

Redaksjonell omtale

Innledning

Lov om pasientrettigheter

Rundskriv I-60/2000

Klikk på Innholdsfortegnelse øverst til høyre på siden, for å få lastet ned rundskrivet. Publikasjonen skrives ut kapittelvis, og det lønner seg å bruke funksjonen Fullt vindu som utskriftsformat.

Hoveddel

DEL 1 Innledning

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter er den første pasientrettighetslov i Norge. Loven samler en del bestemmelser som tidligere var spredd i andre lover, blant annet i legeloven og sykehusloven, eller var ulovfestede prinsipper og gir enkelte nye rettigheter for pasienten. Loven skal bidra til fordelingsrettferdighet, både ved å gi rettigheter og ved at disse sikres prosessuelt, og skal ivareta pasientene i møtet med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.

Loven virker ikke alene med denne målsettingen, men er en del av en lovpakke som sammen utgjør et hele. De øvrige lovene er helsepersonelloven, spesialisthelsetjeneste-loven og lov om psykisk helsevern.

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 personellet 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.

Loven regulerer forholdet mellom pasient og helsevesen og setter fokus på pasienten og dennes behov og autonomi. Helsevesenet er avhengig av et grunnleggende tillitsforhold mellom tjenesteyterne på den ene siden og pasientene på den andre siden for å fungere tilfredsstillende.

Dette tillitsforholdet skal ivaretas både gjennom tildelingsbestemmelser og gjennom bestemmelser som gjelder formelle forhold, for eksempel journalinnsynsreglene. Muligheten for klage og overprøving bidrar også til å utvikle dypere tillit mellom pasientene og helsetjenesten.

Loven bygger i stor grad på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys. Helsepersonell og beslutningstakere må sette pasienten først, pasientens integritet og menneskeverd er grunnleggende verdier i de fleste av lovens bestemmelser.

DEL 2 Lov 2. juli 1999 nr. 63 Om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

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.

§ 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.

§ 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.

Kapittel 2. Rett til helsehjelp

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

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

§ 2-2. Rett til vurdering

Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, 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. 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.

§ 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.

§ 2-4. Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpsykiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

§ 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.

Ikke i kraft 1. januar 2001.

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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

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.

§ 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.

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og

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.

§ 4-4. Samtykke på vegne av barn

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

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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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 tilkjennegir 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.

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.

§ 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.

§ 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.

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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

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.

§ 7-2. Klage

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

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

§ 7-3. Klagens form og innhold

Klage til fylkeslegen 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 fylkeslegen en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 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.

§ 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 fylkeslegen etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

§ 7-6. Forvaltningslovens anvendelse

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

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.

§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Alle fylkeskommuner skal ha et pasientombud. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 8-6. Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

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

§ 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.

§ 8-8. Forskrifter

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

Kapittel 9. Ikrafttredelse og endringer i andre lover

§ 9-1. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

I kraft 1. januar 2001 unntatt § 2-5 iflg. res. 1. desember 2000.

§ 9-2. Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft gjøres følgende endringer i andre lover:

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5-16 siste ledd lyde:

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i denne paragrafen, om dekning av utgifter ved valg av sykehus etter pasientrettighetsloven, og om stønad til luftambulansetransport når selskapet ikke har avtale med trygden.

DEL 3 Merknader til loven

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, 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. Det er gjort unntak for dette utgangspunktet i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp § 1. 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 i det lands lovgivning som behandlingen ytes i.

§ 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. Også dersom helsehjelp ytes uoppfordret, eventuelt mot personens vilje, blir personen 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 tilbys 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 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 helse spørsmål, 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 abortinngrep, uttak av organer for transplantasjon og blodgivning omfattes.

Formålet med handlingen kan være av ulik karakter. Med forebygging menes tiltak som tar sikte på å forebygge at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning 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 psykiatrisk.

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.

