

Lov om pasientrettigheter

Heftets tittel: Lov om pasientrettigheter

Utgitt: 07/2004

Bestillingsnummer: IS-12/2004

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for spesialisthelsetjenester
Postadresse: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2

Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial - og helsedirektoratet
v/Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-12/2004

Forord

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven) skal bidra til å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Loven skal også bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Loven må sees i sammenheng med andre lover som berører helsetjenesten som helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og lov om psykisk helsevern.

Sosial- og helsedepartement utga i 2000 et rundskriv med merknader til pasientrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp (I-60/2000). Det er blitt gjort flere endringer i loven siden den ble vedtatt i 1999. Dette gjelder bl.a. lovens bestemmelser § 2-1 rett til nødvendig helsehjelp, § 2-2 rett til vurdering og § 2-4 rett til valg av sykehus. Det har også kommet inn nye bestemmelser § 2-6 om rett til sykefrakt og § 2-7 om forvaltningslovens anvendelse. Som en følge av endringer i pasientrettighetsloven har det blitt vedtatt endringer i prioriteringsforskriften. Videre har rusreformen, hvor ansvaret for behandling av rusmiddelmissbruk er overført spesialisthelsetjenesten, medført et behov for en klargjøring av de konsekvenser dette får for denne pasientgruppen og tjenestene.

På bakgrunn av de ovennevnte endringer har det vært sett som hensiktsmessig å utgi et nytt rundskriv med merknader til loven. Dette arbeidet er delegert Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet ble etablert 1. januar 2002. Direktoratet er et forvaltnings- og kompetanseorgan og skal bidra til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk i helse- og sosialsektoren. Videre skal direktoratet drive rådgivning mot sentrale myndigheter, kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen. Direktoratet arbeider også med kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og sosialtjenesten.

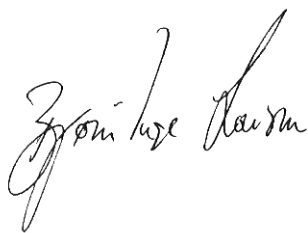
Direktoratet er delegert myndighet til å fortolke flere lover, deriblant pasientrettighetsloven. Dette er bakgrunnen for at direktoratet har fått i oppgave å utarbeide rundskrivet.

Rundskrivet inneholder lovteksten til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften med merknader. Merknadene bygger på tidligere merknader i rundskriv I-60/2000 og uttalelser fra forvaltningen som er kommet i etterkant. Det gis også enkelte presiseringer av hvordan direktoratet mener bestemmelsene er å forstå. Merknadene har ikke rang som lov eller forskrift, men er ment som en klargjøring av det som er regulert i lov og forskrift.

Rundskrivet er lagt ut på www.shdir.no

Det er også utarbeidet en egen informasjonsbrosjyre om pasienters rettigheter. Denne vil også bli å finne på www.shdir.no

Vi håper at rundskrivet kan bidra til å gjøre det lettere å orientere seg om pasientrettighetsloven mv. til det beste for brukere av tjenesten!



Bjørn-Inge Larsen

direktør

**LOV AV 2. JULI 1999 NR. 63 OM PASIENTRETTIGHETER
(PASIENTRETTIGHTSLOVEN) MED MERKNADER7**

KAPITTEL 1 ALMINNELIGE BESTEMMELSER	7
§ 1-1 <i>Formål</i>	7
Merknader til § 1-1.....	7
§ 1-2 <i>Virkeområde</i>	7
Merknader til § 1-2.....	7
§ 1-3 <i>Definisjoner</i>	8
Merknader til § 1-3.....	8
KAPITTEL 2 RETT TIL HELSEHJELP OG TRANSPORT	10
§ 2-1 <i>Rett til nødvendig helsehjelp</i>	10
Merknader til § 2-1.....	10
§ 2-2 <i>Rett til vurdering</i>	14
Merknader til § 2-2.....	15
§ 2-3 <i>Rett til fornyet vurdering</i>	18
Merknader til § 2-3.....	18
§ 2-4 <i>Rett til valg av sykehus</i>	19
Merknader til § 2-4.....	19
§ 2-5 <i>Rett til individuell plan</i>	22
Merknader til § 2-5.....	22
§ 2-6 <i>Rett til syketransport</i>	23
Merknader til § 2-6.....	23
§ 2-7 <i>Forvaltningslovens anvendelse</i>	23
Merknader til § 2-7.....	23
KAPITTEL 3 RETT TIL MEDVIRKNING OG INFORMASJON	24
§ 3-1 <i>Pasientens rett til medvirkning</i>	24
Merknader til § 3-1.....	24
§ 3-2 <i>Pasientens rett til informasjon</i>	25
Merknader til § 3-2.....	25
§ 3-3 <i>Informasjon til pasientens nærmeste pårørende</i>	26
Merknader til § 3-3.....	27
§ 3-4 <i>Informasjon når pasienten er mindreårig</i>	27
Merknader til § 3-4.....	27
§ 3-5 <i>Informasjonens form</i>	28
Merknader til § 3-5.....	28
§ 3-6 <i>Rett til vern mot spredning av opplysninger</i>	29
Merknader til § 3-6.....	29
KAPITTEL 4 SAMTYKKE TIL HELSEHJELP	30
§ 4-1 <i>Hovedregel om samtykke</i>	30
Merknader til § 4-1.....	30
§ 4-2 <i>Krav til samtykkets form</i>	31
Merknader til § 4-2.....	31
§ 4-3 <i>Hvem som har samtykkekompetanse</i>	31
Merknader til § 4-3.....	31
§ 4-4 <i>Samtykke på vegne av barn</i>	32
Merknader til § 4-4.....	33
§ 4-5 <i>Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse</i>	34
Merknader til § 4-5.....	34
§ 4-6 <i>Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse</i>	34
Merknader til § 4-6.....	34
§ 4-7 <i>Om pasienter som er umyndiggjort</i>	35
Merknader til § 4-7.....	35

§ 4-8 Om pasienter uten samtykkekompetanse som ikke har nærmeste pårørende	35
Merknader til § 4-8.....	35
§ 4-9 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner	36
Merknader til § 4-9.....	36
KAPITTEL 5 RETT TIL JOURNALINNSYN	37
§ 5-1 Rett til innsyn i journal	37
Merknader til § 5-1.....	37
§ 5-2 Retting og sletting av journal.....	39
Merknader til § 5-2.....	39
§ 5-3 Overføring og utlån av journal.....	39
Merknader til § 5-3.....	39
KAPITTEL 6 BARNES SÆRLIGE RETTIGHETER	39
§ 6-1 Barns rett til helsekontroll.....	39
Merknader til § 6-1.....	40
§ 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon	40
Merknader til § 6-2.....	40
§ 6-3 Barns rett til aktivitet i helseinstitusjon	40
Merknader til § 6-3.....	40
§ 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon	41
Merknader til § 6-4.....	41
KAPITTEL 7 KLAGE	41
§ 7-1 Anmodning om oppfyllelse.....	41
Merknader til § 7-1.....	41
§ 7-2 Klage.....	42
Merknader til § 7-2.....	42
§ 7-3 Klagens form og innhold.....	43
Merknader til § 7-3.....	43
§ 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd.....	43
Merknader til § 7-4.....	43
§ 7-5 Frist for anmodning og klage	44
Merknader til § 7-5	44
§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse.....	44
Merknader til § 7-6.....	44
KAPITTEL 8 PASIENTOMBUD.....	45
§ 8-1 Formål	45
Merknader til § 8-1.....	45
§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen.....	45
Merknader til § 8-2.....	45
§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasientombudet.....	46
Merknader til § 8-3.....	46
§ 8-4 Behandling av henvendelser	46
Merknader til § 8-4.....	46
§ 8-5 Pasientombudets rett til å få opplysninger	46
Merknader til § 8-5.....	47
§ 8-6 Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler.....	47
Merknader til § 8-6.....	47
§ 8-7 Pasientombudets oppgaver.....	47
Merknader til § 8-7.....	47
§ 8-8 Forskrifter.....	48
Merknader til § 8-8.....	48

FORSKRIFT OM PRIORITERING AV HELSETJENESTER, RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN, RETT TIL BEHANDLING I UTLANDET OG OM DISPENSASJONS- OG KLAGENEMND49

KAPITTEL I PRIORITERING AV SPESIALISTHELSETJENESTER OG RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	49
§ 1 Virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2	49
§ 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	49
§ 3 Helsehjelp i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge	49
§ 4 Vurdering av og fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp	50
§ 5 Informasjonsplikten	50
§ 6 Brudd på fristen	50
§ 7 Klagerett	50
KAPITTEL II BEHANDLING AV TILLATELSER TIL GENETISK UNDERSØKELSE AV BEFRUKTEDE EGG, KLAGE OVER RETT TIL BEHANDLING I UTLANDET. DISPENSASJONS- OG KLAGENEMND	51
§ 8 Dispensasjons- og klagenemndas kompetanse	51
§ 9 Sammensetning og oppnevning	51
§ 10 Sammensetning i dispensasjons- og klagesaker	51
§ 11 Saksbehandling i dispensasjons- og klagesaker	51
§ 12 Taushetsplikt	51
§ 13 Søksmål	52
§ 14 Endring av denne forskriften	52
§ 15 Overgangsregler	52
MERKNADER TIL DE ENKELTE BESTEMMELSENE:	52
Merknader til § 1	52
Merknader til § 2	52
Merknader til § 3	54
Merknader til § 4	55
Merknader til § 5	56
Merknader til § 6	56
Merknader til § 8	57
Merknader til § 9	58
Merknader til § 10	58
Merknader til § 11	58
Merknader til § 13	59

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) med merknader

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 1-1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Merknader til § 1-1

Formålsbestemmelsen forklarer bakgrunnen for den helsepolitikk loven bygger på, og skal virke som en retningslinje for de ideelle mål som oppstilles i loven. Det er de overordnede målsettinger med loven som gjengis.

Lovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet, både ved å gi rettigheter og ved at disse sikres prosessuelt, og ivareta pasientene i møtet med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd. Med lik tilgang til helsetjenester menes at befolkningen skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette stiller krav til organisatoriske forhold i helsetjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellens side.

De helsetjenestene som tilbys skal ha god kvalitet, både med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten. Kravet om god kvalitet må sees i lys av kravet til forsvarlighet i tjenesten og for helsepersonellet. Kvalitetsvurderinger må foretas med utgangspunkt i pasientens ståsted.

Bestemmelsen fremhever forholdet mellom pasient og helsevesen og setter fokus på pasienten og dennes behov og autonomi. Som en del av dette er det naturlig at helsetjenesten informerer pasientene om hva slags rettigheter de har. I forhold til personer med en annen etnisk og kulturell bakgrunn stilles det særlige krav til etablering av et tillitsforhold. De deler av helsepersonellet som betjener disse gruppene må derfor vektlegge dette særskilt i møte med pasienter fra disse gruppene.

§ 1-2 Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. I den utstrekning det bestemmes av Kongen i forskrift gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

Merknader til § 1-2

Bestemmelsen regulerer lovens stedlige og personellmessige virkeområde. Lovens saklige virkeområde fremkommer av formålsbestemmelsen sammenholdt med definisjonsbestemmelsen.

Utgangspunktet er at lovens bestemmelser skal gjelde for enhver som oppholder seg i riket, jf. første ledd. Med hjemmel i annet ledd er det i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp § 1 gjort unntak fra dette. Pasientrettighetsloven kapittel 2 med unntak av § 2-1 første ledd, gjelder bare for personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). Det vises til forskriften med merknader som er tatt inn i dette heftet. Pasienter som blir tildelt behandling i utlandet etter vedtak av norske myndigheter, har rett til informasjon etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven for å kunne gi

samtykke til at slik behandling skal gis. Retten til informasjon om utført behandling og journalinnsyn reguleres av det lands lovgivning hvor behandlingen ytes.

§ 1-3 Definisjoner

I loven her menes med

- a. *pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;*
- b. *pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge;*
- c. *helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;*
- d. *helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten;*
- e. *helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.*

Merknader til § 1-3

Bokstav a definerer hvem som skal regnes som pasient. Begrepet pasient brukes om personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp. Også "friske" personer som har bruk for ytelser fra helsetjenesten, for eksempel helsestasjonsvirksomhet, prevensjonsveiledning o.l., vil være pasienter etter denne loven. Personer som har kroniske lidelser eller funksjonshemninger faller også under definisjonen av pasient fordi disse også er brukere av helsetjenesten. Dersom helsehjelp ytes uoppfordret, eventuelt mot personens vilje, blir personen også definert som pasient.

At også den som anmoder om helsehjelp skal anses som pasient har sammenheng med retten til nødvendig helsehjelp i § 2-1. Ettersom de fleste bestemmelser i loven kan klages over, må det også gjelde en så sentral bestemmelse som § 2-1. Allerede ved henvendelsen til helsetjenesten må pasienten således defineres som pasient og kommer inn under klageinstituttet i kapittel 7 i loven.

Person som tilbyr helsehjelp, men som avslår dette, defineres som pasient etter lovteksten, jf. "gis eller tilbys". Retten til å avslå reguleres i lovens kapittel 4. En virkning av at personer som avslår tilbud om helsehjelp anses som pasienter i lovens forstand, er at de dermed får anledning til å klage over at avslaget er truffet på grunnlag av manglende informasjon fra helsetjenesten

I bokstav b er utgangspunktet at *pasientens pårørende* er den pasienten selv peker ut. Den nærmeste pårørende er den pasienten selv peker ut som nærmest. Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn. Det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasienten og pasientens nærmeste familie er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot hans ønske. At pasientens valg skal legges vekt på er uttrykkelig uttalt i behandlingen av loven i Stortingets sosialkomite.

I de tilfeller der pasienten ikke er i stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om nærmeste pårørende, er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt.

Dette innebærer blant annet at ektefellen skal anses som pasientens nærmeste pårørende med mindre andre i større utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Dette vil for eksempel være tilfelle der en av ektefellene lider av senil demens og er på pleiehjem, mens barnet har nærmest kontakt med den andre ektefellen. Dersom sistnevnte ektefelle blir syk, må barnet anses å være den nærmeste pårørende. Vilkåret om at den nærmeste er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, vil dessuten kunne medføre at en hjelpeverge oppnevnt med særskilt sikte på helsespørsmål, anses som den nærmeste når pasienten selv ikke har oppgitt andre.

Definisjonen av *helsehjelp* i bokstav c har dels et medisinsk element og dels et institusjonelt element. Med det medisinske elementet menes handlingen og formålet med den. Under begrepet "handling" går undersøkelse, behandling, utredning og vurdering, samt pleie- og omsorgstiltak. Med pleie og omsorg menes hjelp til å opprettholde et best mulig liv til tross for sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. Også abortingrep, uttak av organer for transplantasjon og blodgivning omfattes.

Som en konsekvens av at blodgivning i en blodbank karakteriseres som helsehjelp er blodgiveren å anse som pasient¹. Dette medfører at pasientrettighetslovens bestemmelser vil komme til anvendelse, herunder reglene om krav til pasientens samtykke. Også reglene i helsepersonelloven om taushetsplikt, informasjon, innsyn og dokumentasjonsplikt må overholdes².

Formålet med handlingen kan være av ulik karakter. Med forebygging menes tiltak som tar sikte på å forebygge at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemming oppstår. Under dette går blant annet bedriftshelsetjeneste, for eksempel slik at ansatte som det tas blodprøver av for å sjekke eventuell smittefare, anses som pasienter som mottar helsehjelp etter loven.

Med diagnostisering menes de tiltak som foretas, basert på pasientens sykehistorie og objektive funn, for å fastslå pasientens sykdom. Helsehjelp med behandlende mål (terapeutisk) tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og således endring i pasientens helsesituasjon, både somatisk og psykisk.

En del helsehjelp har ikke som siktemål å helbrede, men å holde pasienten "så frisk som mulig" og hindre at tilstanden forverrer seg, eller for å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie. Dette vil være omfattet av begrepet helsehjelp i lovens forstand. Også tjenester fra helsevesenet som ikke tar sikte på forandring, for eksempel til personer med fysiske eller psykiske varige funksjonshemninger, er helsehjelp. Dette vil typisk være tilfelle for personer med kroniske lidelser. For disse personene er det viktig at de sikres helsehjelp som kan bidra til å holde lidelsen i sjakk og til å leve så normalt som mulig. Definisjonen har derfor tatt inn at handlinger som har helsebevarende formål skal anses som helsehjelp. Formålet med handlingen kan videre være rehabilitering eller habilitering, det vil si gjenoppretting av tapte funksjoner etter sykdom eller skade og oppbygging av manglende funksjoner hos utviklingshemmede. Ordlyden i bestemmelsen innebærer at handlinger eller ytelser fra helsepersonell eller helsetjenesten som har som formål å inngå i forskning eller utprøvende behandling faller utenfor definisjonen av helsehjelp. Som det fremgår av det som er nevnt ovenfor legges det til grunn en vid definisjon av begrepet helsehjelp. Meningen er at pasientrettighetsloven skal gjelde for helsehjelp innenfor helsetjenesten, med andre ord for tjenester som har et medisinsk element.

Det er etter hvert blitt mer vanlig at helsepersonell tilbyr helsetjenester i ulike former på internett. Spørsmålet er om dette kan karakteriseres som helsehjelp etter helsepersonelloven § 3, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Det vises til juridisk betenkning om netthelsetjenester³. For at noe skal framstå som "helsehjelp" må rådgivningen være individuelt tilpasset av kvalifisert handlingsrettet karakter og basert på informasjon som personen som henvender seg (pasienten) gir fra seg. Rammene for virksomheten (krav og tilbud om profesjonell hjelp), betalingsordninger og hvilke tjenester som konkret blir tilbudt, vil også være viktige momenter i den helhetsvurderingen som må foretas. Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene som ytes er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter iakttas av helsepersonellet vedrørende informasjon, journalføring m.v. De alminnelige pasientrettigheter etter loven her vil da gjelde, jf. § 1-3 bokstav d.

Sosiale tjenester faller utenfor. "Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk", jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, vil imidlertid være helsehjelp etter loven, selv om tjenestetilbudet skal inneholde både helse- og sosialfaglig behandling.

Etter bokstav d er helsetjeneste definert som den virksomhet primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten er lovpålagt å sørge for. Dette omfatter virksomhet som er offentlig eid, privateid og offentlig drevet, og privateid og privatdrevet som har avtale med stat,

¹ Brev av 20. juni 2003 fra Helsedepartementet

² Lov 2. juli 1999 nr. 64

³ Juridisk betenkning vedrørende enkelte spørsmål knyttet til helsetjenester ved bruk av moderne former for telekommunikasjon av 13.01.04 utarbeidet av professor Aslak Syse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, tilgjengelig på www.shdir.no (søk: Syse)

fylke eller kommune. Rent privat virksomhet som ikke har avtale med stat, fylke eller kommune faller utenfor definisjonen. Helsepersonell ansatt i slik virksomhet er imidlertid pålagt plikter i henhold til pasientenes rettigheter på samme måte som helsepersonell ansatt i offentlig virksomhet. De fleste rettigheter knyttet til behandling og undersøkelse vil derfor også gjelde i forhold til helt privat helsevirksomhet, blant annet journalinnsyn, informasjonsreglene og samtykkebestemmelsene.

Helsepersonell er definert i *bokstav e*, og er nærmere definert i helsepersonelloven § 3. For det første omfattes de som har autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven §§ 48 og 49. Dernest omfattes personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp, og studenter og elever som yter helsehjelp. Medhjelpere til helsepersonell er helsepersonell når de får tildelt oppgaver fra helsepersonell.

Kapittel 2 Rett til helsehjelp og transport

§ 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteytere utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi nærmere forskrifter for fastsettelse av og informasjon om den tidsfristen som er omtalt i annet ledd, og for organisering av og oppgjør for det tjenestetilbud pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Endret ved lov 12. desember 2003 nr. 110

Merknader til § 2-1

Retten til øyeblikkelig hjelp i *første ledd første punktum* innebærer en plikt for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer således med helsepersonellens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7. Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art. For det psykiske helsevernet gir forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet nærmere bestemmelser om hva som regnes som øyeblikkelig hjelp situasjoner.

Første ledd annet punktum uttaler pasientens rett til nødvendig helsehjelp overfor den kommunen der pasienten bor eller midlertidig oppholder seg slik det følger av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) § 2-1. Kommunen plikter å legge til rette

for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering, samt pleie og omsorgstjenester. Rettigheten til pasienten overfor kommunehelsetjenesten er begrenset av hva tilgjengelige ressurser gjør mulig, men kommunehelsetjenesteloven angir en minstestandard for forsvarlig helsehjelp som kommunen ikke kan gå under, jf. helsepersonelloven § 4.

Bestemmelsen gir i *annet ledd første punktum* en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten gjennomgikk store organisatoriske endringer gjennom statlig overtagelse av tjenesten (sykehusreformen). Spesialisthelsetjenesten er ikke en del av forvaltningen, men er organisert i helseforetak, jf. helseforetakloven⁴. Som en del av organiseringen av spesialisthelsetjenesten er landet delt inn i fem helseregioner. I hver region er det etablert et regionalt helseforetak med staten ved Helsedepartementet som eier. Det enkelte regionale helseforetak har ansvar for eierskap og ledelse av sykehus og andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten, som er organisert som helseforetak. De regionale helseforetakene er videre pålagt å sørge for at befolkningen innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

De regionale helseforetakenes sørge for ansvar strekker seg lenger enn retten til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 annet ledd. Det betyr at de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for at det ytes spesialisthelsetjenester også til pasienter som ikke omfattes av retten til nødvendig helsehjelp. Hva som er spesialisthelsetjeneste er ikke definert i lov. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven fremgår det at ”*spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå*”⁵. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng vil kunne forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utvikling og endring i organisering av helsetjenestene⁶. I praksis vil spesialisthelsetjenesten omfatte de kategorier helsetjenester som de regionale helseforetak har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon. Etter at staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 overtok fylkeskommunenes tidligere ansvar etter sosialtjenesteloven for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere (rusreformen), er for eksempel begrepet spesialisthelsetjeneste utvidet i forhold til det som tidligere har vært ansett som spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakenes ansvar er utvidet til også å sørge for ”*tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk*”, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5, det vil si at tjenestetilbudet skal inneholde både helse- og sosialfaglig behandling.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp bestemmes av hva som faller inn under begrepet helsehjelp, og hvilken hjelp som er nødvendig. Begrepet helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, jf. § 1-3 bokstav c. Om en pasient har en materiell rettighet til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. Dessuten må de forventede resultatene stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. Vilårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i prioriteringsforskriften⁷. Det vises til forskriften med merknader som er tatt inn bak i dette rundskrivet.

Annet ledd annet punktum gir noen begrensninger i retten til nødvendig helsehjelp. Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Disse begrensningene er innarbeidet i prioriteringsforskriften § 2. Det vises til forskriften med merknader. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter som hovedregel ikke utprøvende eller eksperimentell behandling. I helt spesielle tilfeller er det gjort unntak for eksperimentell og utprøvende behandling i utlandet. Unntaket fremgår av prioriteringsforskriften § 3 annet ledd.

