eller mediciner på grund av oförmåga att betala för dem. Kommittén uppmanar staterna att avskaffa patientavgifter för hälsovård och införa finansieringssystem som inte diskriminerar kvinnor och barn på grund av bristande betalningsförmåga. Riskdelningsmekanismer som skatter och försäkringar bör genomföras och bör vara grundade på bidrag som anpassas efter betalningsförmåga.

d) *Tillgänglig information*: Barn och deras omvårdare bör få information om hälsofrämjande arbete, hälsostatus och behandlingsalternativ på ett språk och i en form som är tillgängliga och lättbegripliga för dem.

c) Godtagbarhet

115. Inom ramen för barns rätt till hälsa definierar kommittén godtagbarhet som skyldigheten att utforma och leverera alla hälsorelaterade hjälpmedel, varor och tjänster på ett sätt som tar full hänsyn till och respekterar medicinsk etik samt barns behov, förväntningar, kultur, åsikter och språk, med särskild uppmärksamhet ägnad vissa grupper om så krävs.

d) Kvalitet

116. Hälsorelaterade hjälpmedel, varor och tjänster bör vara lämpliga ur vetenskaplig och medicinsk synvinkel samt av god kvalitet. God kvalitet betyder bland annat a) att behandlingar, interventioner och mediciner baseras på bästa tillgängliga evidens, b) att vårdpersonalen är skicklig och har fullgod utbildning i mödra- och barnhälsovård samt vad gäller konventionens principer och bestämmelser, c) att sjukhusutrustningen är vetenskapligt godkänd och passar för barn, d) att läkemedel är vetenskapligt godkända, inte är utgångna, är barnspecifika (när så krävs) samt kontrollerade för biverkningar, och e) att regelbundna kvalitetsmätningar av vården vid hälso- och sjukvårdsinrättningar utförs.

3. Kontroll och utvärdering

117. En välstrukturerad och tillbörligen uppdelad uppsättning indikatorer bör utarbetas för övervakning och utvärdering för att uppfylla ovan nämnda kvalitetskrav. Dessa data bör användas för att omforma och förbättra policyer, program och tjänster så att de bättre förverkligar barns rätt till hälsa. I hälsoinformationssystem bör man säkerställa att insamlade data är pålitliga, transparenta och konsekventa, och samtidigt skydda den enskildes rätt till personlig integritet. Staterna bör regelbundet se över och förbättra sina informationssystem för hälso- och sjukvård, inklusive system för nödvändig registrering och övervakning av sjukdomar.

118. På nationell nivå bör det finnas ansvarsutkrävande mekanismer som kontrollerar, granskar och agerar i enlighet med de upptäckter som görs. Kontroll betyder att tillhandahålla uppgifter om barns hälsostatus, att regelbundet granska kvaliteten på barnhälsovårdstjänster, liksom kostnaderna för dem, inklusive var, på vad och på vem dessa kostnader fördelats. Detta bör innefatta såväl rutinemässig kontroll som periodiskt återkommande fördjupade utvärderingar. Granska betyder att analysera insamlade data och konsultera barn, familjer, andra omvårdare och civilsamhället för att avgöra om barns hälsa har förbättrats och huruvida regeringar och andra aktörer har uppfyllt sina åtaganden. Agera betyder att använda belägg som framkommer i dessa processer för att upprepa och utöka det som fungerar och åtgärda och förändra det som inte fungerar.

F. Rättsmedel vid kränkningar av rätten till hälsa

119. Kommittén uppmanar staterna att införa fungerande och tillgängliga klagomålsmekanismer för barn som finns i barnets närmiljö, och göra det möjligt för barn att söka och få upprättelse när deras rätt till hälsa kränks eller äventyras. Staterna bör även säkerställa att det finns långtgående juridiska rättigheter, inklusive grupptalan.

120. Staterna bör säkerställa att enskilda barn och deras omvårdare så lätt som möjligt har tillgång till rättslig prövning, och vidta åtgärder för att avlägsna eventuella hinder för tillgång till rättsmedel mot kränkningar av barns rätt till hälsa. Nationella institutioner för mänskliga rättigheter, barnombudsmän, hälsorelaterade yrkessamfund och konsumentföreningar kan spela en viktig roll i detta avseende.

VII. Spridning

121. Kommittén rekommenderar staterna att sprida denna allmänna kommentar på bred front, via parlamentet och till alla delar av statsapparaten, inklusive departement och förvaltning samt på lokal nivå till kommunala och andra organisationer som arbetar med barnhälsofrågor.