Sosiale tjenester faller utenfor. Dette får blant annet betydning for rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbruk er et sammensatt problem, og tilbud til denne gruppen gis delvis gjennom helselovgivningen og delvis gjennom sosiallovgivningen. Sosialtjenesteloven (kap. 6) regulerer særlige tjenester til denne gruppen av hjelpetrequende. Hjelpetbehov som følger av helsemessige problemer omfattes av pasientrettighetsloven. Et eksempel kan være behov for avgiftning eller særlige former for avrusing som innebærer medisinsk behandling etter overdose eller akutt alkoholforgiftning.

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, 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, men 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

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

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

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 utfra 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 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. Begrepet helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, jf. § 1-2 bokstav c. Hva som er spesialisthelsetjeneste er ikke definert i lov. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 10 (1998-99)) framgår 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". Det sies videre at "I praksis vil begrepet omfatte de

tjenester fylkeskommunen er pliktig til å yte". Plikten til å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp er lagt til fylkeskommunen. Fylkeskommunens "sørge for ansvar", jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1, strekker seg lenger enn retten til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven, jf. § 2-1 annet ledd. Det betyr at fylkeskommunen har plikt til å yte spesialisthelsetjenester også til pasienter som ikke omfattes av retten til nødvendig helsehjelp.

Vilkårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp fastsatt av Kongen i statsråd 1. desember 2000. Forskriften er gitt med hjemmel i femte ledd. Det vises til forskriften med merknader som er tatt inn bak i dette heftet.

Det følger av annet ledd at helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Denne opplysningsplikten påhviler primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, se § 1-3 bokstav d.

Tredje ledd 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 forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp § 2. Det vises til forskriften med merknader.

Retten til helsehjelp er begrenset til å gjelde innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser kapasiteten setter. Med "offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste" menes helseinstitusjoner som eies og drives av fylkeskommunen og staten. Videre omfattes institusjoner som står på regional helseplan, se spesialisthelsetjenesteloven § 5-3, og som får dekket driftsutgifter etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 annet ledd første punktum. "Andre tjenesteytere" er de privatpraktiserende spesialister som, etter avtale med fylkeskommunen skal yte helsetjenester som det er pålagt fylkeskommunen å sørge for.

Kapasitetsbegrensningen i loven gjelder ikke kapasiteten i fylket eller ved det enkelte sykehus. "Innen de grenser kapasiteten setter" viser tilbake til "offentlig finansiert spesialisthelsetjenesten i riket". Dette forstås slik at det er kapasiteten i den samlede spesialisthelsetjenesten i Norge som er avgjørende. Brudd på retten til nødvendig helsehjelp kan ikke begrunnes med at bostedsfylket ikke har tilstrekkelig kapasitet til selv å yte helsehjelp til vedkommende, dersom det er tilgjengelig kapasitet et annet sted i Norge. Fylkeskommunen har i såfall plikt til å skaffe pasienten tilbud om helsehjelp et annet sted innefor den offentlig finansierte helsetjenesten. Dette er presisert i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp § 3 annet ledd.

Kongen er i femte ledd gitt hjemmel til å gi forskrift om hva som skal ansees som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfrist for gjennomføring av dette. Hjemmelen er som nevnt benyttet til å gi Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp.

§ 2-2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, 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.

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.

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 gjelder uten begrensninger alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Det gjøres altså ingen prioritering mellom pasienter på dette stadiet. De begrensningene som gjelder for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-1, er uten betydning her. Kapasitetsbegrensninger eller kostnadene ved å gjennomføre vurderingen kan altså ikke begrunne at vurderingen ikke ferdigstilles i løpet av 30 virkedager.

Pasienten har rett til å få en medisinsk vurdering av sin helsetilstand. Loven 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 pasientrettighetsloven § 2-1. Det skal for alle pasienter vurderes om de har behov for behandling. Pasienten og pasientens primærlege skal umiddelbart ha beskjed om diagnosen, om sykdommen er alvorlig, behandlingsopplegget og når man planlegger å yte behandlingen. Tidsfastsettelsen er ikke rettslig bindende for fylkeskommunen, men den bør være så presis som mulig. Det skal videre avgjøres om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Den legen som foretar vurderingen av pasienten fatter dette vedtaket.