Av *annet ledd tredje punktum* fremgår at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en konkret, individuell frist for når en rettighetspasient, det vil si en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp etter annet

⁴ Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.

⁵ Ot.prp.nr. 10 (1998-1999)

⁶ Ot.prp nr. 66 (2000-2001)

⁷ Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd

ledd første punktum, senest skal få oppfylt sin rettighet til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Fristen vil ikke bare gjelde behandling i snever forstand, men også retten til tiltak som har for eksempel forebyggende, diagnostiserende og rehabiliterende formål, jf. § 1-3 bokstav c. Pasienten har et rettslig krav på at det fastsettes en frist, og spesialisthelsetjenesten har en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten til helsehjelp som pasienten har etter annet ledd første punktum. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp. Fristen kan heller ikke settes så marginalt at uforsvarlighet inntrer med en gang fristen utløper. Dersom fristen brytes, og Rikstrykdeverket skaffer pasienten et subsidiært behandlingstilbud etter *fjerde ledd*, må det være tid til å få etablert et forsvarlig behandlingstilbud. Fristen må derfor ikke settes så marginalt at behandlingen med nødvendighet vil bli uforsvarlig etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Fastsettelsen av den individuelle fristen overfor pasienter som er vurdert til å ha rett til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, må baseres på en tverrfaglig vurdering av når forsvarlighet krever at behandling senest gis⁸.

I det følgende vil det omtales nærmere hvordan fristen skal fastsettes. Det vises i denne sammenheng også til Helsedepartementets brev til Helse Øst RHF vedrørende forståelsen av fristbestemmelsen⁹. Fristen skal fastsettes i forbindelse med, og på bakgrunn av, den individuelle vurderingen av den enkelte rettighetspasients helsetilstand som foretas innen 30 dagers perioden, jf. § 2-2. En skjønnsmessig medisinsk faglig forsvarlighetsvurdering av den enkelte pasients helsetilstand vil være grunnlaget for fristfastsettelsen. Det skal settes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at man går videre med diagnostisk og/eller behandlende helsehjelp.

I de tilfellene der endelig diagnose er fastlagt idet pasientens helsetilstand er vurdert, skal det settes en frist for når spesialisthelsetjenesten senest skal yte helsehjelp. Fristen skal settes til et konkret tidspunkt, som sikrer at behandlingen både kan påbegynnes og fullføres som et medisinsk forsvarlig forløp. Det er ikke tilstrekkelig at behandlingen bare er medisinsk forsvarlig når den påbegynnes. Av dette følger det at dersom pasienten er vurdert å ha behov for helsehjelp som vil strekke seg over et tidsrom, kortere eller lengre, må spesialisthelsetjenesten planlegge behandlingen og sette fristen slik at det på dette tidspunktet kan startes et behandlingsforløp som er forsvarlig på ethvert tidspunkt.

I situasjoner der det av medisinske årsaker ikke foreligger en diagnose innen utløpet av 30 dagers perioden, skal pasienten innen denne perioden ha fått en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling. Det vises til merknadene til § 2-2. For rettighetspasienters vedkommende skal vurderingen omfatte fastsettelse av frist for når spesialisthelsetjenesten skal yte helsehjelp i form av diagnostikk, og den behandling som derved blir nødvendig. I disse tilfellene må fristen fastsettes under hensyntagen til at både undersøkelsen og behandlingen skal kunne påbegynnes og fullføres som et medisinsk forsvarlig forløp. Fastsettelsen må skje på grunnlag av de opplysningene som foreligger etter den vurderingen som er foretatt i løpet av 30 dagers perioden. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ville kunne ha behov for ytterligere helsehjelp etter at diagnostikken er gjennomført, må planleggingen og fristfastsettelsen ta høyde for at denne helsehjelpen kan ytes innen et medisinsk forsvarlig forløp. Det vil si at fristen må settes som om videre undersøkelse kan komme til å vise at pasientens tilstand vil kreve den helsehjelpen som er mest tidskritisk av de behandlingstilbudene man står overfor når vurderingen blir foretatt.

Ved fastsettelse av fristen får spesialisthelsetjenesten en juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasienten får et rettslig krav på behandling innen den fastsatte fristen spesialisthelsetjenesten setter. Spesialisthelsetjenesten kan derfor ikke uten videre endre den fastsatte fristen, selv om det viser seg at pasienten kan vente lenger på nødvendig helsehjelp uten at forlengelse av ventetiden ville vært i strid med forsvarlighetskravet. Skulle det imidlertid vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi tilstanden har forverret seg, vil det følge av kravet til forsvarlig helsetjeneste i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at pasienten skal ha helsehjelp på dette tidligere tidspunktet.

⁸ Helsedepartementets rundskriv I-8/2004

⁹ Brev av 21. mai 2004 fra Helsedepartementet

Da den individuelle behandlingsfristen er fastsatt på grunnlag av en medisinsk forsvarlighetsvurdering basert på de opplysningene om pasientens helsetilstand som forelå innenfor 30 dagers fristen, kan imidlertid situasjonen se annerledes ut når pasienten deretter mottar helsehjelp som gir nye opplysninger om pasientens helsetilstand. Dette kan være tilfelle der det av medisinske grunner ikke har vært mulig å stille en diagnose innen 30 dagers fristen, men også hvor nye opplysninger om pasientens helsetilstand viser at pasientens helsemessige situasjon er annerledes enn antatt ved fristfastsettelsen.

Situasjonen kan da være at pasienten ikke lenger er å anse som en rettighetspasient, for eksempel fordi fristen er fastsatt på grunnlag av en "i-verste-falls-vurdering" mens de nye opplysningene viser at pasientens helsetilstand ikke var så alvorlig som fryktet. For eksempel viser en kul i brystet seg likevel ikke å være kreft, men en helt ufarlig tilstand. I og med at pasienten etter fastsettelse av fristen har mottatt helsehjelp i form av videre undersøkelse og/eller behandling, slik han var vurdert å ha behov for, har pasienten fått oppfylt sine rettigheter som rettighetspasient. Spesialisthelsetjenesten har ivaretatt sine forpliktelser innenfor fristen, ved igangsetting av den videre undersøkelsen/behandlingen. Det forutsettes at de nye opplysningene som tilsier et endret behandlingsforløp er dokumentert og at vurderingen begrunnes i journalen. De vanlige regler for dokumentasjon i journalen vil gjelde, jf. journalforskriften § 8¹⁰.

Dersom situasjonen er at pasienten fremdeles er å anse som rettighetspasient, og at han eller hun har rett til ytterligere helsehjelp, enten i form av videre undersøkelse eller behandling, er det verken adgang til å endre fristen til ulempe for pasienten eller til å fastsette separate frister for de enkelte elementene i behandlingsforløpet. Å først sette en frist for videre undersøkelse og deretter en ny frist for behandling er det ikke adgang til. I de tilfellene der det av medisinske årsaker ikke foreligger en diagnose innen utløpet av 30 dagers perioden, skal pasienten innen denne perioden ha fått en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling, jf. § 2-2. I enkelte spesielle situasjoner der det er testet ut et behandlingsopplegg som viser seg ikke å føre frem, eller det av andre medisinske grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg, har pasienten på dette tidspunktet krav på at det settes en separat frist for det nye behandlingsopplegget, slik at pasienten totalt sett får et faglig forsvarlig behandlingsforløp regnet fra det tidspunktet helsehjelpen ble igangsatt. Det forutsettes også her at den vurderingen som er foretatt, og begrunnelsen for fastsettelse av en egen frist, dokumenteres i pasientens journal.

Det følger av *tredje ledd* at helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Opplysningsplikten innebærer at pasienten skal ha den konkrete informasjon vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp. Slik opplysningsplikt påhviler primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, jf. § 1-3 bokstav d. Det vises i tillegg til de generelle informasjonskravene i § 3-2 flg.

Fjerde ledd regulerer pasientens subsidiære rett til helsehjelp ved brudd på den fastsatte fristen, jf. annet ledd. Retten oppstår i og med fristbrudd og gir pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet. For å sikre at pasientens rettighet oppfylles ved brudd på fristen vil pasienten kunne henvende seg direkte til Rikstrygdeverket, som ved fristbrudd har ansvar for å finne et egnet behandlingssted. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter, jf. prioriteringsforskriften § 6. Pasienten behøver ikke først å henvende seg til den aktuelle institusjonen med anmodning om oppfyllelse. Formidlingsenheten i Rikstrygdeverket kan kontaktes direkte på telefon 815 335 33. Det følger av ansvarsreglene i spesialisthelsetjenesteloven at det også etter et fristbrudd er det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp, og foretaket må derfor dekke kostnadene ved at pasienten gis nødvendig helsehjelp, om nødvendig privat eller i utlandet. Det regionale helseforetaket kan imidlertid, også etter at fristen er overskredet, oppfylle sitt ansvar for å sørge for at pasienten får nødvendig helsehjelp ved umiddelbart å fremsette et tilbud om helsehjelp ovenfor Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket må kunne kreve at helseforetaket senest i løpet av den påfølgende dag må fremskaffe et behandlingstilbud til pasienten. Rikstrygdeverket kan godta tilbudet dersom behandling kan gis like raskt som det subsidiære

¹⁰ Forskrift av 21. desember 2000 nr 1385

behandlingstilbud de kan fremskaffe. Det er ikke noe mål i seg selv å sende pasienter utenlands, og mange pasienter vil foretrekke at helsetjenesten ytes i nærområdet slik at de kan spares for lang reise og kan ha familie i nærheten. Ved at pasienten er sikret et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp som, om nødvendig, ytes av privat tjenesteyter innenlands eller i utlandet, innebærer dette at pasientens rett ikke er begrenset av kapasiteten i det offentlige tjenestetilbudet. Når den behandlingsfristen som spesialisthelsetjenesten har satt, omfatter både diagnostikk og eventuelt forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, vil pasienten, i tilfelle fristbrudd, ha krav på at Rikstrygdeverket skaffer helsehjelp som omfatter både diagnostikk og forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, gitt at den diagnostiske behandlingen viser at disse formene for helsehjelp er nødvendig.

Etter *femte ledd* har rettighetspasienter rett til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Denne bestemmelsen erstatter ordningen med bidrag fra folketrygden til behandling i utlandet når det manglet kompetanse i Norge¹¹. Forskriftbestemmelser om rett til helsehjelp i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge er innarbeidet i prioriteringsforskriften. Pasienten vil ikke få rett til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det finnes et anerkjent behandlingstilbud i Norge, selv om det kan være utviklet et mer avansert behandlingstilbud i utlandet. Det er den medisinske vurdering som legges til grunn for retten til nødvendig helsehjelp i utlandet etter femte ledd. Manglende kapasitet og lang ventetid gir ikke rett til behandling i utlandet, jf. prioriteringsforskriften § 3 tredje ledd. Eksperimentell eller utprøvende behandling omfattes som hovedregel ikke av bestemmelsen. Unntaksvis kan imidlertid enkeltpersoner med sjeldne sykdomstilstander i spesielle tilfeller gis rett til eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet. Det vises til prioriteringsforskriften § 3 annet ledd. Det skal også i disse tilfeller settes en frist for når behandling i utlandet senest skal ytes, slik at disse pasientene får samme klare rettsstilling som pasienter som kan få helsehjelp i Norge. Dersom det regionale helseforetak ikke har sørget for et tilbud i utlandet innen fristen, har også disse pasientene et subsidiært krav på helsehjelp og kan henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et tilbud i utlandet. Målet er selvfølgelig at foretaket skal skaffe et tilbud før fristen går ut. Foretakene kan derfor bli enige med Rikstrygdeverket om å benytte deres kompetanse og kontaktnett til å få formidlet et tilbud på vegne av foretaket før fristen går ut. Klager på manglende oppfyllelse av retten etter femte ledd skal behandles av klagenemnda for utenlandssaker, jf. § 7-2 annet ledd og prioriteringsforskriften kapittel II.

Kongen er i *sjette ledd* gitt hjemmel til å gi forskrift om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett til. Hjemmelen er benyttet til å gi prioriteringsforskriften¹².

Syvende ledd gir departementet hjemmel til å legge oppgaven med å skaffe et subsidiært tilbud til Rikstrygdeverket. Det forventes at den legen som har henvist pasienten til spesialisthelsetjenesten, eventuelt fastlegen, om nødvendig hjelper pasienten med å henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et subsidiært tilbud. Departementet kan gi nærmere forskrifter om fastsettelse av tidsfristen og om det tilbudet Rikstrygdeverket skal gi pasienten, herunder om forholdet mellom det regionale helseforetaket og Rikstrygdeverket.

§ 2-2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt.

Det skal vurderes om pasienten har en slik rettighet overfor spesialisthelsetjenesten som omtalt i § 2-1 annet ledd, og eventuelt fastsettes en slik frist som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om dette og om fristen. I underretningen skal pasienten også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvisende lege skal også underrettes.

¹¹ Folketrygdløven § 5-22 annet ledd og Forskrift av 14. januar 1999 om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet ble opphevet 1. september 2004.

¹² Se note 4

Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

Endret ved lov 12. desember 2003 nr. 110

Merknader til § 2-2

Retten til vurdering har to hovedformål. For det første skal den sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten. Rask vurdering av henvisningene og prioritering av pasientene bidrar til å sikre alvorlig syke pasienter rask behandling. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og primærlege om hvordan problemer blir tatt hånd om.

Retten til vurdering etter *første ledd* gjelder alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, uavhengig av prioriteringsgruppe. Det gjøres altså ingen prioritering mellom pasienter på dette stadiet, og de begrensningene som gjelder for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-1 er uten betydning her.

Vurderingsfristen er fastsatt i loven til maksimum 30 virkedager (eller raskere, jf. fjerde ledd) fra henvisningen er mottatt, og er den samme for alle pasienter. Dette i motsetning til behandlingsfristen etter § 2-1 annet ledd som bare gjelder rettighetspasienter og fastsettes av spesialisthelsetjenesten selv etter en individuell, medisinsk faglig vurdering av den enkelte pasient. Formålet med begge disse fristbestemmelsene er å skape et redskap som sikrer at pasienter med de alvorligste sykdomstilstandene skal bli behandlet først. Selv om det dreier seg om ulike frister, må de i forhold til rettighetspasienter ses i sammenheng fordi de regulerer to ulike stadier i en sammenhengende behandlingsskjede. Dersom vurderingsplikten ikke oppfylles vil det kunne oppstå problemer i forhold til fastsettelse av behandlingsfrist for rettighetspasienter, og dermed med å oppfylle denne pasientrettigheten i samsvar med § 2-1 annet ledd. Sosial- og helsedirektoratet har understreket at hele vurderingsprosessen skal være avsluttet innen 30 dagers fristen, og at bestemmelsen ikke har ressurs- eller kapasitetsbegrensninger i forhold til pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen fristen¹³.

Plikten til å foreta vurdering gjelder ethvert sykehus og spesialistpoliklinikk som er omfattet av retten til fritt sykehusvalg etter § 2-4, herunder de private sykehusene som er omfattet av ordningen. De vurderingene som foretas av de private sykehusene, forplikter ikke andre sykehus eller spesialistpoliklinikker med mindre det følger av avtalen med det regionale helseforetak. Det er det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion som er ansvarlig for at pasienten får oppfylt sin rett til vurdering. Dette er en del av plikten til å sørge for et tilbud om spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tilbys både ved sykehus/ spesialistpoliklinikker og ved andre typer helseinstitusjonstyper som ikke er direkte omfattet av plikten til vurdering etter bestemmelsen i § 2-2. Bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp i § 2-1 omfatter imidlertid også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Om den enkelte pasient som henvises til slik behandling har en rettighet etter denne bestemmelsen må derfor vurderes. De regionale helseforetakene må derfor organisere sitt tilbud slik at det foreligger et tilstrekkelig antall institusjoner som har i oppgave å foreta denne vurderingen. Dette kan eventuelt gjøres ved at det regionale helseforetaket pålegger andre helseinstitusjoner enn de som er omfattet av plikten etter § 2-2 til også å foreta slike vurderinger på vegne av det regionale helseforetaket. Ved avtale med private tjenesteytere må det i tilfelle eksplisitt fastsettes i avtalen at virksomheten skal foreta vurdering etter § 2-2, og at denne vurderingen forplikter det regionale helseforetaket, blant annet til å oppfylle rettighetene til pasienter som er blitt innrømmet rett til nødvendig helsehjelp i samsvar med pasientrettighetsloven § 2-1. Vurderingen etter § 2-2 skal skje innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt, eventuelt raskere dersom det er mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Likhets hensyn taler for at pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling ved institusjoner som ikke er direkte omfattet av plikten etter § 2-2, bør gis en vurdering innen samme frist. Uavhengig av fristen for vurdering som følger av bestemmelsen i § 2-2 vil alle de tverrfaglige

¹³ Brev av 14. februar 2003 fra Sosial- og helsedirektoratet

spesialiserte tjenestene som skal foreta denne vurderingen være underlagt kravet om forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dette kan i enkelte tilfeller innebære at vurderingen må foretas raskere enn fristen etter § 2-2¹⁴.

Sosial- og helsedirektoratet har presisert at vurderingsretten ikke innebærer en absolutt rett til å få stilt en endelig diagnose innen 30 dager der medisinske forhold gjør dette umulig¹⁵. Det er pasientens helsetilstand som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn på videre undersøkelse og behandling. Det vises til Innst.O.Nr. 91 (1998-99) fra Sosialkomiteen om pasientrettighetsloven § 2-2 s. 23 som lyder: ”Komiteen forutsetter at det innen fristens utløp skal foreligge en reell og faglig vurdering av pasientens tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling fra spesialistens side for at lovens ordlyd skal være oppfylt”. Det må derfor skilles mellom begrepene diagnose og helsetilstand når det skal vurderes hva som skal til for at pasientens rett til vurdering anses innfridd. Endelig diagnose er et sluttprodukt som, om mulig, foreligger idet pasienten er ferdig utredet. I visse tilfeller er ikke diagnosen klar før et behandlingsforsøk er sluttført, nemlig ut fra bedømmelse av mulig behandlingsrespons. I andre tilfeller står man overfor alternative diagnoser som kan kreve langvarig utredning. I enkelte tilfeller finner man ingen sikker forklaring på helseplagene, og det settes en symptomdiagnose, enten midlertidig eller som endelig konklusjon.

Første ledd annet punktum sier at det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp. Med dette menes noe annet og mer enn å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter 2-1. Det skal for alle pasienter vurderes om de har behov for helsehjelp. Det skal videre informeres om når det planlegges å yte behandlingen. Tidsfastsettelsen er ikke rettslig bindende i forhold til pasienter som ikke omfattes av rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1, men den bør være så presis som mulig.

Etter *annet ledd* har pasienten krav på at vurderingsretten også skal omfatte en vurdering av om pasienten har en rettighet overfor spesialisthelsetjenesten til helsehjelp, jf. § 2-1 annet ledd. Pasienten har et krav på at den offentlige helsetjenesten foretar en slik vurdering, men det er ikke noe til hinder for at regionale helseforetak avtaler med et privat sykehus eller en avtalespesialist at de skal foreta vurderingen på vegne av den offentlige spesialisthelsetjenesten. I så fall vil vurderingen av pasientens rettigheter være bindende for den offentlige helsetjenesten dersom pasienten senere behandles der. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til helsehjelp skal det også fastsettes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest skal få oppfylt rettigheten. Det vises til merknadene til § 2-1 annet ledd. Rettighetspasienter skal videre få informasjon om at de har en rett til nødvendig helsehjelp og om den fastsatte fristen for oppfyllelse av rettigheten. Hensikten med at henvisende lege skal informeres om at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, er blant annet at vedkommende skal kunne hjelpe pasienten med å henvende seg til spesialisthelsetjenesten eller Rikstrykdeverket for å få et tilbud om helsehjelp, dersom spesialisthelsetjenesten ikke har gitt et slikt tilbud innen utløpet av fristen. I den grad fastlegen er en annen enn henvisende lege, bør sykehuset spørre pasienten om hvem som er fastlege og orientere denne dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 har også sosialtjenesten adgang til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dersom det er sosialtjenesten som er henvisende instans, må bestemmelsen i § 2-2 annet ledd forstås slik at underretningen skal sendes sosialtjenesten.

Det fremgår av *tredje ledd første punktum* at vurderingen skal baseres på henvisningen. Henvisningen må således inneholde de opplysninger som er nødvendige for å vurdere pasienten, slik at spesialisten i størst mulig grad kan basere sine tilbakemeldinger på henvisningen uten å innhente ytterligere opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse. For å sikre dette er det utarbeidet et henvisningsskjema til bruk for henvisende lege. Skjemaet kan hentes elektronisk på Sosial- og helsedirektoratets internettsider www.SHdir.no/skjema eller bestilles fra direktoratets trykksaksekspedisjon. Skjemaet erstatter tidligere henvisningsskjema I-0908 B/97. Henvisningsskjemaet er ment som et hjelpemiddel både for henvisende lege og for spesialisthelsetjenesten.

Nødvendige opplysninger vil være opplysninger om aktuell diagnose/problemstilling hvor pasientens plager og symptomer så langt mulig må spesifiseres. I tillegg til øvrige relevante pasientopplysninger

¹⁴ Helsedepartementets rundskriv I-8/2004

¹⁵ Se note 10

(som familie/sosiale forhold/yrke, tidligere sykdommer, aktuell lidelse, funn, supplerende undersøkelser, iverksatt behandling, medikamenter m.v.), må også henvisende leges vurderinger fremgå av henvisningen, herunder en vurdering av hastegrad og forventet utredning og behandling. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 gir sosialtjenesten i kommunen samme adgang som leger til å henviser til "tværfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk", jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5. Bestemmelsens annet ledd gir hjemmel til å fastsette forskrift om henvisning fra sosialtjenesten, herunder om samarbeidet mellom lege og sosialtjeneste.

Retten til vurdering er ikke bare en rett til å få en formell tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. Den omfatter i henhold til *trede ledd annet punktum* også kliniske undersøkelser i tilfeller hvor henvisningen ikke kan gi tilstrekkelig informasjon. Da må de nødvendige undersøkelser foretas innen 30 virkedager fra den første henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, vil avgjøre om pasienten må undersøkes av spesialist, eller om en vurdering basert på henvisningen er tilstrekkelig. Tiden fra henvisningen er mottatt til vurderingen er gjort skal ikke overstige 30 virkedager, selv om pasienten må undersøkes av flere spesialister eller overføres fra en institusjon til en annen.