Vurderingen skal baseres på henvisningen. Henvisningskjema I-0908B/971 benyttes av henvisende lege. Skjemaet ble utarbeidet i forbindelse med ikrafttreddelsen av den tidligere ventetidsforskriften av 19. juni 1997 for å bedre kommunikasjonen mellom henvisende lege og spesialisten. Pasientens plager skal så langt som mulig beskrives ved at opplysninger og symptomer klassifiseres og rubriseres. Videre skal vurderingene fra henvisende lege fremgå av skjemaet. Spesialisten skal på denne måten i størst mulig grad kunne basere sine tilbakemeldinger på skjemaet, uten først å måtte innkalle pasienten til undersøkelse eller innhente ytterligere opplysninger.

Retten til vurdering er ikke bare en rett til å få en formell tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. Den omfatter 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 § 2-3, 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.

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 § 2-3, 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.

Det beror på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-3 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 slik at pasienten kan informeres om dette.

Fylkeskommunen er ansvarlig for at pasienten får oppfylt sin rett til vurdering. Dette er en del av fylkeskommunens plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Avhengig av hvordan den enkelte fylkeskommune har organisert sitt tjenestetilbud, kan rettigheten oppfylles ved at pasienten får sin helsetilstand vurdert av privatpraktiserende spesialist med avtale med fylkeskommunen.

Det følger av pasientrettighetsloven § 7-1 at pasienten, eller dennes representant, kan anmode den som yter helsehjelp om at rettigheten oppfylles. Hvis anmodningen ikke tas til følge, kan det klages til fylkeslegen, 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. Fylkeslegen kan overprøve alle sider av saken. Dersom pasienten gis medhold i klagen skal pasienten få oppfylt sin rett til vurdering. Hvis pasienten imidlertid er uenig i den medisinske indikasjon 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 en 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 kronikere må dette ikke praktiseres strengere enn at retten til fornyet medisinsk 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 forsone seg med diagnosen. Allmennlegen kan imidlertid ikke begrense krav om fornyet vurdering ut fra økonomiske hensyn eller hensyn av utenforliggende karakter. Det betyr at legen må ha saklig grunn for å la være å henvise en pasient til fornyet vurdering.

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 såfall utarbeides et behandlingsopplegg. Legen som foretar vurderingen må avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 annet ledd.

Allmennlegen kan henvise pasienten til institusjoner som er omfattet av retten til fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4 og privatpraktiserende spesialist som fylkeskommunen har inngått avtale med om dette. Ved henvisning til sykehus må pasientens bostedsfylke dekke utgiftene ved den nye vurderingen etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-6.

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 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. Pasienten vil imidlertid ikke ha rett til nødvendig helsehjelp i tilfeller hvor den vurderingen som legges til grunn for henvisningen ikke gir en slik rett.

Det følger av § 7-1 at pasienten, eller dennes representant, kan anmode den som yter helsehjelp om at rettigheten oppfylles. Hvis anmodningen ikke tas til følge, kan det klages til fylkeslegen, 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. Fylkeslegen 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 offentlig sykehus eller distriktpspsykiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten har ikke rett til å velge behandlingsnivå.

Merknader til § 2-4

Retten til fritt sykehusvalg oppstår i forbindelse med planlagt behandling innenfor psykiatrien og somatikken. Pasienten kan velge sykehus både når det gjelder vurdering og behandling.

Med «offentlig» forstås institusjoner som inngår i regional helseplan, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 og får dekket driftsutgiftene dekket av det offentlige. Poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentra som fysisk sett ligger utenfor sykehusets område vil være inkludert i det frie sykehusvalg, så lenge de organisatorisk er en del av et offentlig sykehus. Videre gjelder fritt sykehusvalg distriktpspsykiatriske sentra som ikke er organisert som en del av et offentlig sykehus. Barne- og ungdomspsykiatrien er imidlertid holdt utenfor.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå. Retten til fritt sykehusvalg innebærer ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for.