Etter *fjerde ledd* har pasienten rett til raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Det må alltid vurderes hvor lenge det er forsvarlig at pasienten venter på å få sin helsetilstand vurdert. Det kan således hende at vurderingen av hva som er forsvarlig tilsier at pasienten må undersøkes mye raskere enn 30 dager. Dette vil kunne gjøre seg gjeldende ved for eksempel mistanke om kreft, men også i andre tilfeller hvor det foreligger mistanke om alvorlig sykdom. Fristen på 30 virkedager må anses som en maksimumsfrist, og det må vurderes om det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge. Forsvarlighetskravet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, kan altså kreve at pasientens helsetilstand vurderes tidligere enn fristen på 30 virkedager. I de generelle merknadene til bestemmelsen uttalte Sosialkomiteen at det bør være en maksimumsfrist på 15 dager i slike tilfeller. I forvaltningspraksis er det lagt til grunn at bestemmelsen om raskere vurdering enn fristen på 30 dager ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom betyr at spesialisthelsetjenesten må vurdere henvisningen for å avgjøre om det foreligger slik mistanke¹⁶. Det forutsetter at spesialisthelsetjenesten har et system som ivaretar at henvisningene vurderes uten unødig forsinkelse slik at pasientens rett til raskere undersøkelse/behandling blir innfridd. En viktig del av vurderingstemaet blir derfor alvorlighetsgrad. Sykehuset/poliklinikken må videre forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. En mangelfull henvisning fritar ikke spesialisthelsetjenesten fra plikten til å vurdere pasientens helsetilstand innen 30 dager.

Det beror på en konkret helhetsvurdering om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 må veie tungt i vurderingen. I tillegg vil det være avgjørende om formålene som begrunner rett til vurdering nås. Pasienten skal sikres adgang til spesialisthelsetjenesten, og man må ha grunnlag for å avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, samt fastsette en frist for oppfyllelse av retten. Pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov skal på bakgrunn av vurderingen kunne planlegges slik at pasienten kan informeres om dette.

Etter at sykehuset eller spesialistpoliklinikken har foretatt den nødvendige vurdering av pasienten, samt eventuelt fastsatt en individuell frist for behandling, har institusjonene en plikt til å føre ventelister over pasientene, jf. forskrift om ventelisterregistrering med merknader¹⁷. Det skal føres venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse og behandling. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1. Dersom pasienten har en slik rett skal den fristen som er fastsatt i medhold av § 2-1 annet ledd fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, jf. § 2-1 første ledd, skal ikke registreres på venteliste. Pasienter har ikke rett til å stå på venteliste flere steder samtidig for samme tilstand. Institusjonene skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert.

¹⁶ Se note 10

¹⁷ Forskrift av 7. desember 2000 nr. 1233

Det følger av pasientrettighetsloven § 7-1 at pasienten, eller dennes representant, kan anmode den som yter helsehjelp om at retten til vurdering oppfylles. Hvis anmodningen ikke tas til følge, kan det klages til Helsetilsynet i fylket, se § 7-2. Pasienten kan for det første klage på at retten til vurdering ikke er innfridd. For det andre kan pasienten klage over vurderingens kvalitet, for eksempel at det burde ha vært innhentet supplerende opplysninger, eller at pasienten skulle ha vært innkalt til forundersøkelse. Helsetilsynet i fylket kan overprøve alle sider av saken. Dersom pasienten gis medhold i klagen skal pasienten få oppfylt sin rett til vurdering. Hvis pasienten er uenig i det medisinske grunnlag som ligger til grunn for vurderingen må pasienten be om en fornyet vurdering, se § 2-3.

§ 2-3 Rett til fornyet vurdering

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand.

Merknader til § 2-3

Retten til fornyet vurdering oppstår på det tidspunkt pasienten har fått den første vurderingen, jf. § 2-2. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til ønsket om en fornyet vurdering i forhold til den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen eller vurderingen av sykdommens alvorlighet, eller det kan være uenighet med hensyn til behandlingsopplegg. Kravet vil også kunne fremmes der man ønsker en fornyet vurdering "for sikkerhets skyld", kanskje fordi man har en fornemmelse av at noe er feil. Pasienten behøver med andre ord ikke begrunne sitt ønske om fornyet vurdering. Det foreligger ikke en plikt til å gi den nye vurderingen innen 30 dager.

Det er visse begrensninger i retten til å få ny vurdering av sin helsetilstand. Fornyet vurdering kan bare kreves én gang for samme tilstand. Med dette menes både pasientens diagnose og den behandlingsform som er foreslått. Hva som er samme eller ulike tilstander er langt på vei et faglig spørsmål, og vil måtte avgjøres konkret i forbindelse med anmodningen om ny vurdering. For pasienter med kronisk sykdom må dette ikke praktiseres strengere enn at retten til fornyet vurdering blir reell.

Pasienten må få en henvisning fra en allmennlege for at spesialisthelsetjenesten skal foreta en ny vurdering av pasientens helsetilstand. Dersom allmennlegen mener det ikke foreligger grunner som tilsier at pasienten har noe å vinne på en ny vurdering, kan ikke pasienten kreve ny vurdering etter bestemmelsen. Det kan for eksempel dreie seg om situasjoner der pasienten allerede er grundig utredet og konklusjonene ut fra faglige vurderinger ikke synes tvilsomme, men hvor pasienten likevel har vanskelig med å forsones seg med diagnosen. Allmennlegen kan imidlertid ikke begrense krav om fornyet vurdering ut fra økonomiske hensyn eller andre hensyn av utenforliggende karakter. Det betyr at legen må ha saklig grunn for å la være å henvise en pasient til fornyet vurdering. Da henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk også kan foretas av sosialtjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12, må bestemmelsen for disse tjenestene tolkes slik at retten til fornyet vurdering også gjelder etter henvisning fra sosialkontoret¹⁸.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta nye kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å foreta en forsvarlig fornyet vurdering. Kravet til forsvarlighet avgjør om pasienten må undersøkes av den nye spesialisten, eller om en ny vurdering basert på henvisningen med sakens dokumenter er tilstrekkelig. Innholdet i den nye vurderingen vil svare til innholdet i en vurdering etter § 2-2. Det må altså vurderes om pasienten har behov for helsehjelp og i så fall utarbeides et behandlingsopplegg. Legen som foretar den nye vurderingen må også avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest må ytes pasienten, jf. § 2-1 annet ledd.

En ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Fornyet vurdering er noe annet enn en klage, og den nye vurderingen er ikke nødvendigvis bedre enn den opprinnelige. Det er

¹⁸ Helsedepartementets rundskriv I-8/2004

således ikke meningen at den nye vurderingen skal ha forrang i forhold til den første når det gjelder hva som skal legges til grunn ved senere behandling. Pasienten kan i samråd med henvisende lege velge hvilken av vurderingene som legges til grunn for henvisning til behandling, se § 3-1 om pasientens rett til medvirkning og § 3-2 om pasientens rett til informasjon. Dersom den vurderingen som legges til grunn for henvisning gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 annet ledd, vil pasienten ha rett til nødvendig helsehjelp.

Det vil være naturlig at pasienten velger det behandlingsstedet som har gitt den valgte vurdering, da det behandlingsforløp som følger av vurderingen ikke vil være bindende for et annet sykehus.

Helsedepartementet har lagt til grunn at pasienter ikke har et lovfestet krav på å bli henvist til fornyet vurdering i utlandet¹⁹. Det vises i denne forbindelse til forarbeidene til pasientrettighetsloven²⁰. Et regionalt helseforetak kan imidlertid etter en konkret vurdering velge å akseptere at en pasient blir henvist til vurdering i utlandet for foretakets regning.

Det følger av § 7-1 at pasienten, eller dennes representant, kan anmode den som yter helsehjelp om at rettigheten til fornyet vurdering oppfylles. Hvis anmodningen ikke tas til følge, kan det klages til Helsetilsynet i fylket, se § 7-2. Pasienten kan klage på at retten til fornyet vurdering ikke er innfridd. Dersom den fornyede vurderingen er gjennomført på en uforsvarlig måte, kan pasienten klage også over dette. Helsetilsynet i fylket kan overprøve alle sider av saken. Dersom pasienten gis medhold i klagen, skal pasienten få oppfylt sin rett til fornyet vurdering.

§ 2-4 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at sykehuset eller det distriktpspsykiatriske senteret eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valget.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om slike avtaler som er omtalt i første ledd.

Endret ved lov 12. desember 2003 nr. 110

Merknader til § 2-4

Bestemmelsen gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten til fritt sykehusvalg er en av flere rettigheter i pasientrettighetsloven kapittel 2 som skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Denne rettigheten skal bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede sykehussektoren, også den private delen. Den skal videre bidra til å øke pasientenes mulighet til medbestemmelse på helseområdet ved å gi dem en rett til å velge hvilket sykehus de skal behandles på.

Valgretten oppstår allerede når pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Pasienten kan velge både hvor vurdering og behandling skal skje. Da det normalt er primærlegen som henviser pasienten vil han eller hun være pasientens viktigste rådgiver ved valg av sykehus, og dermed bistå pasienten slik at pasienten treffer fornuftige valg. Primærlegen bør derfor gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvisende lege vil ha en rolle som koordinator. Som koordinator bør henvisende lege ivareta at det bare sendes henvisning til ett sykehus av gangen. Når retten til fornyet vurdering benyttes, jf. § 2-3, kan pasienten også velge hvilket sykehus som skal foreta den.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt utredning og/eller behandling innenfor somatikken og det psykiske helsevernet. Valgretten omfatter også barne- og ungdomspsykiatrien. I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har derimot pasienten ikke rett til å velge sykehus. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt sykehusvalg på vanlig måte.

¹⁹ Brev av 25.juli 2003 fra Helsedepartementet

²⁰ Ot.prp.nr. 12 (1998-99)

Pasienten kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg ved de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Det vil si at vurdering av pasientens helsetilstand kan skje på et sykehus, pasienten kan få utført en operasjon ved et annet og motta rehabilitering ved et tredje sykehus. Pasienten kan også utøve valget mens behandlingen pågår. Det vil si at pasienten har rett til å skifte sykehus. I slike tilfeller må helsepersonell kunne vurdere om det er medisinsk forsvarlig å avbryte behandlingen.

Når det gjelder retten til fritt sykehusvalg innenfor tvunget psykisk helsevern, har Helsedepartementet lagt til grunn at det frie sykehusvalg gjelder "så langt det passer", jf. psykisk helsevernloven § 1-5²¹. Det fremholdes imidlertid at det vil kunne være en rekke tilfeller under tvunget psykisk helsevern hvor bestemmelser om fritt sykehusvalg ikke vil passe. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfelle, og ved denne vurderingen må blant annet pasientens sykdomstilstand tillegges vesentlig vekt.

Pasientens rett til valg av sykehus omfatter ikke bare en rett til å velge offentlige sykehus og distriktpspsykiatriske sentre, men også en rett til å velge private sykehus og distriktpspsykiatriske sentre dersom disse har avtale om fritt sykehusvalg med det regionale helseforetak. I innstilling til Odelstinget fra sosialkomiteen fremhevet komiteens flertall at *"Innlemmelse av alle grupper private sykehus i ordningen med fritt sykehusvalg ... vil gi pasientene mer omfattende og differensierte valgmuligheter. Det vil også kunne gi en bedre utnyttelse av de samlede ressurser i både den private og offentlige delen av sykehussektoren. At pasientenes rettigheter når det gjelder sykehusvalg utvides, vil kunne øke de offentlige sykehusenes motivasjon til å legge vekt på pasientenes ønsker og egendefinerte behov."*²²

Valgretten kan videre knyttes til enheter hvor den aktuelle behandling ytes, jf. *"... eller behandlingssted i en slik institusjon..."*. Denne tilføyselsen i lovteksten kom inn i forbindelse med Stortingets behandling, og presiserer pasientens valgrett slik at pasienten skal kunne velge behandlingssted innenfor et helseforetak med flere sykehus²³.

Poliklinikker er omfattet av fritt sykehusvalg dersom de organisatorisk er en del av et sykehus selv om poliklinikken fysisk ligger utenfor sykehusets område. Disse poliklinikkene kjennetegnes ved at spesialistene som arbeider der har et ansettelsesforhold til sykehuset. Sosial- og helsedepartementet har lagt til grunn at privatpraktiserende spesialist dermed ikke inngår i det frie sykehusvalg, selv om hun/han driver sin praksis inne på sykehusets område og mottar enkelte støttefunksjoner derfra²⁴. Det vises til forarbeidene til pasientrettighetsloven, hvor det står: *"Med fritt sykehusvalg menes innleggelser og polikliniske konsultasjoner innen sykehusets organisasjon. Dette betyr at også poliklinikker som fysisk sett ligger utenfor sykehusets område vil være inkludert, så lenge det organisatorisk er en del av et offentlig sykehus (spesialistene har et ansettelsesforhold til sykehuset)"*²⁵.

Helsedepartementet har lagt til grunn at barnehabiliteringstjenesten i sykehus omfattes av fritt sykehusvalg²⁶. Det fremheves imidlertid at det må tas med i vurderingen at barnehabiliteringsavdelingen legger opp til oppfølging og samarbeid med kommunen hvor barnet bor. Dette innebærer at barnehabiliteringsavdelingen i oppfølgingen og utredningen av barn har kontakt med barnehagen og barnets øvrige hjemmemiljø over en viss tid. I praksis vil det derfor være uhensiktsmessig at det er lang avstand mellom barnehabiliteringsavdelingen og kommunen hvor barnet bor.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tilbys også ved institusjoner som ikke er omfattet av § 2-4. Dette innebærer at den lovfestede retten etter § 2-4 til å velge hvor behandlingen skal foretas, ikke vil gjelde direkte ved all henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Bestemmelsen vil bare gjelde direkte ved henvisning til slik behandling i den grad disse tjenestene tilbys ved et sykehus eller et DPS. For å forhindre at de regionale helseforetakenes

²¹ Brev av 21. mai 2003 fra Helsedepartementet

²² Innst.O.nr. 23 (2003-2004)

²³ Innst.O.nr. 23 (2003-2004)

²⁴ Brev av 21. desember 2001 fra Sosial- og helsedepartementet

²⁵ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999)

²⁶ Brev av 3. mai 2002 fra Helsedepartementet

valg når det gjelder den organisatoriske plasseringen av rustiltakene i helseforetaksstrukturen blir bestemmende for hvilke rettigheter rusmiddelmissbrukere vil ha i forhold til valg av behandlingssted, har Helsedepartementet i styringsbrev bedt de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 om å praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skal motta tværfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk gis en reell rett til valg av behandlingssted²⁷.

Dersom pasientens rett til å velge sykehus skal være reell, må pasientens rettighet ”speiles” av at sykehuset har en tilsvarende plikt til å ta imot alle pasienter som ønsker det. Den lovpålagte ordningen med fritt sykehusvalg medfører at sykehusene som er omfattet av ordningen, er forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset, uavhengig av bostedsregion. Når et privat sykehus inngår avtale med regionale helseforetak om å motta fritt sykehusvalg-pasienter, må de innenfor rammen av denne avtalen prioritere pasientene sine i samsvar med de alminnelige anerkjente prioriteringsprinsipper, jf. prioriteringsforskriften. De kan ikke la selvbetalende pasienter gå foran fritt sykehusvalg-pasienter. Dessuten må de private sykehusene på linje med de offentlige vurdere om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, og eventuelt treffe vedtak om når nødvendig helsehjelp senest skal ytes. Det vises til merknadene til § 2-2.

I prioriteringen mellom pasienter fra egen helseregion og andre regioner vil utgangspunktet for en lege være at alle pasienter skal vurderes ut fra et medisinsk forsvarlig skjønn. Utgangspunktet ved fritt sykehusvalg skal således være at alle pasienter skal prioriteres på lik linje uavhengig av bosted. Sykehus kan således ikke nedprioritere pasienter fra andre bostedsregioner. Det er et unntak fra dette. Sykehuset kan avvise pasienter fra andre bostedsregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg når det må prioritere pasienters rett til vurdering og behandling i egen bostedsregion. Det er et krav om at sykehuset ved å motta pasienten ikke vil klare å oppfylle retten til vurdering etter § 2-2 eller retten til behandling etter § 2-1 annet ledd overfor pasienter fra egen bostedsregion. En virksomhet som har landsfunksjon kan imidlertid ikke avvise pasienter fra andre helseregioner. Adgangen til å avvise pasienten gjelder bare inntil pasienten er registrert på venteliste, jf. forskrift om ventelisterregistrering § 3 med merknader²⁸. Ved å sette en pasient på ventelisten forplikter sykehuset seg til å yte den helsehjelp vedkommende er henvist for. Sykehuset må derfor avgjøre om det har kapasitet til å vurdere og behandle pasienten før en pasient som benytter fritt sykehusvalg registreres på ventelisten. Avgjørelsen må treffes straks etter at sykehuset har mottatt henvisningen. Når institusjonen avviser en henvisning skal henvisningen returneres til henvisende instans umiddelbart.

Dersom en rettighetspasient, jf. § 2-1 annet ledd, ønsker å benytte retten til fritt sykehusvalg vil ikke dette medføre at pasientens rett til nødvendig helsehjelp innen den fastsatte behandlingsfristen faller bort. Det følger av § 2-1 annet ledd at rettighetspasienter får et rettskrav på behandling innen den fristen spesialisthelsetjenesten setter. Fristen er fastsatt på et medisinsk faglig grunnlag etter en vurdering av pasientens helsetilstand, uavhengig av kapasitetsvurderinger, og er en juridisk bindende forpliktelse for spesialisthelsetjenesten. Fristen for å igangsette et forsvarlig behandlingsforløp står fast uavhengig av om en senere faglig vurdering fraviker fra den første med hensyn til hvilken behandling som er nødvendig. Det vises til våre merknader til § 2-1. Når en rettighetspasient er gitt en rett til å velge sykehus på ethvert trinn av helsehjelpen, innebærer dette at den fastsatte behandlingsfristen må legges til grunn også for behandlingsforløpet ved det nye sykehuset, så langt dette sykehuset av kapasitetsgrunner ikke må avvise pasienten, jf. ovenfor. I dialog med pasienten må det likevel være anledning til å legge inn helt nødvendig tid, for praktisk gjennomføring av sykehusvalget, så lenge forsvarlighetskravet ved dette ivaretas.

Pasienten kan velge hvor behandlingen skal skje, men ikke nivået på behandlingen, Jf. annet ledd. Retten til fritt sykehusvalg innebærer ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for.

Det regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter og reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2. Det regionale helseforetaket må dermed dekke kostnadene hvis pasienten velger å få nødvendig

²⁷ Helsedepartementets rundskriv I-8/2004 kapittel 3.6

²⁸ Forskrift av 7. desember 2000

helsehjelp ved et annet offentlig eller privat sykehus i en annen bostedsregion. Pasienten må betale en forhøyet egenandel for reisekostnader.

Helsedepartementet har lagt til grunn at retten til fritt sykehusvalg ikke innebærer en rett for pasienten til å velge transportmiddel²⁹. Valg av transportmiddel foretas ut fra en vurdering av hva som er hensiktsmessig og medisinsk forsvarlig i det enkelte tilfellet. I forbindelse med innføringen av sykehusreformen ble sørge-for-ansvaret for luftambulansetjenesten overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Formålet med overføringen var blant annet at de regionale helseforetakene fritt skulle disponere både båt, bil og luftambulanse og prioritere bruken mellom disse ut fra hva som er hensiktsmessig i det enkelte tilfelle for å kunne yte befolkningen i helseregionen nødvendig helsehjelp. I mange tilfeller vil for øvrig pasienten kunne bruke offentlig tilgjengelig transport til det sykehus vedkommende velger seg til.

En viktig forutsetning for at pasienten skal få full uttelling for sin rett til fritt sykehusvalg, er at pasienten har tilstrekkelig informasjon rundt det å skulle velge et sykehus. Helsedepartementet har prioritert bl.a. å skaffe informasjon om sykehusenes ventetider for vanlige inngrep. Helseinstitusjonene har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 plikt til å gi slik informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasientrettighetsloven §§ 2-1 til 2-5. En vesentlig forutsetning for reell valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon. Informasjonen må være oppdatert, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den.

Elektronisk informasjon om fritt sykehusvalg finnes på www.sykehusvalg.net. Dette nettstedet presenterer informasjon om forventede ventetider for et utvalg inngrep, samt bakgrunnsinformasjon om selve ordningen. Meningen er at nettstedet skal være et verktøy til hjelp for pasienter og deres rådgivere ved valg av behandlingssted. Den elektroniske informasjonen suppleres med en telefonisk informasjonstjeneste vedrørende retten til fritt sykehusvalg, telefon 800 41 004.

§ 2-5 Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

I kraft 1. juli 2001 iflg. res 8. juni 2001 nr. 595

Merknader til § 2-5

I forbindelse med at det er gitt bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp, er det også gitt en rett for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester til å få utarbeidet en plan for sitt behandlingsopplegg. Planen skal bidra til å klargjøre ansvarsforhold ved behandling av pasienten. Således skal planen angi hva slags behandling pasienten kan forventes å få og til hvilken tid.

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven³⁰, spesialisthelsetjenesteloven³¹ og psykisk helsevernloven³² er det vedtatt en forskrift³³ om individuelle planer etter helselovgivningen. Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Individuell plan skal ikke utarbeides uten pasientens samtykke.

Av hensyn til målet om et helhetlig og godt samarbeid til pasientens beste mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er det viktig å være oppmerksom på tilsvarende bestemmelse om individuell plan i sosialtjenesteloven § 4-3a³⁴. Dette er viktig når pasienten har behov for både sosial- og helsetjenester. I tillegg til å være særlig aktuelt i forhold til pasienter med langvarige og/eller kroniske lidelser, vil dette samarbeidsverktøyet også være sentralt i forhold til behandlingstilbudet til

²⁹ Brev av 24. juli 2002 fra Helsedepartementet

³⁰ Lov 19. november 1982 nr. 66

³¹ Lov 2. juli 1999 nr. 61

³² Lov 2. juli 1999 nr. 62

³³ FOR 8. juni 2001 nr. 676

³⁴ Endringslov av 28. november 2003 nr. 99, i kraft 1. januar 2004

rusmiddelmissbrukere, hvor kommunene har et hovedansvar for å forebygge og avhjelpe rusproblemer, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for ” *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk*”, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

§ 2-6 Rett til syketransport

Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og som dekkes av et foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak mm. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon.

Stønad ytes bare til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.

Ved beregning av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre pasientenes helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel, eller det ikke går rutegående transport.

Retten til dekning av nødvendige utgifter etter denne paragrafen faller bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg og regler om utbetaling av refusjon.

Tilføyd ved lov 28. november 2003 nr. 96 (i kraft 1. januar 2004)

Merknader til § 2-6

Fra 1. januar 2004 ble ansvaret for syketransport overført fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene. For å sikre videreføring av pasientenes rettigheter er hjemlene for dekning av reiseutgifter til undersøkelse og behandling, og for nødvendig ledsager, flyttet fra folketrygdloven §§ 5-16 til og med 5-18 til pasientrettighetsloven § 2-6 med tilhørende forskrift. Formålet med ordningen er å sikre befolkningen lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted.

Bestemmelsen regulerer retten til dekning av reise til undersøkelse og behandling, herunder retten til å ta med nødvendig ledsager. Reiseutgifter dekkes til det nærmeste stedet behandlingen kan gis. Som hovedregel er dette helsetjenester som ytes innen egen helseregion. Ved beregning av stønaden skal taksten for billigste reisemåte legges til grunn, med mindre pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å nytte dyrere transportmiddel. Det gis likevel dekning av utgifter for reise til sykehus som ikke er det nærmeste når pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg eller blir henvist til behandling i annen helseregion.

Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til å gi forskrifter om dekning av reise og oppholdsutgifter, utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg og regler om utbetaling av refusjon. Det vises til forskrift av 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling.

§ 2-7 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet.

Endret ved lov 12. desember 2003 nr. 110

Merknader til § 2-7

Sosialkomiteen viste til at de vurderingene som foretas for å avgjøre om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, og om det skal fastsettes en individuell frist for behandling, foretas som en integrert del av de kliniske og tekniske prøvene og undersøkelsene og medisinskfaglige vurderingene

som legespesialister og annet helsepersonell foretar av pasienten³⁵. I flere sammenhenger har det kommet opp at det er uklart i hvilken grad forvaltningsloven gjelder for avgjørelser som tas i klinisk arbeid. I tillegg er det innbyrdes forholdet mellom saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven og helselovgivningen uklart.

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er først og fremst beregnet på tradisjonell forvaltningsvirksomhet. Når helsepersonell må arbeide innenfor rettslige rammer som både er krevende og uklare, mente komiteen at det kan føre til feil bruk av ressurser og unødig byråkratisering som ikke er til beste for pasienten. Pasienten er best tjent med at helsepersonells ressurser benyttes til medisinskfaglig arbeid. Helselovgivningen har dessuten særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivaretatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage. På denne bakgrunn ble det under Stortingets behandling innført en bestemmelse som klargjør at forvaltningsloven ikke skal gjøres gjeldende for avgjørelser etter pasientrettighetsloven kapittel 2.

Selv om forvaltningslovens saksbehandlingsregler ikke synes godt egnet innenfor helsetjenestene, fremhevet komiteen behovet for at pasienter som ikke får rett til nødvendig helsehjelp eller rett til å kreve behandling innen et bestemt tidspunkt, må få informasjon om klageadgang, klagefrist og klageinstans, jf. § 2-2 annet ledd.

For vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd.

Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1 Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

Merknader til § 3-1

Første ledd første punktum slår fast at pasient som mottar helsehjelp har rett til å medvirke. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Det ligger dermed også et element av egeninnsats fra pasientens side for å virkeliggjøre medvirkningen. Ut over det helt nødvendige for å få gjennomført for eksempel undersøkelsen, er det imidlertid opp til pasienten i hvor stor grad denne ønsker å medvirke ytterligere.

Første ledd annet punktum innebærer at pasienten skal medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, men ikke at pasienten skal gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Valget mellom ulike metoder kan stå mellom en kort, men smertefull metode, en langvarig, men uten smerter av betydning, og en metode som har en viss lengde og er noe smertefull, men som er mer usikker. For pasienten kan det være vanskelig å velge i situasjoner hvor det ene alternativet ikke har klare fordeler eller ulemper. Retten til å medvirke øker dermed kravene til informasjon fra det behandlende helsepersonellet. I det ovennevnte eksempelet bør helsepersonellet gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste.

³⁵ Innst.O.nr. 23 (2003-2004)

Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, og pasientens medvirkning medfører ikke at pasienten blir ansvarlig for den helsehjelpen som blir gitt.

En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i ettertid. Dersom helsehjelpen evalueres av helsetjenesten, skal pasientene så langt det er mulig trekkes inn i dette for å delta med erfaringstilbakeføring.

Etter *annet ledd* har også pasientens nærmeste pårørende under visse forutsetninger rett til å medvirke. For hvem som er nærmeste pårørende vises til § 1-3 bokstav b. Nærmeste pårørendes medvirkningsrett foreligger dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter, på grunn av psykiske forstyrrelser eller lignende, jf. § 4-3. Medvirkningsretten må i representasjonssituasjoner alltid utøves i pasientens egen interesse.

Det fremgår av *tredje ledd* at medvirkningsretten også innebærer at pasienten kan be om at andre personer skal delta under undersøkelsen eller behandlingen. Det kan for eksempel gjelde ledsager ved gynekologisk undersøkelse, farens deltakelse under fødsel, en kommuneansatts deltakelse ved undersøkelse av en person med psykisk utviklingshemning eller studenter og tolker. Det skal mye til for at pasientens ønske ikke blir imøtekommet.

For at medvirkningsretten skal bli reell, er det viktig at den tilpasses hver enkelt pasients individuelle forutsetninger og behov. Det må derfor tas utgangspunkt i pasientens evne til å motta og gi informasjon.

§ 3-2 Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Merknader til § 3-2

Bestemmelsen angir hovedregelen om pasientens rett til informasjon. Det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen har plikten til å gi informasjon. Det kan for eksempel være legen som utfører operasjonen eller sykepleieren som gir pleien. Det helsepersonell som er i kontakt med pasienten, vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. I helseinstitusjon skal det utpekes en person som skal gi informasjon, se helsepersonelloven § 10 første ledd. Den som er utpekt som ansvarlig for å gi informasjon i helseinstitusjon, har ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen tilfredsstillende dekravene som oppstilles i loven. Det er også denne personen som pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon. For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes. Det vil således være arbeidsgiver (den systemansvarlige) som har ansvaret for å sikre informasjonsrutiner i helseinstitusjoner. Bestemmelsen må sees i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 om pasientansvarlig lege m.m. og med helsepersonelloven § 10.

Etter *første ledd* skal pasienten ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, det vil si den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes.

Kvalitetskravene som stilles skal tilfredsstillende kravet om informert samtykke i § 4-1, og kravet til forsvarlig behandling i helsepersonelloven § 4. Informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Dette gjelder også rett til informasjon fra apotek om legemidler og om bruken av dem. Informasjonskravet må imidlertid avpasses etter situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser og i øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Informasjonskravet er således sammenfallende med kravene til informert samtykke i § 4-1.

Annet ledd slår fast at pasienten kan nekte å motta informasjon. Helsepersonell skal innenfor visse grenser respektere pasientens ønske om ikke å bli informert. Retten til å nekte å motta informasjon kan imidlertid ikke gjelde uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre kan tilsi at pasienten bør informeres selv om pasienten ikke selv ønsker det. Det kan også foreligge annet lovgrunnlag for å informere pasienten, uavhengig av pasientens vilje. Smittevernloven § 2-1 som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, kan tilsi at informasjon skal gis til tross for at pasienten ikke ønsker det. Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell og kravet til informert samtykke kan medføre at helsehjelp ikke kan gis dersom informasjon ikke blir gitt.

Etter *tredje ledd* skal informasjon ikke gis dersom det foreligger nødrettslig grunnlag for å utelate informasjon, både av hensyn til pasienten selv og til hans omgivelser. Det skal imidlertid mye til for å unnlate å gi informasjon ut fra nødrettsbetraktninger. Begrunnelsen for at informasjon som nevnt i tredje ledd ikke gis, skal nedtegnes i journalen, jf. helsepersonelloven § 40.

Når det gjelder informasjon om skade, kan dette deles i to typetilfeller. I forbindelse med behandling vil helsepersonell ha plikt til å informere om at skade har oppstått. Pasientens rett til slik informasjon er inntatt i *fjerde ledd*. Denne inneholder også en regel om at pasienten skal gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning. Det er naturlig at slik informasjon gis samtidig med informasjonen om selve skaden.

I *femte ledd* er det andre typetilfellet regulert. Dersom det etter at behandlingsopplegget er avsluttet viser seg at pasienten er påført betydelig skade eller det er oppstått alvorlige komplikasjoner som følge av helsehjelpen, skal pasienten informeres om dette. Dette er ikke bare et ansvar for helsepersonellet, men er også et virksomhetsansvar. For spesialisthelsetjenesten er denne plikten regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Det gjelder i utgangspunktet ingen grense i tid for hvor lenge etter utført behandling m.v. helsetjenesten har plikt til å gi etterfølgende informasjon.

Pasientens rett til informasjon i slike tilfeller gjelder også klageretten og adgangen til å søke erstatning. Det kreves imidlertid ikke at hver enkelt pasient skal informeres om dette gjennom personlig kontakt med helsepersonell. Det er tilstrekkelig at klageretten og eventuelle erstatningsmuligheter gjøres kjent gjennom oppslag eller annen form for generell informasjon. Det viktige er imidlertid å sørge for at pasientene faktisk kjenner til klageretten og at de sikres mulighet til å få nærmere opplysninger om frister, klagekompetanse m.v.

For at pasienter skal ha rett til slik etterfølgende informasjon, er det et vilkår at det foreligger en betydelig skade eller at komplikasjonene er alvorlige. Det må foreligge en skade i medisinsk og juridisk forstand i forhold til erstatningsspørsmål eller spørsmål om gjenopprettende helsehjelp. At helsehjelpen ikke har gitt et optimalt resultat utløser altså ikke slik etterfølgende informasjonsplikt.

§ 3-3 Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Merknader til § 3-3

Bestemmelsen regulerer pasientens nærmestes rett til informasjon. Det følger av *første ledd* at dersom pasienten gir sitt samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen. Pasienten kan bestemme at bare visse opplysninger skal gis.

Annet ledd regulerer informasjon til nærmeste pårørende til pasienter som av ulike grunner åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. For hvem som kan være nærmeste pårørende vises til § 1-3 bokstav b. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon i lovens kapittel 4. For at de pårørende skal kunne ivareta pasientens rettigheter med hensyn til samtykke til helsehjelp, må de ha tilfredsstillende informasjon. Retten til informasjon er i disse tilfellene sidestilt mellom pasienten selv og dennes nærmeste pårørende. Det vil ofte være grunn til å journalføre hvilken informasjon som er gitt til pårørende. Også i tilfeller hvor pårørende ikke er representert kan de ha rett til informasjon. I slike tilfeller bygger pårørendes rett til informasjon på antatt samtykke fra pasienten.

Informasjon til pasienten selv kan ikke utelates selv om pasienten er ute av stand til å ivareta egne interesser. Informasjonen må imidlertid tilpasses den enkelte pasientens individuelle forutsetninger, se § 3-5 med merknader.

§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

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

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

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, gjelder første, annet og tredje ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

Merknader til § 3-4

Første ledd regulerer informasjon til barn og foreldre eller andre med foreldreansvaret. Hovedregelen er at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten er under 16 år, i tillegg til at barnet selv i alle aldre har krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen. Opplysningene må gis i samarbeid med de foresatte og i en form som er tilpasset barnets alder og utvikling, se merknadene til § 3-5. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor foreldrene når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis. Etter barnelova § 50 har også den av foreldrene som ikke har foreldreansvaret rett til å få visse opplysninger om barnet, herunder opplysning fra helsevesenet. Dette gjelder opplysninger som ikke på andre grunnlag er undergitt taushetsplikt. Informasjonsplikten inntreffer på anmodning i det enkelte tilfellet.

I *annet ledd* er det oppstilt et unntak fra hovedregelen om at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal ha informasjon når barnet er under 16 år. Dette gjelder når pasienten er mellom 12 og 16 år, og av grunner som bør respekteres ikke ønsker at foreldrene skal informeres.

Det kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (for eksempel mishandlingssaker) og ulike overbevisningsgrunner. Eksempler på grunner som bør respekteres kan være prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing. Dette er et unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år. Bestemmelsen må ses i sammenheng med

§ 4-3 første ledd bokstav b som åpner for at 16-års grensen om rett til å samtykke til helsehjelp kan suspenderes dersom "tiltakets art" tilsier det. Det uttales i lovens forarbeider at "det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighets sfære også før fylte 16 år". Dette innebærer at barnets selvbestemmelsesrett i visse tilfeller vil kunne gå foran foreldrenes rett til å samtykke på barnets vegne før fylte 16 år. Det kan også påpekes at begrunnelsen for foreldrenes bestemmelsesrett og informasjonsrett er å ivareta barnets interesser når barnet ikke selv er i stand til det. I den utstrekning barnet selv er i stand til å ivareta sine egne interesser på en fornuftig måte, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptrer til barnets beste, faller begrunnelsen for foreldrenes rettigheter bort.

Mer alvorlige psykiske lidelser kan ikke helsepersonell unnlate å informere foreldrene eller andre med foreldreansvaret. Dette gjelder særlig ved fare for selvskading eller redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader på grunn av kriminelle handlinger. Det kan være grunn til å journalføre at slik informasjon er gitt.

Etter hovedregelen har helsepersonell taushetsplikt overfor pårørende til pasienter som er over 16 år. For å unngå motstrid mellom denne regelen og foreldres omsorgs- og foreldreansvar etter barneloven, er det tatt inn et unntak i *tredje ledd*. Det er viktig å sikre at foreldrene eller andre med foreldreansvaret tilføres den nødvendige informasjon slik at de settes i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Noe annet kan føre til at foreldrene fratras omsorgsansvaret for barna sine. Forhold som kan omfattes av unntaket kan for eksempel være opplysninger om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg og innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander.

Når fylkesnemnda vedtar at foreldreansvaret skal fratras foreldrene, går ikke foreldreansvaret i juridisk forstand over til barneverntjenesten. Barneverntjenesten vil likevel måtte ivareta en rekke funksjoner som ligger til foreldreansvaret, når enten omsorgen eller foreldreansvaret er fratatt foreldrene. Barneverntjenesten vil blant annet ha en plikt til å sørge for at barnet får nødvendig medisinsk behandling. For å kunne ivareta dette ansvaret må også barneverntjenesten, herunder fosterforeldre eller institusjon, få nødvendig kunnskap om barnets helse og medisinske behandling. Av *fjerde ledd* fremgår det således at barneverntjenesten skal ha informasjon som omhandlet i første og tredje ledd når omsorgen for barnet er overtatt etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12. Slik vil man i disse tilfellene sikre at så vel barnet selv som foreldrene eller andre med foreldreansvaret og barneverntjenesten blir informert. Når det gjelder unntaket i annet ledd for barn mellom 12 og 16 år, så må det også gjelde overfor barneverntjenesten. Så langt som mulig skal bestemmelsen tolkes i samsvar med barneloven og barnevernloven.

§ 3-5 Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.

Merknader til § 3-5

Bestemmelsen gjelder for alle pasienter og må ses i sammenheng med § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen. Enkelte grupper kan ha særlige behov for tilpasset informasjon. Disse kan være barn, personer med redusert eller manglende evne til å ivareta sine interesser, samt personer fra minoritetskulturer og personer med manglende kunnskaper i norsk. Både språklige og kulturelle forhold kan medføre behov for spesielt tilpasset informasjon. I de tilfeller hvor pasienten er fremmedspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Dette er også aktuelt for den samisktalende delen av befolkningen. Departementet fraråder å bruke pasientens pårørende i slike tilfeller, da dette krever spesiell opplæring. Dessuten kan en del situasjoner være av en slik art at familie og særlig mindreårige bør holdes utenfor. Også personer med funksjonshemninger, blant annet døve og blinde, har rett til spesielt tilpasset

informasjon. Det er behandlingsansvarlig helsepersonell som har ansvaret for å tilrettelegge eller gi informasjonen.

Dersom pasienten har representant, skal informasjonen tilpasses dennes behov.

Annet ledd pålegger helsepersonellet så langt det er mulig å sikre at pasienten har forstått informasjonen. I *tredje ledd* kreves at den informasjon som er gitt nedtegnes i journalen.

§ 3-6 Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

Merknader til § 3-6

Første ledd omhandler de generelle taushetspliktsbestemmelsene i helsepersonelloven § 21.

Personvern hensyn tilsier at adgangen til å utlevere følsomme helseopplysninger til andre enn den opplysningene gjelder, bør være snever. Vern mot spredning av opplysninger går til enhver tid like langt som helsepersonellens taushetsplikt.

Det følger av *annet ledd* at den som opplysningene gjelder kan tillate at andre får innsyn i opplysninger som gjelder ham eller henne.

Etter *tredje ledd* skal den opplysningene gjelder ha informasjon dersom helsepersonell har utlevert taushetsbelagte opplysninger i kraft av opplysningsplikt. En praktisk og sikker måte å gjennomføre dette på, er å sende gjenpart av de avgitte opplysningene til vedkommende. Slik gjenpart eller informasjon om at opplysninger er gitt kan også være aktuelt i andre sammenhenger hvor han eller hun har gitt samtykke/tillatelse til at helsepersonell avgir taushetsbelagt informasjon. Dette gjelder for eksempel opplysninger til et forsikringsselskap. Begrensningen "så langt forholdene tilsier det" gjelder nødrettstilfeller der informasjon om at taushetsbelagte opplysninger er gitt til andre, kan sette liv eller helse i fare for pasienten eller andre.

I forbindelse med utlevering av opplysninger til forsikringsselskaper uttaler Stortingets sosialkomite at det må utarbeides gode rutiner, slik at de opplysninger som utleveres ikke kommer i konflikt med taushetsplikten. Journalopplysninger som utleveres kan inneholde sensitive opplysninger som forsikringsselskapet ikke uten videre bør ha tilgang til, eller inneholde medisinske opplysninger som senere viser seg å være feilaktige. Det er heller ikke gitt at forsikringstakere uten videre overskuer konsekvensene av at opplysningene utleveres. Når leger etter samtykke fra pasienten bes utlevere pasientopplysninger til forsikringsselskaper, bør den lege som utsteder legeerklæringen gjøre pasienten oppmerksom på hvilke opplysninger som gis slik at det kan tas hensyn til reservasjoner pasienten måtte ha. Ved tilbakeholdelse av opplysninger må legen vurdere om opplysningene kan ha betydning for vurderingen av pasientens helsetilstand fra forsikringsselskapets side og i så tilfelle gjøre oppmerksom på at visse opplysninger er holdt tilbake uten å angi opplysningene. Legen har et særlig ansvar for å se til at opplysninger i journalen som legen vet er feilaktige ikke videresendes til forsikringsselskapet.

Kapittel 4 Samtykke til helsehjelp

§ 4-1 Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Merknader til § 4-1

Første ledd lovfester det generelle krav til informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. Samtykkekravet gjelder for alle former for helsehjelp som pasienter undergis eller medvirker i, det vil si pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling.

Pasientens samtykke er bare gyldig dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om tiltaket. Dette innebærer at pasientene må ha fått fyllestgjørende underretning om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med tiltaket. Pasienten bør også få informasjon om deltakerne i undersøkelsen eller behandlingen, for eksempel om det skal være studenter til stede. Som hovedregel må dermed pasienten samtykke til at studenter eller andre observatører er til stede³⁶. Kravene til informasjon fremkommer i lovens kapittel 3. Det presiseres at informasjonen må tilpasses den enkelte pasient, inngrepets art og konsekvenser og omstendighetene forøvrig. Det kan ikke forventes at pasienten skal ha all tenkelig informasjon om tiltaket før samtykke gyldig kan avgis. Det er derfor stilt krav om nødvendig informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen. Med andre ord skal det gis slik informasjon som gir et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Det skal altså som utgangspunkt gis informasjon som tilfredsstillende kravene i § 3-2, mens det for spesielle situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser må være tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. I øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det ikke praktisk å kreve informert samtykke.

Bestemmelsen innebærer at pasienten kan trekke tilbake samtykke til behandling. I *annet ledd* er det slått fast at helsepersonell plikter å gi nødvendig informasjon om følgene av at samtykket trekkes, og at behandlingen dermed må avsluttes. Pasienter kan ha ulike grunner til å trekke et samtykke tilbake. For eksempel kan svært smertefull undersøkelse eller krevende psykiatrisk behandling få pasienten til å endre sin opprinnelige beslutning. Det er en forutsetning at pasienten har fått informasjon om slike byrder eller ulemper før samtykket avgis, jf. første ledd. Likevel kan det tenkes at behandlingen gir større ulemper enn beregnet. Helsepersonellet skal i slike situasjoner søke å avverge at samtykke ikke trekkes tilbake på grunn av "øyeblikkets plager". Helsepersonellet må gi pasienten den nødvendige omsorg og forståelse for det ubehagelige og smertefulle i situasjonen, og oppmuntre pasienten til å opprettholde sitt samtykke. Informasjon om følgene av å trekke samtykket, kan få pasienten til å stå ved sitt opprinnelige ønske og fortsette behandlingen. Dersom pasienten likevel ønsker å trekke sitt samtykke tilbake, skal dette respekteres.

Hvis avbrytelse av behandling kan føre til svært alvorlige helsemessige følger for pasienten, kan helsepersonellet fortsette helsehjelpen med hjemmel i helsepersonelloven § 7. Det kan også tenkes at pasienten ikke lenger har samtykkekompetanse i forhold til å avslutte behandling. I slike tilfeller kan representert samtykke eller presumert samtykke gi nødvendig rettslig grunnlag for å fortsette behandlingen, med mindre pasienten motsetter seg gjennomføringen av tiltaket.

I henhold til psykisk helsevernloven skal pasientrettighetsloven kapittel 4 om rett til å samtykke til helsehjelp bare gjelde når det er bestemt i psykisk helsevernloven. Bestemmelsene om samtykke kan ikke gjelde fullt ut overfor pasienter som blir berørt av tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven. Så langt det overhodet er mulig skal likevel prinsippet om selvbestemmelse gjøres gjeldende for alle

³⁶ Brev av 21.mars 2001 fra Fylkeslegen i Buskerud

pasienter innen det psykiske helsevern, noe som blant annet kommer til uttrykk i psykisk helsevernloven § 3-3, § 3-12, § 4-1, § 4-2 og § 4-4.

§ 4-2 Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Departementet kan gi forskrifter om krav til skriftlighet eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

Merknader til § 4-2

Bestemmelsen regulerer hvilke krav som skal stilles til samtykkets form, og er således en saksbehandlingsregel.

Første ledd slår fast den praktiske hovedregelen om samtykke ved konkludent adferd. Det vil si at pasienten ved sin handlemåte tilkjennegir at han samtykker til helsehjelpen. Eksempler på tilfeller hvor det kan sies å foreligge antatt samtykke er når pasienten oppsøker lege for å foreta allergitest. I dette eksempelet kan blodprøve tas med hjemmel i antatt samtykke. En faktisk handling kan innebære et samtykke, for eksempel at man svelger kontrastmiddel for å ta røntgen. Dersom pasienten etter å ha fått tilstrekkelig informasjon etter § 3-2 og mulighet til å medvirke etter § 3-1 avstår fra å protestere mot tiltaket, må helsepersonellet kunne gå ut fra at pasienten har samtykket. Dette gjelder dersom det ikke ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig må anses nødvendig med et uttrykkelig samtykke. Det vil allikevel måtte stilles et større krav til sannsynligheten for at pasienten har samtykket i de tilfellene hvor tiltaket er av mer inngripende karakter. Dersom undersøkelsene er spesielt smertefulle eller kan medføre en risiko for pasienten, må helsepersonell forsikre seg om at samtykket også dekker denne situasjonen. Konsekvenser som det ikke fremstår som påregnelig at pasienten har overskuet ved sin konkludente adferd, vil det måtte innhentes særskilt samtykke for. I mange tilfeller vil pasienten uttrykkelig samtykke til tiltaket muntlig.