I prioriteringen mellom pasienter fra eget fylke og andre fylker 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 bostedsfylke. Det er et unntak fra dette. Sykehuset kan i noen tilfeller avvise pasienter de ikke har ansvar for å behandle etter den regionale helseplanen. Det er et vilkår at sykehuset står i fare for å ikke kunne innfri retten til vurdering, jf. § 2-2, eller retten til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 annet ledd, overfor pasienter de har ansvar for å yte helsehjelp til etter den regionale helseplanen. Dersom pasienter skal avvises, må det gjøres før pasienten er registrert på ventelisten. Når sykehuset har registrert pasienten på ventelisten, har det påtatt seg en forpliktelse til å yte den helsehjelpen pasienten er henvist for.

Pasientens bostedsfylke skal dekke utgiftene til behandlingen etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-6. Det er ikke en forutsetning at utgiftene er godkjent på forhånd.

Informasjon om fritt sykehusvalg kan fås på grønt nummer 800 41 004 eller på hjemmesiden til Norsk Pasientregister. Departementet har gitt rundskriv om fritt sykehusvalg som er inntatt i dette rundskrivet.

§ 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.

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 i behandlingen for pasienten. Således skal planen angi hva slags behandling pasienten kan forventes å få og til hvilken tid.

Bestemmelsen har ikke trådt i kraft 1. januar 2001.

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 behandelende helsepersonellet. I det ovennevnte eksempelet bør helsepersonellet gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste.

Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet frita 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 andre enn pasienten under visse forutsetninger rett til å medvirke. En slik medvirkningsrett anses naturlig dersom pasienten er umyndig eller ikke kan ivareta sine interesser på grunn av psykiske forstyrrelser eller lignende, eller dersom pasienten har utpekt en representant som for eksempel pårørende eller verger.

Det fremgår av *trede ledd* at medvirkningsretten også innebærer at pasienten kan bestemme at andre personer skal delta under undersøkelsen eller behandlingen. Det kan for eksempel gjelde farens deltakelse under fødsel, en kommuneansatts deltakelse ved undersøkelse av en person med psykisk utviklingshemning eller studenter og tolker. Pasienten kan også nekte at andre personer deltar.

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. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. I helseinstitusjon skal det utpekes en person som skal gi informasjon, se helsepersonelloven § 10 første ledd. 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. Den som er utpekt som ansvarlig for å gi informasjon i helseinstitusjon, har ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen tilfredsstillende de kravene 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 spesialist-helsetjenesteloven § 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. 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 om legemidler, og bruken av dem, fra apoteket. Informasjonskravet må imidlertid avpasses etter situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelse 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 å ikke bli informert. Retten til å nekte å motta informasjon kan imidlertid ikke gjelde uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre av den helsehjelp som gis kan tilsa å gi informasjon til pasienten selv om pasienten ikke ønsker dette. 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 tilsa 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 andre 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*. § 3-2 fjerde ledd 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 § 2-8. 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 nærmeste pårørendes 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. Bestemmelsen er en videreføring av legeloven § 26 første ledd.

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 annet ledd. 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 hvilke informasjon som er gitt til pårørende. Også i tilfeller hvor pårørende ikke er representant 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. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett etter legeloven § 26 andre ledd, med aldersgrensen 16 år, jf. § 4-3 og merknadene til denne. Hovedregelen er at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten er under 16 år. Barn 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, hvor blant annet opplysning fra helsevesenet er nevnt. Dette gjelder opplysninger som ikke på annet grunnlag er undergitt taushetsplikt. Informasjonsplikten inntretr 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 dette.

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 unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år.