Etter annet ledd kan det gis forskrifter om krav til skriftlig samtykke eller andre formkrav til samtykket ved visse former for helsehjelp. Slike forskrifter er ved lovens ikrafttreden imidlertid ikke gitt.

§ 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a. myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og*
- b. mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.*

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som angitt i § 4-8.

Merknader til § 4-3

Bestemmelsen regulerer hvem som har myndighet til å samtykke til helsehjelp, med andre ord den personelle kompetansen.

Første ledd bokstav a slår fast hovedregelen om at myndige personer har kompetanse til å treffe avgjørelse i helsemessige spørsmål. Dette er en videreføring av gjeldende rett. *Bokstav b* fastsetter den "helserettslige myndighetsalder" til 16 år, med mindre unntak er gjort i lov eller noe annet fremkommer av tiltakets art. Det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år. Det kan også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør kunne tas før myndighetsalder er oppnådd, for eksempel deltakelse i forskningsprosjekter eller eksperimentell behandling, smertefull eller risikofylt behandling og behandling som er irreversibel, herunder plastisk kirurgi. I rundskriv om rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring er lagt til grunn at jenter etter en konkret vurdering vil kunne anses å ha samtykkekompetanse også før fylte 16 år i forhold til spørsmål om helsehjelp som følge av omskjæring³⁷. Den som har det faglige ansvar for behandlingen må foreta en helhetsvurdering av dette spørsmålet. Det skal i vurderingen blant annet legges vekt på jentas alder, modenhet, omfanget av behandlingen, forhold i familien og hva som anses å være det beste for jenta. Bakgrunnen for dette er at foreldrenes bestemmelsesrett består i å ivareta barnets interesser når barnet ikke selv er i stand til det. I den utstrekning pasienten selv er i stand til å ivareta sine egne interesser på en fornuftig måte, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptrer til barnets beste, faller begrunnelsen for foreldrenes bestemmelsesrett bort.

Det som reguleres er kompetansen til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp. Det er ingen formelle aldersgrenser for å oppsøke helsetjenesten eller helsepersonell for å få veiledning, råd og informasjon.

En persons evne til å treffe avgjørelser i spørsmål som angår hans eller hennes helse, kan variere etter hva slags tiltak det gjelder. I *annet ledd* er det derfor slått fast at samtykkekompetansen kan falle bort for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder. Det må foretas en vurdering av på hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har slik kompetanse. For at pasienten skal bli fratatt kompetanse kreves det at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva samtykket omfatter, det vil si tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen. Det skal med andre ord en del til, derav bruken av ordet "åpenbart". Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt til å nekte å motta behandling. Videre stilles det krav til årsak for bortfall av samtykkekompetansen. Samtykkekompetansen bortfaller bare dersom pasienten på grunn av sinnslidelse, fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming ikke er i stand til å forstå begrunnelsen. En mindre psykisk reduksjon i forstandsevnen, herunder lettere alderdomssvekkelse, er ikke tilstrekkelig.

I *tredje ledd* fremkommer at det er det helsepersonellet som iverksetter helsehjelp som er forpliktet til å avgjøre om nødvendig samtykke er til stede, jf. begrepet "den som yter helsehjelp". Dette vil være den som har det faglige ansvar for behandlingen. Det fremgår videre av tredje ledd at helsepersonellet ut fra pasientens alder, modenhet m.v. skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan treffe avgjørelse om helsehjelp. Konkrete enkeltavgjørelser i undersøkelses-, behandlings-, pleie- og omsorgsspørsmål for myndige pasienter med nedsatt samtykkekompetanse skal også i så stor utstrekning som mulig tas av pasienten selv. Det vises i denne forbindelse til § 3-5 om informasjonens form.

Bestemmelsen i *fjerde ledd* er en saksbehandlingsregel. Avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse etter annet ledd skal for det første være begrunnet og skriftlig. I begrunnelsen skal det gå frem hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. For det annet skal bestemmelsen sikre informasjon til de som kan samtykke på vegne av pasienten. Når pasientens pårørende får opplysning om årsakene til at helsepersonell anser pasientens samtykkekompetanse som bortfalt, kan de vurdere om det er grunnlag for umyndiggjørelse. Det presiseres imidlertid at bortfallet i utgangspunktet bare gjelder de områdene hvor det antas at pasienten ikke er i stand til å ta en avgjørelse.

§ 4-4 Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

³⁷ Rundskriv IK-20/2001 fra Statens helsetilsyn

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

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

Merknader til § 4-4

Første ledd er egentlig overflødig, da dette allerede følger av barnelovens regler. Det er likevel tatt med av informasjonshensyn og for at samtykkereglene skal presenteres mest mulig helhetlig og samlet. Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret, slik at foreldre som ikke har foreldreansvar heller ikke har myndighet til å samtykke på vegne av barnet. Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap, og må derfor begge samtykke på vegne av barnet. Dersom en av foreldrene nekter, vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke. Det følger av barneloven at dersom foreldrene har foreldreansvaret sammen, men barnet bor fast hos den ene, kan den av foreldrene som barnet bor sammen med fatte avgjørelser som gjelder den direkte daglige omsorg for barnet. Et ordinært legebesøk for å få hjelp til alminnelige barnesykdommer kan etter dette gjennomføres uten samtykke fra den andre. Avgjørelser om alvorligere medisinske tiltak, som for eksempel operasjoner, må imidlertid begge foreldre samtykke til. Sosial og helsedirektoratet har lagt til grunn at dersom foreldrene har delt foreldreansvar vil avgjørelser om psykisk helsehjelp for barn under 16 år kreve samtykke fra begge foreldrene, jf. psykiskhelsevernloven § 2-1 fjerde ledd, sett i sammenheng med bestemmelsene i barnevernloven kap. 5³⁸.

Dersom barnet har et påtrengende behov for helsetjenester, og foreldre eller andre med foreldreansvaret ikke sikrer at barnets behov tilgodeses, kan det være grunnlag for å treffe vedtak etter barnevernloven §§ 4-8 og 4-12 (omsorgsovertakelse). Etter vedtak om omsorgsovertakelse vil imidlertid foreldrene fremdeles inneha foreldreansvaret. Det presiseres derfor i *annet ledd* at det er barneverntjenesten som tar avgjørelser om helsehjelp overfor barn under 16 år når omsorgen for barnet er overtatt etter barnvernloven §§ 4-8 og 4-12. Bestemmelsens ordlyd skiller ikke mellom somatisk og psykisk helsehjelp når det gjelder barnevernets rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barn. Sosial- og helsedirektoratet³⁹ har lagt til grunn at barnevernets rett til å samtykke til helsehjelp for barn under 16 år ikke gjelder ved psykiatrisk undersøkelse og behandling, i medhold av psykiskhelsevernloven⁴⁰ § 2-1 fjerde ledd, jf. psykiskhelsevernloven § 1-5. Den eller de som innehar forelderansvaret må samtykke til psykiatrisk undersøkelse og behandling av barn under 16 år, selv om omsorgen er overtatt av barnevernet. Denne retten til samtykke hører inn under det restansvaret den eller de med forelderansvaret sitter igjen med etter at omsorgen er overtatt av barnevernet. Kravet om samtykke fra de som har foreldreansvaret gjelder imidlertid kun for poliklinisk undersøkelse og behandling av barnet. Barnevernet kan etter barnevernloven § 4-14 plassere barn og unge i institusjon under det psykiske helsevern når det offentlige overtar omsorgen for barnet med hjemmel i barnevernloven § 4-12 eller § 4-8 annet og tredje ledd.

Helsepersonell er forpliktet til å informere barnevernet om forhold som kan begrunne vedtak om omsorgsovertakelse, se helsepersonelloven § 33.

Bestemmelsen i *tredje ledd* innebærer at barn over 12 år skal ha en økende grad av selvbestemmelse i helsespørsmål, og slik sett kan det oppfattes som en "delt samtykkekompetanse" mellom foreldre/foresatte og barn mellom 12 og 16 år. Er det uenighet mellom barnet og foreldrene, skal i utgangspunktet foreldrenes syn legges til grunn. Unntak fra denne regelen er fastsatt i lov, blant annet i psykisk helsevernloven § 2-1 fjerde ledd (adgang til å bringe spørsmål om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen) og abortloven § 4 (særlige grunner kan foreligge mot å la den eller de som har foreldreansvaret eller vergen uttale seg til en begjæring om abort). For øvrig vises til § 4-3 som åpner for at 16-års grensen kan suspenderes dersom tiltakets art tilsier det. Det kan tenkes

³⁸ Brev av 2. juni 2003 fra Sosial- og helsedirektoratet

³⁹ Brev av 2. juni 2003 fra Sosial- og helsedirektoratet

⁴⁰ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62

personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighets sfære også før fylte 16 år, se nærmere om dette i kommentaren til § 4-3.

§ 4-5 Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn mellom 16 og 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Helsehjelp kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Merknader til § 4-5

For personer mellom 16 og 18 år, som av grunner som fremgår av § 4-3 første ledd bokstav b og § 4-3 annet ledd ikke har samtykkekompetanse, er det bestemt i *første ledd* at foreldrene eller andre med foreldreansvaret skal treffe avgjørelse i helsespørsmål. I henhold til *annet ledd* skal avgjørelser om helsehjelp tas av barneverntjenesten dersom foreldrene er fratatt omsorgen for barn mellom 16 og 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, se merknadene til § 4-4.

I *tredje ledd* gjøres det unntak fra dette i tilfeller der ungdommen motsetter seg tiltaket. I disse tilfellene forutsettes det at det foreligger hjemmel i lov før det iverksettes tiltak. Foreldrenes eller de foresattes samtykke er således ikke tilstrekkelig. Det presiseres at nødrettsbestemmelsen i helsepersonelloven § 7 i noen tilfeller kan gi grunnlag for å gripe inn med behandling mot mindreåriges vilje, uavhengig av eventuelt samtykke fra foreldre/foresatte.

§ 4-6 Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Annen helsehjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket.

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Merknader til § 4-6

I følge *første ledd* er kompetansen til å treffe avgjørelse i helsespørsmål for myndige personer uten samtykkekompetanse lagt til helsepersonell dersom tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Dette gjelder imidlertid bare dersom det kan antas at pasienten ville gitt sitt samtykke om vedkommende hadde vært samtykkekompetent, med andre ord et krav om antatt eller presumert, samtykke. Kravet om antatt samtykke forutsetter at helsepersonell vurderer og tar stilling til hva pasienten ville ha ønsket om vedkommende hadde hatt evne til å treffe avgjørelse i spørsmål som gjelder hans eller hennes helse. Helsepersonellet må altså til en viss grad sette seg inn i pasientens behov. Det antatte samtykke kan ikke legges til grunn som rettsgrunnlag for inngrep overfor pasienter uten samtykkekompetanse dersom tiltaket som ønskes iverksatt ville vært faglig unødvendig i en situasjon med tilfredsstillende tilgang på økonomiske ressurser eller tiltak som pasienten oppfatter, eller antas å ville oppfatte, som nedverdiggende og krenkende. Dette er en presisering av grensene som antas å gjelde for det ulovfestede kravet om antatt samtykke.

At tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet betyr at operative inngrep ikke kan foretas, med mindre det følger av nødrettslige prinsipper eller at inngrepet er helt bagatellmessig. Som eksempel kan nevnes fjerning av fotvorter som hemmer gangen. Helsepersonellet kan heller ikke, med hjemmel i et antatt samtykke, gi pasienten medisiner som kan gi alvorlige

bivirkninger. I de situasjoner hvor det ikke kan fastslås med sikkerhet at de gunstige virkningene av medisinen vil oppveie mulige bivirkninger, kan helsepersonell ikke legge til grunn et antatt samtykke. Dette vil kunne være tilfelle ved behandling av høyt blodtrykk med medisiner. Dersom tiltaket i utgangspunktet er lite inngripende, men tiltaket går over så langt tid at det med sannsynlighet vil medføre komplikasjoner eller bivirkninger, kan tiltaket heller ikke iverksettes med hjemmel i § 4-6 første ledd.

I *annet ledd* har pårørende etter ordlyden kompetanse til å samtykke på pasientens vegne til helsehjelp av inngripende karakter. Da loven ble behandlet i Stortinget uttalte imidlertid sosialkomiteen i innstillingen til Odelstinget at annet ledd tillegger pårørende en myndighet og et ansvar de trolig ikke burde ha fullt ut. Sosialkomiteen vektla helsepersonellens vurdering i disse tilfellene og mente at helsepersonellet har hjelpeplikt med mindre det er helt åpenbart at pasienten har truffet en veloverveid beslutning om det motsatte, se § 4-9. Det følger av dette at for helsehjelp av inngripende karakter der pasienten ikke selv kan gi sitt samtykke, er det helsepersonellet som må foreta vurderingen av om helsehjelpen er i pasientens interesse og om pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Synspunkter fra pasientens pårørende vedrørende hva pasienten ville ha ønsket bør innhentes og tillegges vekt i denne vurderingen. Dersom det skulle oppstå uenighet mellom pårørende og helsepersonellet, er det helsepersonellet som må treffe den endelige beslutning. Vurderingen etter § 4-6 annet ledd vil bare komme til anvendelse dersom en kommer til at helsehjelpen ikke er påtrengende nødvendig, jf. helsepersonelloven § 7. Dette har også Sosial- og helsedepartementet lagt til grunn⁴¹.

I *tredje ledd* er det gjort unntak fra bestemmelsene om presumert samtykke og representert samtykke i første og annet ledd. Tiltak som pasienten motsetter seg, kan ikke iverksettes på bakgrunn av slikt samtykke. Dette innebærer at helsepersonell ikke kan legge til grunn et presumert samtykke for tiltaket, dersom det viser seg at pasienten motsetter seg tiltaket når dette skal iverksettes. Tiltak som pasienter motsetter seg, krever hjemmel i lov. Det presiseres imidlertid at nødrettsreglene i lov om helsepersonell § 7 kan hjemle adgang til å gripe inn med medisinsk behandling overfor personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg dette.

§ 4-7 Om pasienter som er umyndiggjort

Pasient som er umyndiggjort etter lov av 28. november 1898, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av den umyndiggjorte.

Merknader til § 4-7

Bestemmelsen gjelder for pasienter som er umyndiggjort.

Utgangspunktet er at umyndiggjorte pasienter skal sikres rett til å ta avgjørelse i spørsmål vedrørende helsehjelp i så stor utstrekning som det er mulig og tilrådelig. Der pasienten selv ikke er i stand til å ta avgjørelse, trer vergen inn med full kompetanse til å treffe avgjørelse på vegne av pasienten.

§ 4-8 Om pasienter uten samtykkekompetanse som ikke har nærmeste pårørende

Den som yter helsehjelp, kan i samråd med annet kvalifisert helsepersonell samtykke til helsehjelp for pasienter som mangler samtykkekompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

Merknader til § 4-8

Det kan tenkes situasjoner der pasienten ikke har pårørende eller rettslig representant som kan avgi samtykke på vegne av pasienten. For eksempel kan det gjelde barn som er blitt skadet i en ulykke hvor deres pårørende er drept eller en barnløs eldre senil pasient som er uten ektefelle. Inntil representant eller hjelpeverge/verge er opprettet, kan det oppstå behov for avklaring rundt medisinske spørsmål vedrørende pasienten. Den som yter helsehjelp skal da i samråd med annet kvalifisert helsepersonell fatte beslutning om helsehjelp.

⁴¹ Brev av 17. juli 2001 fra Sosial- og helsedepartementet

§ 4-9 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjenner tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Merknader til § 4-9

Helsepersonelloven § 7 regulerer helsepersonells inngrepsplikt dersom pasienten er i en akutt nødsituasjon og hjelpen åpenbart er påtrengende nødvendig for å hindre livstruende følger. I henhold til § 4-9 kan pasienten på visse vilkår "oppheve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp. Sosial- og helsedepartementet har vurdert § 4-9 i forhold til unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning (HRL-minus)⁴². Unnlattelse av å gi HRL kan noen ganger være gjort som en forhåndsvurdering i forhold til den enkelte pasient. Bruk av slik forhåndsvurdering forutsetter at vilkårene etter § 4-9 er oppfylt, og bør begrenses til tilfeller der pasienten i samsvar med pasientrettighetsloven § 4-9 har motsatt seg behandling eller et tilsvarende ønske kan legges til grunn etter § 4-9 annet ledd annet punktum. Helsepersonellet må alltid foreta en selvstendig vurdering selv om pårørende har gitt uttrykk for sin oppfatning. I den grad HRL-minus benyttes må berettigelsen jevnlig vurderes. I tillegg må behandelende helsepersonell i situasjoner der spørsmålet om å gi hjerte-/lunge-redning oppstår, alltid vurdere den enkelte situasjon konkret.

Første ledd gjelder bare for bestemte typer helsehjelp, nærmere bestemt der blod eller blodprodukter inngår og helsehjelp gitt for å avverge følgene av sultestreik. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke har rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling selv om pasienten vil kunne dø som følge av sin beslutning. Helsepersonell kan heller ikke gripe inn etter at pasienten har blitt bevisstløs. Når det gjelder sultestreik, vil dette ofte bli innledet utenfor helsetjenestens institusjoner. Uansett om sultestreiken gjennomføres utenfor helsevesenets institusjoner eller pasienten blir innlagt i sykehus, skal pasientens uttrykte vilje respekteres. Bestemmelsens første ledd medfører også at helsepersonellet skal respektere pasientens selvbestemmelsesrett når det gjelder reservasjon mot å motta blod eller blodprodukter, selv om dette medfører at pasienten ikke får en optimal behandling og at behandlingen i sin ytterste konsekvens kan medføre at pasienten dør. Bestemmelsen medfører videre at helsepersonell ikke kan gjennomføre en blodoverføring dersom pasienten har avvist slik helsehjelp, selv om det viser seg for eksempel under en operasjon at anvendelse av blod eller blodprodukter er mer nødvendig enn først antatt. Dersom behandlingen av pasienten kan utsettes, må den som yter helsehjelp ta stilling til om vedkommende kan behandle pasienten selv om pasienten nekter å motta blod. Dersom helsepersonellet godtar dette, skal pasienten ikke gis blod eller blodprodukter, heller ikke hvis pasienten risikerer å dø av blodtap. Kan helsepersonellet ikke godta å behandle pasienten på disse vilkår, kan pasienten henvises til annet helsepersonell.

Bestemmelsens *annet ledd* gir døende pasienter på visse vilkår rett til å nekte å motta livsforlengende behandling. Bestemmelsen medfører at pasienten kan nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, men bare til en viss livsforlengelse som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess. Helsepersonellet plikter dessuten å respektere pasientens behandlingsnektelse når pasienten er døende, men har smerter som kan lindres ved medisiner e.l. Det presiseres at nektelsen bare gjelder behandling, ikke pleie og omsorg. I henhold til bestemmelsen skal ønsker fra pasientens nærmeste pårørende respekteres når denne tilkjenner at dette er pasientens oppfatning og at denne oppfatningen åpenbart bør respekteres. Det understrekes imidlertid at en slik anmodning fra pasientens nærmeste pårørende ikke medfører at helsepersonellet kan unnlate å foreta en selvstendig vurdering. I sin vurdering bør helsepersonellet blant annet legge vekt på følgende hensyn: om

⁴² Brev av 17. juli 2001 fra Sosial- og helsedepartementet

anmodningen blir fremsatt av en pårørende som har hatt nær kontakt med pasienten over lengre tid, om det er uenighet blant de pårørende, om det fremstår som sannsynlig at dette er pasientens formodede vilje i den aktuelle situasjon (det vil si at sykdommens art eller graden av smerte o.l. gjør det sannsynlig at pasienten ikke ønsker å forlenge livet) samt om de pårørendes synspunkter kan være motivert av andre hensyn enn hensynet til pasienten selv.

Tredje ledd medfører at helsepersonellet må forsikre seg om at pasienter som omhandlet i første og annet ledd er gitt adekvat informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen. Bestemmelsen gjelder bare for personer som har oppnådd den alminnelige myndighetsalder og har full samtykkekompetanse. Bestemmelsene er ikke ment å endre rettstilstanden når det gjelder foreldrenes rett til å avslutte eller avslå nødvendig helsehjelp til sine barn. Det vil blant annet si at foreldre som ikke sørger for at sine barns medisinske behov blir ivaretatt, kan miste omsorgsretten jf. barnevernloven § 4-12 eller det kan treffes vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling jf. samme lovs § 4-10.

Kapittel 5 Rett til journalinnsyn

§ 5-1 Rett til innsyn i journal

Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

Merknader til § 5-1

Første ledd er hovedregelen som gir rett til innsyn i journal med bilag. Bilag er for eksempel røntgenbilder, video- og lydopptak, cardex, pleieplaner og andre skriftlige nedtegnelser. Alle former for journal omfattes av innsynsretten, også EDB-baserte pasientjournaler. Helsepersonellets plikt til å forklare faguttrykk o.l. korresponderer med informasjonsplikten i helsepersonelloven. Nærmere bestemmelser er fastsatt i forskrift om pasientjournal som er utgitt av Sosial- og helsedepartementet i særtrykk I-51/2000. Barn over 16 år har selvstendig innsynsrett i sin journal på linje med myndige. Barn mellom 12 og 16 år har en viss grad av selvstendig innsynsrett. Det må vurderes nærmere ut fra barnets alder, modenhet og omstendighetene for øvrig hvorvidt barnet skal gis innsyn, samt i hva og hvordan innsynet skal gis. Barn under 12 år har ikke selvstendig innsynsrett⁴³. Helsetilsynet i Nordland har lagt til grunn at nærmeste pårørende har rett til kopi i samme utstrekning som det foreligger rett til journalinnsyn etter en pasients død, jf. femte ledd⁴⁴. Tilsvarende vil innsynsretten til personer som er omhandlet i tredje og fjerde ledd også innebære en rett til kopi.

Annet ledd regulerer unntakene i innsynsretten. Det er bare to grunnlag for å begrense innsynsretten: a) for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller b) når det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Vilkårene er uttømmende. Når det gjelder hva som skal

⁴³ Merknader til forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 § 11

⁴⁴ Brev av 19. februar 2003 fra Helsetilsynet i Nordland

til av hensyn til pasienten selv, vil avgjørelsen om å nekte innsyn i journal bygge på nødrettsbetraktninger. Som eksempel på en slik situasjon kan nevnes tilfeller der man har diagnostisert en svært alvorlig somatisk sykdom, samtidig som pasienten er inne i en psykisk ustabil periode. Dersom pasienten får vite om den alvorlige diagnosen gjennom innsynsretten på et slikt tidspunkt, kan dette medføre fare for pasientens liv eller fare for alvorlig helseskade. Når det gjelder forholdet til pasientens nærstående, kan nødrett også her være grunnlag for begrensninger i innsynsretten. Ordlyden går imidlertid lenger enn nødretten gir grunnlag for. Ordene "klart utilrådelig" indikerer likevel at det skal mye til. At det er uheldig om pasienten blir kjent med opplysningene er ikke nok. Det må være en reell fare for konsekvenser av et visst omfang for pasientens nærstående om innsynet skal kunne begrenses. Begrensninger i innsynsretten kan ikke gjelde for hele journalen. Det er bare de opplysningene som er relevante for den konkrete farevurderingen som kan unntas fra innsyn. Når en pasient begjærer innsyn i sin journal, er det den konkrete situasjonen som må vurderes. Det at en del tid har gått, taler som regel for å tillate innsyn i opplysninger som det i en mer akutt fase kunne være grunnlag for å begrense innsyn i. Begrensninger i innsynsretten skal nedtegnes i journalen, med begrunnelse for hvorfor innsyn ble nektet.

Innsynsretten er, som beskrevet over, utvidet i forhold til tidligere lovregulering hvor begrensninger i pasientens innsynsrett ble knyttet til en skjønsmessig vurdering av hva legen fant tilrådelig. I tillegg gis det en videre adgang til innsyn også i komparentopplysninger, det vil si opplysninger gitt av tredjemann. Utvidelsen av innsynsretten vil bare gjelde i forhold til journalopplysninger som er ført etter at pasientrettighetsloven trådte i kraft⁴⁵.

Etter *tredje ledd* kan pasienten utpeke en representant som skal ha innsyn i de deler av journalen pasienten selv ikke får se. Representanten kan nektes innsyn når denne anses uskikket. Leger og advokater kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige forhold foreligger. Begrunnelsen er at disse har taushetsplikt i tillegg til yrkesetisk og rettslig ansvar. Leger og advokater vil kunne ha behov for innsyn i journal i forbindelse med vurderinger og saker på vegne av pasienten. "Særlige forhold" kan foreligge for eksempel ved veldig nære forbindelser eller slektskap mellom pasienten og lege/advokat.

Det følger av *fjerde ledd* at pårørendes rett til innsyn i journal tilsvarer den informasjonsretten vedkommende vil ha etter §§ 3-3 og 3-4. For øvrig er pårørendes rett til innsyn i pasientens journal som hovedregel avhengig av pasientens samtykke. Når det gjelder barn under 16 år, har foreldrene rett til innsyn i barnets journal, med de begrensninger som følger av § 3-4 annet ledd. Sosial- og helsedepartementet har lagt til grunn at også i de tilfeller barnet er under 12 år kan gode grunner tale for at foreldre ikke bør få innsyn i barnets journal⁴⁶. Selv om barn under 12 år ikke er uttrykkelig omtalt i pasientrettighetsloven, taler hensyn bak bestemmelsen om rett til innsyn og informasjon for at barnets interesser bør tillegges vekt i vurderingen av om innsyn bør gis. At man ikke kan utelukke en skaderisiko for barnet vil antakelig ikke anses som tilstrekkelig for å nekte informasjon eller innsyn i journal. På den andre side vil journalinnsyn kunne holdes tilbake dersom det er overveiende sannsynlig at for eksempel overgrep har forekommet, og det er en reell fare for at den ene eller begge foreldres innsyn i journalen vil føre til at barnet påføres ytterligere skade. Er pasienten over 16 år, har foreldrene bare rett til innsyn i journalen i den utstrekning dette er nødvendig for å oppfylle deres omsorgsplikt. Dersom pasienten av grunner som følger av § 3-3 annet ledd ikke kan ivareta sine interesser, har pasientens nærmeste pårørende rett til innsyn i journalen.

Femte ledd regulerer journalinnsyn etter en pasients død. Hovedregelen er at nærmeste pårørende har rett til innsyn, med mindre særlige grunner taler i mot dette. For hvem som kan være nærmeste pårørende vises til § 1-3 bokstav b. "Særlige grunner" kan være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at ikke skal gis innsyn i for pårørende, eller opplysninger det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til. Sosial- og helsedirektoratet har lagt til grunn at nærmeste pårørendes utvidede rett til innsyn i journal kun er ment å gjelde for journalopplysninger skrevet etter at pasientrettighetsloven trådte i kraft⁴⁷.

⁴⁵ Lov om pasientrettigheter trådte i kraft 1. januar 2001.

⁴⁶ Brev av 19. oktober 2001 fra Sosial- og helsedepartementet

⁴⁷ Brev av 19. juli 2002 fra Sosial- og helsedirektoratet

Med hjemmel i *sjette ledd* er det fastsatt nærmere regler om retten til innsyn i journal og betaling for kopi. Se §§ 11 og 12 med merknader i forskrift om pasientjournal. Pasienten må betale egenandel dersom han eller hun skal ha utskrift av sin pasientjournal (kr 70 for 2004). Ved overføring av journalen til ny lege kreves ikke slik betaling, dersom overføringen er nødvendig for at ny lege skal kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 45⁴⁸.

§ 5-2 Retting og sletting av journal

Pasienten eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

Merknader til § 5-2

Bestemmelsen regulerer retting og sletting av journalopplysninger. Etter reglene i helsepersonelloven om retting og sletting av opplysninger i journal, har pasienten ikke krav på retting, det må vurderes av helsepersonellet. Finner imidlertid helsepersonellet at det foreligger feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn, skal helsepersonellet rette slike opplysninger ved ny journalføring eller datert rettelse.

En forutsetning for at opplysninger i journal kan slettes er at det er ubetenkelig å slette opplysningene og at det ikke strider mot bestemmelser i arkivloven § 9 (kassasjon m.m.) eller §18 (særskilt verneverdig arkiv)⁴⁹. Videre må opplysningene være feilaktige eller misvisende og de må føles belastende for den de gjelder. Et annet alternativ for sletting er at opplysningene som anmodes slettet åpenbart ikke er nødvendig for å gi pasienten hjelp. Dette er en utvidelse i forhold til rettstilstanden før pasientrettighetsloven. Pasienten må da i forkant av slettingen gjøres kjent med mulige virkninger av sletting i forholdt til dokumentasjon med tanke på erstatning for feilbehandling o.l. Det vises til §§ 42 og 43 i helsepersonelloven og merknadene til disse. Det kan kreves retting og sletting også i journalnedtegnelser fra tiden før pasientrettighetsloven trådte i kraft, det vil si før 1. januar 2001⁵⁰.

Om retting og sletting er det gitt utfyllende bestemmelser i forskrift om pasientjournal.

§ 5-3 Overføring og utlån av journal

Pasienten har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel. Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

Merknader til § 5-3

Bestemmelsen regulerer pasientens rett til å motsette seg utlevering og overføring av journal og journalopplysninger. Tungtveiende grunner kan gjøre at utlevering likevel kan skje. I praksis vil "tungtveiende grunner" være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade. Det vises forøvrig til § 45 i helsepersonelloven og merknadene til denne. Det er gitt utfyllende bestemmelser i forskrift om pasientjournal.

Kapittel 6 Barns særlige rettigheter

§ 6-1 Barns rett til helsekontroll

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-2.

⁴⁸ Brev av 26. juni 2001 fra Sosial- og helsedepartementet

⁴⁹ Merknad til helsepersonelloven § 43 i Rundskriv I-20/2001 om lov om helsepersonell vedrørende arkivloven §§ 9 og 18.

⁵⁰ Merknader til forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 § 17

Merknader til § 6-1

I følge kommunehelsetjenesteloven § 2-2 har barn rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. § 2-2 annet ledd fastsetter foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Bestemmelsen inneholder bare en henvisning til denne rettigheten i kommunehelsetjenesteloven, og er tatt med for å ha en mest mulig fullstendig oversikt over barns særlige rettigheter i helsetjenesten. Rettighetene etter denne loven går altså ikke lenger enn rettighetene etter den loven det er henvist til. Endringer i rettigheter i annen lovgivning vil derfor kunne få betydning for innholdet i rettighetene etter loven.

§ 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.

Merknader til § 6-2

Bestemmelsen medfører at barns rett til å ha foreldrene eller andre med foreldreansvaret til stede ikke bare gjelder sykehusopphold, men også innleggelse i andre helseinstitusjoner. Institusjoner som har barn innlagt må følge opp dette i forhold til foreldrene med hensyn til praktiske arbeidsoppgaver, avlastning, mat og overnatting.

Problemstillinger knyttet til samværsrett og rett til informasjon for foreldre som ikke bor sammen med barnet på grunn av samlivsbrudd og annet, er ikke løst ved denne bestemmelsen. Dette må løses i samsvar med reglene i barneloven kapittel 6. Utgangspunktet må allikevel være at begge foreldre (etter tur) har rett til å være sammen med barnet i helseinstitusjonen, så lenge spørsmålet om samværsrett er løst i samsvar med reglene i barneloven.

Spørsmål omkring omsorgsovertakelse der det er truffet vedtak om at foreldrene ikke skal ha, eller skal ha begrenset rett til samvær med barnet, løses heller ikke. Utgangspunktet er imidlertid at barn og foreldre etter barnevernloven § 4-19 som hovedregel har rett til samvær med hverandre, også når barnet bor utenfor hjemmet som følge av vedtak etter barnevernloven, med mindre annet er bestemt. Dersom begge eller en av foreldrene ikke har rett til samvær med barnet etter reglene i barneloven, vil vedkommende heller ikke ha rett til samvær selv om barnet befinner seg utenfor hjemmet. Samværsretten etter pasientrettighetsloven § 6-2 vil uansett ikke strekke seg lenger enn den samværsrett som kan utøves utenfor helseinstitusjonen.

Når det gjelder barn som er innlagt i institusjoner under det psykiske helsevern, vil retten til å ha en av foreldrene hos seg også gjelde. Denne rettigheten må imidlertid vurderes ut fra barnets sykdomstilstand. Dersom begge eller en av foreldrene er årsaken til barnets sykdom eller sterkt påvirker barnets helse, vil helsepersonellet måtte vurdere om det er tilrådelig at barnet har foreldrene hos seg under oppholdet.

Det vises også til merknadene til § 3-1 om medvirkning, hvor problemstillinger knyttet til andre personers deltakelse i behandlingen er omtalt. Det kan være aktuelt for eksempel i mishandlingssaker å nekte foreldrene å være til stede under undersøkelse og behandling. Det er helsepersonellens oppgave å undersøke om deltakelse av andre personer under undersøkelse eller behandling er tilrådelig.

Som barn etter §§ 6-2 til 6-4, regnes mindreårige personer, det vil si personer under 18 år.

§ 6-3 Barns rett til aktivitet i helseinstitusjon

Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand.

Merknader til § 6-3

Bestemmelsen viderefører barns rett til aktivisering og stimulering, som tidligere var nedfelt i forskrift om barn på sykehus. For helseinstitusjonene vil dette stille krav til areal, utstyr og personell. Det medfører at avdelinger og barnestuer der barn legges inn skal utformes og utstyres etter barns behov.

§ 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon

Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Ungdom har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Førskolebarn har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Merknader til § 6-4

Av opplysningshensyn er rettigheter som følger av annen lovgivning tatt inn i bestemmelser om barns særlige rettigheter. Dette gjelder rett til undervisning, jf. opplæringslova. Rettighetene etter denne loven går ikke lenger enn rettighetene etter loven det er henvist til. Endringer i rettigheter i annen lovgivning vil derfor kunne få betydning for innholdet i rettighetene etter loven.

Kapittel 7 Klage

§ 7-1 Anmodning om oppfyllelse

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens representant etter første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

Merknader til § 7-1

Bestemmelsen regulerer hva som er gjenstand for overprøving etter pasientrettighetsloven, og hvem som har denne rettigheten.

Første ledd gir pasient rett til å anmode den som yter helsehjelp om oppfyllelse av rettigheter etter pasientrettighetsloven, slik at saken kan løses på lavest mulig nivå. Pasienten kan også anmode om oppfyllelse hvor pasienten bare har fått delvis medhold i sin rett. På denne måten vil "underinstansen" få anledning til å oppfylle rettigheten uten at klageorganet bringes inn i saken. Henvendelsen kan rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til helsepersonellens overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan. Pasientens pårørende vil ha rett til å anmode om oppfyllelse der de opptrer som pasientens representant. Det er tilstrekkelig at en slik anmodning fremsettes muntlig. Pårørende kan i den utstrekning loven bestemmer opptre som representant for pasienten, jf. annet ledd eller kapittel 4. Ut over dette må pasientens pårørende legge frem skriftlig fullmakt, jf. tredje ledd. Det er bestemmelsene i kapittel 2, 3 og 4, samt § 5-1 og §§ 6-2 og 6-3, som er gjenstand for overprøving etter pasientrettighetsloven. I tillegg til de som mottar eller tilbys helsehjelp har også de som henvender seg til helsetjenesten uten å motta hjelp, jf. definisjonen av pasient i § 1-3, rett til å få beslutningen overprøvd. Vedtak om at helsehjelp ikke er nødvendig kan derfor overprøves. Det samme gjelder unnløtelser som medfører at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp eller avgjørelser som bare gir pasienten delvis medhold.

Klagegjenstanden for rett til vurdering etter § 2-2 vil for eksempel være at pasienten ikke har fått en vurdering av spesialisthelsetjenesten innen den fastsatte tidsfrist. Dersom det er tvil om pasientens medisinske tilstand eller diagnose, kan pasienten klage over vurderingens kvalitet, for eksempel at det burde vært innhentet supplerende opplysninger eller at pasienten skulle vært innkalt til forundersøkelse. Når det gjelder retten til fornyet vurdering, kan det klages på at pasienten ikke har fått en slik vurdering som vedkommende har krav på etter § 2-3. Dersom pasienten har fått fornyet vurdering, men denne vurderingen er gjennomført på en uforsvarlig måte, kan det klages også over

dette. Pasienten kan også klage på at retten til valg av sykehus ikke blir reell. Lang ventetid er i seg selv ikke grunnlag for klage. Dersom pasienten må vente lenger enn pasienter med samme diagnose og tilstand, vil det være mulig å klage over dette. Pasienten kan altså klage på forskjellsbehandling; med andre ord kreve å komme på riktig plass i køen. For øvrig kan lovens formelle rettigheter, som retten til medvirkning, retten til informasjon, retten til å samtykke til helsehjelp og retten til innsyn i journal, overprøves. Barns rett til å ha en av foreldrene hos seg, og deres rett til aktivitet og stimulans kan også påklages etter pasientrettighetslovens regler.

Når det gjelder avgjørelser om retting og sletting av journal, følger dette av helsepersonelloven §§ 42 og 43. Barns rett til helsekontroll i § 6-1 og barns rett til undervisning i § 6-4, kan heller ikke påklages etter pasientrettighetsloven, men følger reaksjonssystemet i de respektive lover. Pasientombudets behandling av saker etter lovens kapittel 8 kan ikke påklages.

Ved klager fra psykiatriske pasienter vedrørende tvungen psykiatrisk helsehjelp, vil bestemmelsene i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gå foran de generelle klagereglene i pasientrettighetsloven. Det samme gjelder særlige klageregler i andre lover, slik som for eksempel etter smittevernloven.

Etter *annet ledd* har andre som er tillagt selvstendige rettigheter, slik som for eksempel pårørende som har rett til informasjon, samtykke og journalinnsyn, også rett til å anmode den som yter helsehjelp om oppfyllelse. Andre som har selvstendige rettigheter kan også bruke representant jf. første ledd.

I *tredje ledd* defineres pasientens representant som den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter lovens kapittel 4. På bakgrunn av at pasienten selv kan velge sin fullmektig, er det oppstilt et krav om skriftlig fullmakt som sikrer at iverksetting av klagebehandling er i samsvar med pasientens ønsker, jf. forvaltningsloven § 12 fjerde ledd.

§ 7-2 Klage

Dersom den som yter helsehjelp, avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det klages til Helsetilsynet i fylket . Klagen sendes til Helsetilsynet i fylket .

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-1 femte ledd ikke er overholdt kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år av gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Reglene i § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende for klage etter denne paragraf.

Merknader til § 7-2

Dersom en anmodning om oppfyllelse ikke følges, kan saken bringes inn for Helsetilsynet i fylket for avgjørelse. Etter *første ledd* kan klager sendes til Helsetilsynet i fylket både når den som yter helsehjelp avviser anmodningen og når vedkommende mener at reglene er overholdt. Det skal også kunne klages til Helsetilsynet i fylket i tilfeller der den som yter helsehjelp nekter å foreta en ny vurdering av saken. Dette innebærer blant annet at det kan klages til Helsetilsynet i fylket i tilfeller der den som yter helsehjelp avviser klagen fordi klagefristen er utløpt.

I tillegg til reglene i § 7-2 første ledd er det egne regler om klageadgang i forhold til rett til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Spørsmålet om hvilken klageordning som skal eller bør benyttes er uavklart. Det har vært argumentert med at ordningen i kommunehelsetjenesteloven er en særordning som må gå foran i kraft av *lex specialis*. På den annen side har man ment at pasientrettighetsloven er en nyere lov, og det kan muligens anses som en fordel for pasienten at klagen kommer til behandling hos Helsetilsynet i fylket direkte etter at det er anmodet om oppfyllelse.

Helsedepartementet har lagt til grunn at det må stå pasienten fritt å velge hvilken klageordning han eller hun vil benytte⁵¹.

Nytt annet ledd er tilføyd for at pasienter som ikke kan få et adekvat medisinsk tilbud i Norge skal kunne få overprøvd den vurdering, og eventuelt fristfastsettelse, som er gjort etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften. For nærmere omtale av rett til nødvendig helsehjelp i utlandet vises til kommentaren til pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Det følger av *tredje ledd* at § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende.

§ 7-3 Klagens form og innhold

Klage til Helsetilsynet i fylket skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter Helsetilsynet i fylket en kort frist for rettelse eller utfylling.

Merknader til § 7-3

I utgangspunktet gjelder forvaltningslovens bestemmelser så langt de passer for Helsetilsynet i fylkets klagebehandling, se § 7-6. Ut fra informasjonshensyn og sammenhengen med de øvrige bestemmelsene i kapittelet er det imidlertid i § 7-3 inntatt en egen bestemmelse med minstekrav til klagens form og innhold. Klagen til Helsetilsynet i fylket skal være skriftlig og undertegnet av pasienten eller dennes representant. Det vil være i klagerens egen interesse at klagen grunnis så utførlig som mulig. Klageren bør derfor nevne de forhold det klages over og ta opp andre forhold som hun eller han mener er av betydning. Dersom Helsetilsynet i fylket mottar en ufullstendig klage, skal vedkommende informere klageren om dette slik at hun eller han innen en kort frist får anledning til å komme med utfyllende informasjon.

Bestemmelsen gjelder bare ved klage til Helsetilsynet i fylket og gjelder dermed ikke ved anmodning om oppfyllelse etter § 7-1.

Dersom klagen ikke oppfyller formkravene i § 7-3 eller fristen i § 7-6, kan Helsetilsynet i fylket avvise klagen. Helsetilsynet i fylket fatter da enkeltvedtak som førsteinstans. I disse tilfellene gjelder de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Dette betyr at avgjørelsene kan påklages til Statens helsetilsyn.

§ 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Pasienten eller andre som har rett til det kan, dersom han mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet. Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

Merknader til § 7-4

Bestemmelsen er en henvisning til reaksjonssystemet i helsepersonelloven. Pasienter eller pårørende som mener helsepersonell har utført sine tjenester på en lite tilfredsstillende måte, kan henvende seg til Helsetilsynet i fylket. Som eksempel på grunnlag for en slik henvendelse kan nevnes at pasienten har blitt behandlet slik at medvirkningsmulighetene for pasienten har blitt lite reell eller at informasjonsutvekslingen mellom pasient og behandlende helsepersonell har blitt dårlig. At pasienten gjentatte ganger må be om innsyn i sin journal kan også danne grunnlag for en slik henvendelse til Helsetilsynet i fylket. I helsepersonelloven § 55 formaliseres pasientens adgang til å ta kontakt med tilsynsmyndighetene i slike situasjoner. Reglene i pasientrettighetslovens kapittel om klage kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger. Pasienten har krav på underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet, jf. helsepersonelloven § 55 femte ledd.

⁵¹ Brev av 30. mai 2002 fra Helsedepartementet

§ 7-5 Frist for anmodning og klage

Fristen for anmodning etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Fristen avbrytes når anmodningen er fremmet.

Fristen for å klage til Helsetilsynet i fylket etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

Merknader til § 7-5

Etter bestemmelsens *første ledd* skal anmodning om oppfyllelse etter § 7-1 fremsettes innen fire uker. Fristen regnes fra det tidspunkt vedkommende faktisk fikk, eller burde ha fått, tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Dersom pasienten mottar informasjon om sine rettigheter fra den som yter helsehjelp, men velger å forholde seg passiv, løper fristen for å påberope seg at reglene i pasientrettighetsloven skal oppfylles. Fristen avbrytes når anmodningen er fremmet til den som yter helsehjelp.

Etter *annet ledd* er fristen for å klage til Helsetilsynet i fylket satt til tre uker fra klageren fikk, eller burde ha fått, kjennskap til utfallet av anmodningen. De alminnelige bestemmelser i forvaltningsloven § 29 første ledd fastslår at fristen som hovedregel løper fra tidspunktet da underretninger er "kommet frem". En slik friststart vil normalt være knyttet til et vilkår om at underretningen skal være skriftlig. Ettersom det ikke er et skriftlighetskrav i § 7-1, vil det ikke være hensiktsmessig å kreve at underretningen skal være "kommet frem" til klageren før fristen begynner å løpe etter § 7-5 annet ledd. Friststart er derfor tidspunktet da klageren fikk kjennskap til avslaget på forespørselen etter § 7-1 første ledd første punktum. Tilsvarende gjelder dersom klageren burde ha fått slik kunnskap, det vil for eksempel si at den som yter helsehjelp har underrettet vedkommende på en tilfredsstillende måte, men klageren nekter å forstå budskapet.

Den som mottar klagen kan selvfølgelig ta klagen under behandling selv om den kommer inn etter fristens utløp, jf. § 7-6 og forvaltningsloven § 31 om oversittelse av klagefrist. Dette innebærer blant annet at klagen kan tas under behandling såfremt pasienten eller dennes representant ikke kan lastes for å ha oversett fristen eller det av særlige grunner finnes rimelig at klagen blir prøvet.

§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage gjelder så langt de passer for Helsetilsynet i fylkets behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

Forvaltningslovens regler om behandling av klage gjelder så langt de passer for klagenemndas behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelsene som er gitt i dette kapitlet. Departementet kan gi nærmere forskrift om klagenemndas organisasjon og saksbehandling.

Merknader til § 7-6

Forvaltningslovens regler om behandling av enkeltvedtak og klage gjelder for Helsetilsynet i fylkets behandling i klagesaker så langt de passer. Dette innebærer blant annet at Helsetilsynet i fylket må oppfylle kravene til underretning og begrunnelse. Når det i pasientrettighetsloven er gitt særlige regler, for eksempel § 7-3 om klagens form og innhold, går disse foran forvaltningslovens generelle bestemmelser.

Bestemmelsen i forvaltningsloven § 34 annet ledd tredje punktum, som fastslår at statlige organer når disse er klageinstans skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, gjelder ikke ved Helsetilsynet i fylkets behandling av klagesaker etter kapittel 7.

Henvisningen til reglene om klage i forvaltningsloven kapittel 6, innebærer ikke at realitetsavgjørelse fra Helsetilsynet i fylkets kan påklages videre.

Kapittel 8 Pasientombud

§ 8-1 Formål

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Merknader til § 8-1

Pasientombudene har to formål. De skal være pasientenes talerør og ivareta pasientenes interesser og deres rettsikkerhet overfor helsetjenesten. Dette gjelder både enkeltpersoner og grupper av pasienter med sammenfallende behov. Pasientombudet vil gjennom sitt arbeid kunne få kjennskap til strukturelle forhold og gjentatte negative hendelser i helsetjenesten. Pasientombudene skal derfor også arbeide for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientombudene skal ikke bare opptre etter anmodning fra pasienter. De skal også ivareta pasientenes behov på eget initiativ og ta tak i kritikkverdige forhold, uten at noen har gjort dem spesielt oppmerksom på det. Pasientombudet vil også kunne bidra til kvalitetsheving på helsetjenestene ved å gi tilbakemeldinger til pasienter som kan bringe dette videre til helsepersonell eller tjenesten. Videre kan ombudet utgi rapporter med utgangspunkt i henvendelser fra pasientene. I sitt kvalitetsarbeid skal pasientombudet også ha oppmerksomheten rettet mot endringer i den offentlige helsetjeneste som kan føre til redusert kvalitet i helsetilbudet.

For denne måloppnåelse er det av betydning at pasientombudene har kontakt med andre relevante aktører med tanke på samarbeid og avgrensning av oppgaver.

§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Endret ved lov 15. juni 2001 nr. 93

Merknader til § 8-2

Ansvar for pasientombudsordningen ble med statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten overført til staten, og det er i dag Sosial- og helsedirektoratet som er arbeidsgiver for pasientombudene. Direktoratet har ansettelsesmyndighet, herunder myndighet til å vurdere kvalifikasjonskrav. Omleggingen medfører ingen endringer i pasientombudenes arbeidsområde og deres selvstendige og uavhengige stilling. Staten har finansieringsansvaret for ordningen, og skal dekke alle utgifter til ombudets virksomhet. Pasientene skal ikke betale for denne tjenesten, heller ikke egenandel.

Pasientombudets arbeidsområde er den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette begrepet er ikke entydig, men omfatter i utgangspunktet alt som har å gjøre med syke mennesker som krever behandling av spesialist. Begrepet omfatter også helsetjenester som helseforetakene kjøper fra private tjenesteytere og spesialister, både i Norge og i utlandet. Spesialisthelsetjeneste kan sies å være et samlebegrep på de helsetjenester som en ikke har funnet hensiktsmessig å pålegge kommunene ansvaret for. Hva som er hensiktsmessig her vil kunne endre seg over tid, både på grunn av den medisinske utvikling og organisatoriske endringer. Helsetjenestens oppgaver har gjerne blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste. Begrepet må derfor sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Når bestemmelsen sier at ombudets arbeidsområde er den offentlige spesialisthelsetjenesten, betyr ikke dette at det ikke kan inngås avtaler om at pasientombudsordningen også kan omfatte kommunale tjenester. Men når ordningen lovfestes for spesialisthelsetjenesten kreves det at behovet der dekkes før det kan inngås avtale om at ordningen også skal omfatte andre tjenester. Henvendelser til pasientombudene som gjelder forhold i primærhelsetjenesten, besvares med informasjon og veiledning dersom kapasiteten tillater det. I Oslo er det Helse- og sosialombud som dekker både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Annet ledd slår fast pasientombudenes faglige selvstendighet og uavhengighet. Denne uavhengigheten er en nødvendig forutsetning for at ombudene skal kunne ivareta sine oppgaver. Sosial- og helsedirektoratet kan ikke instruere ombudet i enkeltsaker. Pasientombudet skal også ha eget budsjett og stå fritt til å organisere sin interne virksomhet innenfor de rammer Sosial- og helsedirektoratet som arbeidsgiver, har trukket opp.

§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasientombudet

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

Merknader til § 8-3

Bestemmelsen gir rammene for de oppgaver pasientombudet skal ta hånd om. Den private spesialisthelsetjeneste omfattes ikke. Henvendelse til ombudet kan skje muntlig eller skriftlig. Det stilles ingen formkrav, heller ikke for at pasientombudet skal behandle saken.

Ombudet kan også ta opp saker på eget initiativ, for eksempel på bakgrunn av opplysninger som fremkommer i media.

Enhver person, pasient, pårørende, ansatt, tillitsvalgt eller andre, kan ta opp saker med ombudet. Det kan være en konkret sak, knyttet til en enkeltperson, eller det kan være en sak av mer generell karakter, knyttet til spesialisthelsetjenesten. Får ombudet melding om en sak som angår en bestemt person, er det opp til denne personen å bestemme hvilken bistand ombudet skal gi.

Helsepersonell kan også kontakte ombudet om forhold som de mener pasientombudet bør se nærmere på. Utenforstående privatpersoner eller offentlige etater kan kontakte ombudet for å få en vurdering av en sak som angår spesialisthelsetjenesten. Den som henvender seg til ombudet kan forbeholde seg rett til å være anonym. Det antas at retten til å være anonym ikke vil være et praktisk problem, ettersom ombudet ikke har noen plikt til å ta saken opp til behandling.

Dersom ombudet mottar anonyme opplysninger om navngitt person, er det opp til den navngitte personen å bestemme hvordan ombudet skal bruke opplysningene.

§ 8-4 Behandling av henvendelser

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

Merknader til § 8-4

Det er pasientombudet selv som avgjør om det er tilstrekkelig grunn for å gå videre med en sak, det vil si om det er grunnlag for handling eller respons fra ombudets side, for eksempel med uttalelse, forslag til forbedringer, eller nærmere undersøkelser. Finner ombudet at det ikke er grunnlag for å behandle saken, skal ombudet orientere den som har henvendt seg og gi en kort begrunnelse. Hovedregelen er at en slik orientering bør skje skriftlig, men det kan ikke stilles krav om det, da dette vanskelig kan forenes med retten til å være anonym. Det kan også være andre grunner til å fravike hovedregelen om skriftlighet fra ombudets side.

§ 8-5 Pasientombudets rett til å få opplysninger

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Reglene i tvistemålsloven § 204 til § 209 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

Merknader til § 8-5

Bestemmelsen sier at pasientombudet har rett til å motta opplysninger fra offentlige myndigheter eller organer som utfører tjenester for forvaltningen, for eksempel private spesialister som har driftsavtale med helseforetakene. Ettersom ombudets arbeidsområde dreier seg om pasienter og helsetjenester, vil dette stort sett være taushetsbelagte opplysninger som det ikke er lov å utlevere uten pasientsamtykke.

Det vanlige er at ombudet handler etter fullmakt fra pasienten og vil på det grunnlaget få de nødvendige opplysninger, tilgang på journal osv.

Når slik fullmakt ikke foreligger, har ombudet rett til opplysninger etter det samme system som domstolene. Det vil si at de kan motta opplysninger i henhold til tvistemålsloven. Dette innebærer at pasientombudet ikke kan kreve opplysning av helsepersonell som er undergitt lovbestemt taushetsplikt uten at det er gitt samtykke fra departement til å gi ut opplysningene. Dette er ordningen også for Sivilombudsmannen og Barneombudet.

§ 8-6 Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler.

Pasientombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

Merknader til § 8-6

Pasientombudet kan ikke nektes adgang til lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester. Hensikten med bestemmelsen er å sikre nødvendig adgang til helsetjenesten i tilknytning til de saker som er tatt opp med ombudet. Pasientombudet har likevel ikke en generell rett til å tre inn i den faglige virksomheten som observatør, noe som også kunne komme i konflikt med behandlingen og helsepersonellens taushetsplikt.

§ 8-7 Pasientombudets oppgaver

Pasientombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasientombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

Merknader til § 8-7

Bestemmelsen regulerer pasientombudets oppgaver overfor den som henvender seg dit. Ombudet skal gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning og bistå i møte med helsetjenesten. Bistanden kan omfatte råd med hensyn til hvor en klage skal sendes, eller utforming av en konkret klage, som ombudet sender på vegne av pasienten. En annen oppgave kan være bistand til innsyn i egen journal. Ombudet har frihet til selv å vurdere hvilke saker som skal tas opp til behandling. Et hovedansvarlig for ombudets virksomhet er å være talerør for pasienten, og yte bistand slik at de får oppfylt sine rettigheter. Ombudet skal ikke bare bistå hvor det kan være snakk om brudd på rettsregler, men også i situasjoner der det er gitt for dårlig service av helsetjenester, eller konflikter har oppstått. Pasientombudet skal opptre nøytralt, i den forstand at det ikke skal søkes oppnådd mer enn det pasienten har krav på.

Etter *annet ledd* kan ombudet gi uttalelser i konkrete saker, for eksempel der en pasient mener seg feilbehandlet og ønsker en uttalelse før eventuelt klage sendes. Pasientombudet er ingen formell klageinstans og ombudets uttalelse i saken er således ikke bindende. Ombudets rolle i klagesaker er å

gi råd til pasienten, eller eventuelt å være uformell megler og kontaktformidler. Ombudet kan megle mellom partene med bindende virkning dersom partene er enige om det. Ønsker imidlertid ombudet å gå videre med en sak, mens pasienten ikke ønsker dette, går pasientens selvbestemmelsesrett foran ombudets ønske om å reagere på forholdet. Ombudet har likevel mulighet til å ta opp forholdet, men da må det gjøres i anonymisert form, eller som et ledd i en beskrivelse av generelle forhold.

Ombudet kan også foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Det må imidlertid presiseres at ansvaret for å sikre kvaliteten på tjenestene ligger hos helsetjenesten selv, men ombudet kan komme med viktige bidrag. Ombudet kan gi en vurdering av det som oppfattes som kritikkverdige forhold i spesialisthelsetjenesten. Det tenkes særlig her på systemfeil, men også uheldig behandling av enkeltpersoner omfattes. Når det gjelder problemer av generell art skal ombudet kartlegge og påpeke disse. Dette innebærer at ombudets arbeidet også aktivt skal rettes mot helsepersonell og helsemyndigheter.

Etter *tredje ledd* skal pasientombudet gi den som har henvendt seg orientering om resultatet av ombudets behandling av saken, med en kort begrunnelse. Dette innebærer ikke et krav om særskilt begrunnelse til den som har henvendt seg. Det er tilstrekkelig at ombudet oversender kopi av sin endelige uttalelse til helsetjenesten.

I *fjerde ledd* pålegges pasientombudet å melde fra til tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet å følge opp. Ombudets oppgave her er å bringe informasjon videre, ikke å påta seg tilsynets rolle. Foreligger det mistanke om straffbare handlinger er det naturlig at ombudet henviser pasienten til politiet.

Femte ledd pålegger pasientombudet et ansvar for å gjøre ombudsordningen kjent. Som ansvarlig for ordningen plikter staten å sørge for at ombudet har arbeidsvilkår slik at ordningen kan gjøres kjent, med andre ord at det tilrettelegges slik at ombudet er i stand til å ta imot de henvendelser som bekjentgjøring fører til. Utover dette er det ombudets egen oppgave å sørge for informasjon til befolkningen. Dette kan skje ved oppslag på sykehus, eller andre helseinstitusjoner, annonsering i presse etc. Ombudet kan ikke basere seg på utelukkende uformelle formidlingskanaler, men har en aktivitetsplikt med hensyn til bekjentgjøring.

Pasientombudene i landet har felles nettsted med informasjon om virksomheten, adresser, lenker til aktuell informasjon m.m.: www.pasientombudet.no.

§ 8-8 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasientombud.

Merknader til § 8-8

Departementet har ikke utarbeidet forskrift i medhold av denne bestemmelsen.

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd

Fastsatt ved kgl.res. 1. desember 2000 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter § 1-2 første ledd og § 2-1 sjette ledd. Fremmet av Sosial- og helsedepartementet. Endret 18 des 2001 nr. 1577. Endret av Helsedepartementet 7. juni 2004 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter §§ 2-1 sjuende ledd og 7-6 annet ledd og lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) § 2-14 tredje ledd.

Kapittel I Prioritering av spesialisthelsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

§ 1 Virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2

Pasientrettighetslovens kapittel 2 med unntak av § 2-1 første ledd, gjelder bare for personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

§ 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

I dispensasjonssaker etter bioteknologiloven § 2-14 er det den alvorlige, arvelige sykdommen som kan begrunne adgang til genetisk undersøkelse av befruktete egg, som skal oppfylle kriteriene som er omtalt i første ledd. I tillegg skal kriteriene i bioteknologiloven § 2-14 være oppfylt.

§ 3 Helsehjelp i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge

En pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke kan få helsehjelp fordi behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode, har rett til helsehjelp i utlandet, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteyter i utlandet etter akseptert metode og at pasientens tilstand og den aktuelle behandlingen tilfredsstiller kravene i § 2.

I spesielle tilfeller kan enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilstander få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet selv om vilkårene i § 2 første ledd nr. 2 og § 2 tredje ledd ikke er oppfylt. I denne paragrafen menes med:

eksperimentell behandling: udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt,

utprøvende behandling: behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon i forhold til etablert behandling ennå ikke er tilfredsstillende,

sjeldne sykdomstilstander: sykdommer eller sykdomstilstander som forekommer så sjelden og/eller er så spesielle, at det ikke er bygget opp noe nasjonal kompetanse.

Manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten gir ikke rett til behandling i utlandet etter denne bestemmelsen. Rett til behandling omfatter ikke forsendelse av laboratorieprøver for analyse ved utenlandsk tjenesteyter uten som ledd i behandling i utlandet.

§ 4 Vurdering av og fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp

Den som er forpliktet til å foreta vurdering av en pasient etter pasientrettighetsloven § 2-2, skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene i § 2 og eventuelt i § 3. Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet.

I saker om tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktete egg, foretas vurderingen som nevnt i første ledd, med endelig virkning av den dispensasjons- og klagenemnda som er opprettet etter § 9.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2, eller har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den fristen som er fastsatt i medhold av første ledd.

§ 5 Informasjonsplikten

Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og om det skal fastsettes en individuell frist etter § 4, eventuelt om pasienten har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, skal informere pasienten og den som har henvist pasienten, skriftlig om resultatet av vurderingene. Med unntak av saker som nevnt i §§ 4 annet ledd og 8 første ledd skal det også gis informasjon om retten til fornyet vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-3 og den klageretten som følger av pasientrettighetsloven §§ 7-1 og 7-2, herunder om klagefrist og klageinstans. Er det fastsatt en frist etter § 4, skal det også informeres om bestemmelsene i § 6.

§ 6 Brudd på fristen

Når den fristen som er satt etter § 4 har gått ut uten at pasienten har fått et tilbud om den helsehjelpen vedkommende er vurdert å ha rett til etter pasientrettighetsloven § 2-1, kan pasienten henvende seg direkte til Rikstrygdeverket som uten opphold skal skaffe et slikt tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket eller om nødvendig i utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.

§ 7 Klagerett

En pasient som er uenig i den vurderingen som er foretatt etter §§ 2, 3, eller 4 eller som mener at det ikke er foretatt slike vurderinger, kan anmode om at spesialisthelsetjenesten oppfyller disse rettighetene, jf. pasientrettighetsloven § 7-1.

Dersom en pasient er uenig i den vurderingen spesialisthelsetjenesten foretar på grunnlag av en slik anmodning, kan pasienten klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Dersom den vurderingen spesialisthelsetjenesten foretar på grunnlag av en slik anmodning gjelder om pasienten har rett til behandling i utlandet, jf. § 3, kan han klage til den klagenemnda som er omtalt i § 12.

Denne bestemmelsen får ikke anvendelse på saker etter bioteknologiloven § 2-14.

Kapittel II Behandling av tillatelser til genetisk undersøkelse av befruktede egg, klage over rett til behandling i utlandet. Dispensasjons- og klagenemnd

§ 8 Dispensasjons- og klagenemndas kompetanse

Dispensasjons- og klagenemnda, som er opprettet etter § 9, behandler saker om genetisk undersøkelse av befruktede egg etter bioteknologiloven § 2-14 annet ledd, jf. § 4 annet ledd.

Som klageinstans avgjør nemnda klage over vedtak etter § 3, jf. pasientrettighetsloven § 7-2 annet ledd.

Nemnda skal ha en uavhengig stilling og selvstendig avgjørelsesmyndighet. Departementet kan ikke instruere nemnda om skjønnsutøvelse eller avgjørelse i enkeltsaker.

Nemndas vedtak etter første og annet ledd kan ikke påklages.

§ 9 Sammensetning og oppnevning

Dispensasjons- og klagenemnda skal bestå av fem medlemmer med personlige vararepresentanter. Når nemnda behandler saker som nevnt i § 8 første ledd, skal den ha ytterligere tre medlemmer med personlige vararepresentanter.

Nemnda skal ha tverrfaglig sammensetning. To av de tre medlemmene, med vararepresentanter, som er nevnt i første ledd annen setning, skal ha spesialkompetanse innenfor fagfeltet etikk og genetikk. Det tredje medlemmet, med vararepresentant, skal oppnevnes som representant for en av de funksjonshemmedes organisasjoner. Lederen og dennes vararepresentant skal ha juridisk embetseksamen.

Departementet oppnevner nemndas medlemmer og personlige vararepresentanter for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og vararepresentanter. Statens helsetilsyn skal foreslå medlemmer og vararepresentanter overfor departementet.

§ 10 Sammensetning i dispensasjons- og klagesaker

I avgjørelsen av den enkelte sak skal som hovedregel alle medlemmene delta. Dersom en eller flere ikke kan møte, skal det innkalles vararepresentanter.

I spesielle tilfeller er det tilstrekkelig at nemndas leder og to av de øvrige medlemmene deltar i avgjørelsen. Dette gjelder ikke i saker som nevnt i §§ 4 annet ledd og 8 første ledd.

§ 11 Saksbehandling i dispensasjons- og klagesaker

Nemnda treffer avgjørelse med alminnelig flertall. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende.

Nemndas avgjørelser skal treffes i møte. Det skal føres møteprotokoll. Protokollen skal vise voteringen. Stemmegivningen skal grunngis.

Når særlige forhold tilsier det, kan avgjørelser treffes ved skriftlig saksbehandling, uten at nemnda møtes. Ved skriftlig saksbehandling gir nemndas medlemmer ved påtegning uttrykk for voteringen og begrunnelsen for den.

Nemnda behandler sakene på grunnlag av den skriftlige fremstillingen som er gitt og sakens øvrige opplysninger.

§ 12 Taushetsplikt

Enhver som deltar i behandlingen av en sak for nemnda har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

§ 13 Søksmål

Domstolene kan prøve lovligheten av nemndas avgjørelser. Søksmål rettes mot Staten ved dispensasjons- og klagenemnda.

§ 14 Endring av denne forskriften

Departementet kan endre denne forskriften.

§ 15 Overgangsregler

Forskriften får ikke anvendelse på pasienter som er innvilget ventetidsgaranti etter forskrift av 27. juni 1997 nr. 654 om ventetidsgaranti før pasientrettighetslovens ikrafttredelse. For disse pasientene vil bestemmelsene i forskrift av 27. juni 1997 nr. 654 om ventetidsgaranti fortsatt gjelde.

Forskriften får anvendelse på pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten etter 1. september 2004.

Spesialisthelsetjenesten skal sette en individuell frist etter § 4 for rettighetspasienter som har stått seks måneder eller mer på venteliste 1. september 2004.

Den dispensasjons- og klagenemnda som er oppnevnt etter § 10, avgjør også klagesaker over vedtak truffet av Rikstrygdeverket før 1. september 2004 med hjemmel i forskrift 14. januar 1999 nr. 19 om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet, jf. den tidligere gjeldende § 5-22 i folketrygdloven.

Merknader til de enkelte bestemmelsene:

Merknader til § 1

I utgangspunktet gjelder pasientrettighetsloven for alle som oppholder seg i riket. Etter pasientrettighetsloven § 2 første ledd kan imidlertid Kongen i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. I denne bestemmelsen i forskriften er det gjort unntak når det gjelder virkeområdet for de fleste bestemmelsene i kapittel 2.

Når det gjelder retten til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig kommunehelsetjeneste, vil disse bestemmelsene i samsvar med gjeldende rett også gjelde for personer som oppholder seg i Norge. Det følger av bestemmelsen at de øvrige rettighetene i pasientrettighetsloven kapittel 2 kun gjelder for pasienter som har fast bopel eller oppholdssted i riket, er folketrygdet med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.

Eksempel på gjensidighetsavtale er EØS- avtalens forordning 1408/71 artikkel 22 som bestemmer at personer fra andre EØS- land kan ha krav på å motta hensiktsmessig behandling i samsvar med lovgivningen i Norge som om vedkommende var trygdet i Norge. For EØS- borgere vil elektiv behandling forutsette at vedkommende på forhånd har innhentet tillatelse fra kompetent stat på blankett E 112/E 113. Utgiftene skal deretter refunderes av den stat som har attestert blanketten.

Merknader til § 2

Bestemmelsen angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Den er en effektivering av Lønning II utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2. Pasienter som omfattes av de to prioriteringsgruppene skal altså ha rett til nødvendig helsehjelp. Selv om pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, har det regionale helseforetaket plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Pasienter

som faller utenfor bestemmelsens kriterier skal med andre ord også tilbys helsetjenester. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

Bestemmelsenes første ledd gir tre vilkår som alle må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det vil si at alle de tre vilkårene må være oppfylt.

Det første vilkåret knytter seg til tilstandens alvorlighet. Det sentrale er hvilken utvikling pasientens tilstand vil ha dersom behandlingen utsettes. For at vilkåret skal være oppfylt må utsettelsen føre til redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet. Det skal ikke mye til for at vilkåret om reduksjon i forventet livslengde er oppfylt, men enhver forventet reduksjon vil ikke kunne gi rett til nødvendig helsehjelp. Hva som menes med nedsatt livskvalitet er presisert i bestemmelsens annet ledd. Årsaken til at livskvaliteten nedsettes må være knyttet til de konsekvenser det vil ha for pasientens helsetilstand å utsette behandlingen. De momenter som er oppregnet i bestemmelsen er ikke ment å være uttømmende, men antas å dekke de fleste situasjoner hvor vilkåret er oppfylt. Nedsettelsen av pasientens livskvalitet må være ikke ubetydelig. I vurderingen skal det tas hensyn både til nedsettelsens omfang og varighet. Livslengde og livskvalitet er i utgangspunktet alternative kriterier. Det er tilstrekkelig at ett av kriteriene er oppfylt. De kan likevel sees i sammenheng. Dersom reduksjon av livslengde og livskvalitet hver for seg ikke er tilstrekkelig, kan de to kriteriene sees i sammenheng slik at vilkåret likevel kan være oppfylt. I tvilstilfeller kan det altså legges vekt på begge kriteriene slik at de til sammen oppfyller vilkåret.

At pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen er vilkår nummer to. Dette er presisert i bestemmelsens tredje ledd. Helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved medisinsk faglig behandling. Når det gjelder behandling for rusmiddelmissbruk, se nedenfor. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter ikke eksperimentell eller utprøvende behandling. Dog gjelder det i helt spesielle tilfeller unntak for eksperimentell og utprøvende behandling i utlandet. Unntaket fremgår av forskriften § 3.

Det siste vilkåret er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilkårene er relative i forhold til hverandre. Er pasientens prognose meget dårlig, vil kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen er mer usikker. Tilsvarende vil det kunne kreves mindre med hensyn til tilstandens alvorlighet dersom nytten med høy grad av sikkerhet er stor i forhold til om den er moderat eller mindre sikker. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter ha rett til nødvendig helsehjelp og andre ikke.

Etter vedtakelsen av rusreformen er tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk definert som en spesialisthelsetjeneste. Rusmiddelmissbrukere som har behov for slik behandling vil etter dette være en pasient i pasientrettighetslovens forstand og vil kunne ha rett til slik behandling etter pasientrettighetsloven § 2-1. Hvorvidt vedkommende har en materiell rett til behandling for sitt rusmiddelmissbruk, vil følge av en konkret vurdering av om vedkommendes tilstand fyller de nærmere vilkårene i § 2. Etter ordlyden i bestemmelsen er vurderingstemaet i forhold til kravet om forventet nytte av helsehjelpen, i hvilken grad *medisinsk behandling* har dokumentert effekt. Ved vedtakelsen av rusreformen er begrepet "spesialisthelsetjeneste" utvidet i forhold til det som tidligere har vært ansett som spesialisthelsetjeneste. Etter endringene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd, omfatter begrepet spesialisthelsetjeneste nå også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det vil si tjenester med både helsefaglig og sosialfaglig behandling. Under behandlingen av rusreformen fremhevet sosialkomiteen betydningen av at rusmiddelmissbrukere som trenger behandling for sitt rus- og avhengighetsproblem likestilles og gis samme rettigheter som andre pasientgrupper, jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)). Samtidig pekte komiteen på at behandlingstilbudet skal være tverrfaglig. Komiteen uttaler blant annet følgende på side 14:

"Komiteen vil særlig peke på at avgjørende for en fremtidig positiv ruspolitisk utvikling vil være at rusmiddelavhengige gis et kvalitativt godt behandlingstilbud med mulighet for både en

helsefaglig og sosialfaglig tilnærming, at rusmiddelavhengige i behandling gis pasientstatus på lik linje med andre pasientgrupper, at rusmiddelavhengige gis fri behandling og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempellet de hittil har hatt.”

Bestemmelsen må forstås i lys av denne utvidelsen av begrepet spesialisthelsetjeneste og disse uttalelsene i forarbeidene. Vurderingen av om pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen blir i disse tilfellene en vurdering av forventet nytte av den aktuelle behandlingen (enten behandlingen har et helsefaglig eller hovedsakelig sosialfaglig innhold). Det vil si en vurdering av om det foreligger god dokumentasjon for at den aktuelle behandlingen kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Bestemmelsens fjerde ledd presiserer at de generelle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp også gjelder ved søknad om behandling i utlandet etter dispensasjon fra bioteknologiloven § 2-14 annet ledd. Vurderingstema er hvorvidt det kan sies at den alvorlige, arvelige sykdommen som man ved genetisk undersøkelse av befruktete egg ønsker å utelukke, oppfyller vilkårene i § 2 første ledd. ”Pasienten” som vilkårene knytte seg til, vil både kunne være det kommende barnet selv, og det kommende barnets søsken som lider av en alvorlig, arvelig sykdom.

Merknader til § 3

Etter endringer i pasientrettighetsloven som trer i kraft 1. september 2004, har de pasientene som trygden tidligere kunne yte bidrag til behandling i utlandet, fått en rett til helsehjelp i utlandet etter pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Retten til helsehjelp er mer omfattende enn behandling, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 c). Retten omfatter spesialisthelsetjeneste som ytes av tjenesteyter utenfor landets grenser, både privat og offentlig tjenesteyter.

Det er en forutsetning for rett til behandling i utlandet at vilkårene etter § 2 i denne forskriften er oppfylt slik at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg må de tidligere gjeldende vilkårene for at trygden skulle kunne bevilge bidrag til behandling i utlandet etter folketrygdloven § 5-22 annet ledd være til stede. Disse vilkårene var før 1. september 2004 nedfelt i forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. januar 1999. Vilkaene er nå videreført i § 3. Det forutsettes at ordningen etter pasientrettighetsloven praktiseres på linje med den tidligere gjeldende ordningen etter folketrygdloven. Er kriteriene i §§ 2 og 3 oppfylt, har spesialisthelsetjenesten imidlertid ikke anledning til å foreta en skjønnsmessig vurdering av om pasienten skal få behandling i utlandet slik Rikstrygdeverket hadde adgang til etter bidragsforskriften.

Et grunnleggende vilkår for bidrag til behandling i utlandet har vært manglende medisinsk kompetanse ved norske sykehus. Dersom behandlingen kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode, har Rikstrygdeverket ikke kunnet yte bidrag. Denne begrensningen videreføres etter denne forskriften. Hovedregelen er derfor at man skal benytte det behandlingstilbudet som finnes i Norge selv om det kan være utviklet et mulig mer avansert behandlingstilbud i utlandet. Dette gjelder selv om pasienten ønsker behandling utført ved utenlandsk institusjon etter en metode som ikke er tatt i bruk i Norge.

Søknad om bidragsytelse fra folketrygden etter bidragsforskriften skulle vurderes ut fra representativ norsk medisin, på grunnlag av det aktuelle behandlingsopplegget og indikasjonsstillingen. Kravet om vurdering på grunnlag av spesifikt norsk medisin er ikke videreført i § 3. Vurderingen etter § 3, jf. § 2, av om pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, skal etter de nye bestemmelsene vurderes opp mot det aktuelle behandlingsopplegget i utlandet og representativ internasjonal medisin. Behandling i utlandet må ses i sammenheng med de tilbud som gis innenlands, og vurderes i forhold til de prioriteringer og føringer som blir lagt til grunn for behandling i Norge.

Hovedregelen om at eksperimentell og utprøvende behandling faller utenfor videreføres. Enkelt personer innen sykdomsgrupper som er så sjeldne, og/eller så vanskelige og ressurskrevende, at det ikke er bygget opp nasjonal kompetanse, kan unntaksvis få eksperimentell behandling i utlandet. Det legges vekt på hvorvidt det er, eller har vært, praktisk mulig eller ønskelig å gjennomføre

kontrollerte studier innen en rimelig tidshorisont. Det presiseres at en pasient kun unntaksvis og i spesielle tilfeller vil kunne få slik behandling i utlandet. Det kreves at pasienten har en mer alvorlig tilstand når det gjelder eksperimentell behandling enn utprøvende behandling. Dette skyldes at det er bedre dokumentasjon for utprøvende behandling enn eksperimentell behandling. Ved vurderingen kan kostnadshensyn tillegges vekt.

Til de enkelte definisjonene:

- a. Ved eksperimentell behandling er avstanden til tilstrekkelig dokumentasjon relativt stor, og man krever som regel dyreforsøk i første omgang for å avgjøre om man skal gå videre med kliniske forsøk. Samfunnet har ansvar for å tilby etablerte og dokumenterte helsetjenester til befolkningen, og alle andre tjenester bør i første omgang gjøres til gjenstand for forskning på grunnlag av godkjente forskningsprotokoller, normalt som klinisk kontrollerte studier. Dette hensynet gjelder både innenlands og utenlands. Undersøkelsene ved eksperimentell behandling legger spesielt vekt på å avklare bivirkninger, maksimal tolerabel dose og behandlingseffekt. I forbindelse med medikamentell utprøving gjelder dette vanligvis fase I- eller fase II-studier.
- b. Ved utprøvende behandling ytes samme behandling som ved eksperimentell behandling, men den utføres som ledd i en vitenskapelig kontrollert studie av en lovende behandlingsmetode. I forbindelse med utprøvende medikamentell behandling gjelder dette vanligvis en fase III-studie.
- c. Sjeldne sykdomstilstander omfatter sykdommer som er for sjeldne eller spesielle til at det er ansett hensiktsmessig å bygge opp kompetanse, eller sette i gang forsøksstudier, i Norge. Hvor vanskelig og ressurskrevende tilstanden er, skal tillegges vekt. Det bør tas hensyn til hvorvidt det er praktisk mulig å gjennomføre kontrollerte studier innen en rimelig tidshorisont i Norge. Sykdomstilstanden skal vurderes snevert i den forstand at man ikke skal operere med store og generelle sykdomsgrupper, slik som for eksempel kreftsykdommer eller neurologiske sykdommer.

Merknader til § 4

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 har pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som inngår i fritt sykehusvalgordningen, rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Pasienter som er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, vil bare ha et rettslig krav på vurdering i den grad disse tjenestene organiseres inn under et sykehus, herunder spesialistpoliklinikk eller distriktpsikiatrisk senter. Etter departementets vurdering taler imidlertid likhetshensynet for at pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling ved andre offentlige eller private institusjoner, bør få en slik vurdering innen samme frist. Når det gjelder private institusjoner, forutsetter det at de har avtale med regionale helseforetak der det eksplisitt fremgår at de kan foreta vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 med bindende virkning for foretaket. Uavhengig av den retten som følger av pasientrettighetsloven § 2-2, vil alle spesialisthelsetjenester som skal foreta vurdering av en pasient, være underlagt kravet om forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Fristen på 30 virkedager må anses som en maksimumsfrist, og det må vurderes om det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. I de tilfeller det er nødvendig for å kunne foreta en forsvarlig vurdering, skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Det fremgår av § 2-2 at pasienten ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har rett til å få en raskere vurdering enn 30 virkedager. I de generelle merknadene til bestemmelsen uttalte Sosialkomiteen at det bør være en maksimumsfrist på 15 dager i slike tilfeller. Det beror på en konkret helsetilstand basert på medisinskfaglig eller tverrfaglig spesialisert skjønn om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 må veie tungt i vurderingen. I tillegg vil det være avgjørende om

formålene som begrunner retten til vurdering nås. Pasienten skal sikres adgang til spesialisthelsetjenesten, og man må ha grunnlag for å avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov skal på bakgrunn av vurderingen kunne planlegges forsvarlig slik at pasienten kan informeres om dette.

Legen som foretar vurderingen av pasienten, skal fatte vedtak om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2 eller eventuelt rett til behandling i utlandet etter § 3. Pasienten har rett til behandling som oppfyller nyttekriteriet i forskriftens § 2 første ledd nummer 2. Det nærmere innholdet i retten til nødvendig helsehjelp må altså fastlegges for den enkelte pasienten.

Fra 1. september 2004 skal spesialisthelsetjenesten selv, etter en konkret medisinsk faglig vurdering av den enkelte pasienten som har rett til nødvendig helsehjelp, fastsette tidspunktet for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen må ytes pasienten. Fristen må settes slik at helsehjelpen kan ytes på et tidspunkt hvor man ved medisinsk eller tverrfaglig spesialisert undersøkelse og behandling oppnår forbedring av pasientens helsetilstand, unngår at tilstanden forverres eller at undersøkelses- eller behandlingsmuligheter går til spille. Tidspunktet vil bero på en konkret helhetsvurdering basert på et medisinsk eller tverrfaglig spesialisert skjønn.

Ved vurdering av rett til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, må bestemmelsen om fastsettelsen av frist for nødvendig helsehjelp forstås i lys av rusreformens utvidelse av spesialisthelsetjenestens innhold og av Stortingets forutsetninger om at rusavhengige skal ha pasientrettigheter på linje med andre pasientgrupper, se merknader til § 2. Vurderingen av når tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal gis, må derfor baseres på en tverrfaglig vurdering av innen hvilken tid forsvarlighet krever at behandlingen gis.

Bestemmelsens andre ledd slår fast at det er dispensasjons- og klagenemnda som skal avgjøre om par som ønsker genetisk undersøkelse av befruktete egg i utlandet oppfyller de generelle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp etter § 2 og rett til behandling i utlandet etter § 3. Dette har sammenheng med forutsetningen i bioteknologiloven § 2-14 om at en dispensasjonsnemnd kan gi tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktete egg ved alvorlig, arvelig sykdom uten behandlingsmuligheter dersom særlige hensyn taler for det. Det er hensiktsmessig at dispensasjons- og klagenemnda som nevnt i kapittel II foretar en samlet vurdering i situasjoner hvor det både dreier seg om dispensasjon fra bioteknologiloven og rett til nødvendig helsehjelp i utlandet. Beslutninger som nemnda treffer i slike saker, kan ikke påklages.

Av tredje ledd følger at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienten får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Også andre institusjoner enn de regionale helseforetakene eier og driver, kan påta seg ansvar for å oppfylle pasientens rettigheter basert på avtaler med det regionale helseforetaket

I situasjoner hvor kapasiteten i helsevesenet ikke er tilstrekkelig til å dekke etterspørselen etter helsetjenester, skal pasienter med rett til nødvendig helsehjelp prioriteres foran andre pasienter. Blant rettighetspasientene skal de alvorligst syke prioriteres foran de mindre syke. Lønning II- utvalgets prioriteringskriterier skal legges til grunn, jf. NOU 1997:18 Prioritering på ny.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp innen den fastsatte fristen faller ikke bort selv om pasienten benytter valget etter pasientrettighetsloven § 2-4.

Merknader til § 5

Både pasient og henvisende lege skal informeres. Dersom sosialtjenesten har henvist en pasient til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk, skal også sosialtjenesten informeres.

Merknader til § 6

Den tidligere gjeldende kapasitetsbegrensningen i pasientrettighetsloven § 2-1 er opphevet ved de endringene i bestemmelsen som trer i kraft 1. september 2004. Dette har sammenheng med at dersom den fastsatte fristen etter § 4 går ut uten at pasienten har mottatt et tilbud om nødvendig helsehjelp,

utvides pasientens rett til også å gjelde tilbud som ytes privat eller i utlandet, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd. Etter fristbruddet har pasienten krav på helsehjelp uten opphold. Det vil si så snart som mulig.

Det er Rikstrygdeverket som har ansvar for å skaffe dette tilbudet. Rikstrygdeverket er ikke pålagt noen aktivitetsplikt når det gjelder å oppsøke pasienter med et tilbud etter fristbrudd. Pasienten kan selv rette kravet mot Rikstrygdeverket eller få assistanse av fastlegen (eller eventuelt den henvisende legen). Det er heller ikke noe til hinder for at den institusjonen som har brutt fristen, henvender seg til Rikstrygdeverket i samråd med pasienten.

Merknader til § 8

Første ledd gjelder dispensasjons- og klagenemndas kompetanse etter bioteknologiloven. Av bioteknologiloven § 2-14 annet ledd følger det at en dispensasjonsnemnd, dersom spesielle hensyn taler for det, skal kunne gi tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktete egg ved alvorlig, arvelig sykdom uten behandlingsmuligheter. Nemnda skal vurdere hver enkelt søknad konkret. I vurderingen må føringer gitt i Innst. O. nr. 71 (2003-2004) s. 3 legges til grunn. Følgende kriterier skal alle være oppfylt:

1. At det syke barnet lider av en alvorlig, arvelig og livstruende sykdom.
2. At andre behandlingsmuligheter er grundig undersøkt, og at det etter en faglig vurdering ikke finnes likeverdige alternativer til søskendonasjon av stamceller.
3. At formålet er å hjelpe et barn av én av foreldrene eller dem begge.
4. At det i forhold til det kommende barn er konkret indikasjon for anvendelse av preimplantasjonsdiagnostikk uavhengig av spørsmålet om vevstype.
5. At behandling av det syke barnet med stamceller fra navlesnor eller beinmarg fra en kommende frisk søster eller bror ut fra medisinske erfaringer kan forventes å kunne føre til en avgjørende bedring i barnets helsetilstand og/eller overlevelsesmuligheter.
6. At det friske barn ikke i forbindelse med donasjon utsettes for et inngrep som i seg selv er uakseptabelt, for eksempel fordi det er truende for helbredden, i alvorlig grad smertefullt eller på annet vis krenkende.
7. At foreldrene har mottatt en grundig informasjon og rådgiving som forutsetning for deres avgjørelse om behandling, der det også redegjøres for belastningene for kvinnen og graden av sannsynlighet for å oppnå et vevsforlikelig og sykdomsfritt barn.
8. At det ikke skjer genetisk modifikasjon av det eller de befruktete egg som utvelges.

Når en pasient søkte om bidrag til behandling i utlandet etter folketrygdloven § 5-22, ble saken behandlet av Rikstrygdeverket i første instans. Dersom pasienten klaget over vedtaket, ble klagen behandlet av en særskilt klagenemnd etter forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet. Det fremgår av annet ledd at denne nemnda er videreført med hjemmel i pasientrettighetsloven § 7-2 annet ledd.

Tilsvarende bestemmelser om nemndas organisasjon og saksbehandling som de som var nedfelt i bidragsforskriften, er tatt inn i kapittel II i denne forskriften. Nemnda vil være klageinstans for vedtak om rett til behandling i utlandet som er truffet av spesialisthelsetjenesten i forbindelse med vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 eller i forbindelse med eventuell videre vurdering og behandling etter at 30 dagers fristen er utløpt.

Nemnda er ikke klageinstans for saker om:

1. utenlandsbehandling utløst av forordning (EØF) nr. 1408/71
2. behandlingsreiser til utlandet for spesielle grupper med kroniske sykdommer
3. utprøvende behandlingsforsøk for spesielt fastsatte sykdomsgrupper

Når det gjelder rådsforordning (EØF) 1408/71 (artikkel 22 nr. 2 annet ledd), gir denne bestemmelsen på nærmere bestemte vilkår borgere som omfattes av EØS-reglene og som har rett til behandling i bostedslandet, rett til å reise til et annet EØS-land for å få nødvendig behandling for en sykdom eller i samband med graviditet eller fødsel, på lik linje med borgere i det aktuelle landet.

For enkelte grupper med kroniske sykdommer er det opprettet et tilbud med organiserte behandlingsreiser til utlandet. Denne ordningen faller således utenfor forskriftens virkeområde. Dette gjelder barn med astma/lungesykdom, leddgikt og psoriasis samt for voksne med revmatiske sykdommer og psoriasis.

Nemnda og dens sekretariat er ikke underlagt departementets alminnelige instruksjonsmyndighet når det gjelder faglige spørsmål.

Merknader til § 9

Etter annet ledd skal dispensasjons- og klagenemnda være tverrfaglig sammensatt, inkludert medisinsk og juridisk kompetanse. I forbindelse med endringene i bioteknologiloven § 2-14, ble det i Innst.O. nr. 71 (2003-2004) angitt at nemndas medlemmer bl.a. skal inneha spesialkompetanse innenfor fagfeltet etikk og innenfor infertilitetsutredning og genetikk. Ett medlem skulle oppnevnes som representant for en av de funksjonshemmedes organisasjoner. Når det gjelder medisinsk spesialkunnskap i vurderingene av om det skal gis adgang til genetisk undersøkelse av befruktete egg, vil kunnskap om genetikk og preimplantasjonsdiagnostikk være avgjørende. Spesialkunnskap innen infertilitetsutredning er ikke like relevant da det ikke vil dreie seg om par med infertilitetsproblemer. Kravet om spesialkompetanse innenfor infertilitetsutredning er derfor ikke tatt inn i forskriften § 9.

Nemnda skal ha et eget sekretariat. Sekretariatet skal inneha juridisk kompetanse, og bør dessuten inneha samfunnsfaglig kompetanse.

Merknader til § 10

Departementet ser det som viktig at alle medlemmene deltar i avgjørelsen av den enkelte sak. Dette for å få et bredest mulig vurderingsgrunnlag sett i forhold til at nemnda skal være tverrfaglig sammensatt. Det kan imidlertid foreligge spesielle tilfeller hvor sykdommens karakter gjør at vedtak må treffes raskt. I slike tilfeller er det hensiktsmessig at det kan treffes vedtak uten at samtlige medlemmer deltar i avgjørelsen. Deltagelse av nemndas leder og to av de øvrige medlemmene/varamedlemmene er derfor tilstrekkelig. Det gjelder allikevel ikke når nemnda behandler dispensasjonssaker etter bioteknologiloven § 2-14. Da skal alle medlemmene delta.

Merknader til § 11

Nemndas avgjørelser treffes som hovedregel i møter. Nemnda kan imidlertid, dersom det finnes påkrevd, avholde telefonmøter eller saksgang med votering pr. post. Dette vil særlig gjelde i hastesaker, hvor det er nødvendig med en rask avgjørelse.

Nemnda skal gjøre en samlet vurdering av saksbehandlingen og av de forutsetninger som er lagt til grunn for de tidligere vurderinger som er gjort i saken. Nemnda må legge vekt på å opplyse saken best mulig og sørge for at saksbehandlingen ivaretar en best mulig faglig oppdatering slik at den kan treffe avgjørelser på bakgrunn av dokumentasjon som ivaretar eventuell ny medisinsk kunnskap.

Dersom klagen, i saker som gjelder klage over avgjørelser etter § 3, også omfatter spesialisthelsetjenestens vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller fastsettelse av frist etter § 4, skal nemnda vurdere om disse spørsmålene skal forelegges for Helsetilsynet i fylket til uttalelse. Dersom det gjelder en hastesak hvor det er nødvendig med en rask avgjørelse, kan foreleggelse for Helsetilsynet i fylket unnlates. I saker der spesialisthelsetjenesten har fastslått at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, bør klagenemnda legge denne vurderingen til grunn.

For enkelte sykdomsgrupper har Statens helsetilsyn opprettet rådgivende faggrupper. Det er naturlig at disse kan få anledning til å uttale seg om klagesakene.

Nemnda bør offentliggjøre vedtak av prinsipiell betydning. Offentliggjøring skjer på den måte som til enhver tid finnes mest hensiktsmessig. Regler om taushetsplikt må ivaretas på vanlig måte.

Merknader til § 13

Nemndas medlemmer, sekretariatets ansatte og andre som måtte ha befatning med den enkelte sak har taushetsplikt om det de får vite om noens personlige forhold.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