Mer alvorlige psykiske lidelser, særlig hvis det er fare for selvskading eller redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader på grunn av kriminelle handlinger, er eksempler på situasjoner der helsepersonell ikke kan unnlate å informere foreldrene eller andre med foreldreansvaret. 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 blant annet være opplysninger om selvmords-fare, 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, og derigjennom fosterforeldre eller institusjon få nødvendig kunnskap om barnets helse og medisinske behandling. Av *fjerde ledd* fremgår det således at barnevern-tjenesten 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. De med særlige behov for tilpasset informasjon vil gjerne være barn, personer som har redusert eller manglende evne til å ivareta sine interesser, personer fra minoritetskulturer og personer med manglende kunnskaper i norsk. Det er behandlingsansvarlig helsepersonell som har ansvaret for å tilrettelegge eller gi informasjonen. I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig 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.

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 speiler de generelle taushetspliktsbestemmelsene etter helsepersonelloven § 21. Personvern hensyn tilsier imidlertid 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. 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 hun eller han 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 helse-tilstand 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 sider av helsemessig virksomhet 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.

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 svarer på kravene i § 3-2, mens det for spesielle situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelse må være tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. I øyeblikkelige 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. Pasienten skal i slike situasjoner sikres at samtykke til en behandling som vil gi positive følger, 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 fortsette sitt opprinnelige forsett. 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 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 i den forstand en saksbehandlingsregel.

Første ledd slår fast den praktiske hovedregelen om samtykke ved konkludent adferd. Det vil si at pasienten ved sin handlemåte tilkjennevir 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; blodprøve kan da 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 forøvrig 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 påregnelige 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 risikofyllt behandling og behandling som er irreversibel, herunder plastisk kirurgi.

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 at det 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, jf. "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. Ansvarer kan legges til pasientansvarlig lege der dette er opprettet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7. 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.

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.

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. 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.

§ 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. Det er slått fast at det er foreldrene eller andre med foreldreansvaret som har bestemmelsesretten i saker som angår helsehjelp.

I henhold til *annet ledd* skal avgjørelser om helsehjelp tas av barneverntjenesten dersom omsorg for barn mellom 16 og 18 år er fratatt foreldrene etter barnevernloven

§ 4-8 eller § 4-12, se merknadene til § 4-4.

Dette gjelder imidlertid ikke for tiltak som ungdommen motsetter seg, jf. *tredje ledd*. For at tiltak som ungdom uten samtykkekompetanse motsetter seg skal kunne iverksettes, kreves hjemmel i lov. Foreldrene kan således ifølge første ledd gyldig samtykke til tiltaket, men dersom ungdommen motsetter seg dette ved iverksettelsen, kan det ikke gjennomføres på bakgrunn av foreldrenes samtykke. Det presiseres imidlertid at nødrettsbestemmelsen i helsepersonelloven § 7 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/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* er det gitt hjemmel for såkalt representert samtykke, det vil si at samtykke fra pasientens nærmeste pårørende kan legges til grunn som pasientens eget. Stortingets sosialkomite uttalte i innstillingen til Odelstinget under behandlingen av loven at helsepersonellet har hjelpeplikt med mindre det er helt åpenbart at pasienten har truffet en veloverveid beslutning om det motsatte, se § 4-9.

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 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.

§ 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 tilkjennegir 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 "oppeve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp.

Første ledd gjelder bare for bestemte typer helsehjelp, nemlig helsetjeneste 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 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 tilkjennegir 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 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, cardex, pleieplaner og andre skriftlige nedtegnelser. Alle former for journal omfattes av innsynsretten, også EDB-baserte pasientjournaler. Helsepersonellens 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.

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 til av hensyn til pasienten selv, vil avgjørelsen om å nekte innsyn i journal hvile 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 litt 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. Utvidelsen av innsynsretten vil bare bli gitt virkning fremover i tid.

Etter *tredje ledd* kan pasienten utpeke en representant som skal ha innsyn i de delene 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 første ledd annet punktum. 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 foreligger. "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.

§ 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 bestemmelse 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 feil, mangelfulle opplysninger eller utilbørlige utsagn, skal helsepersonellet rette slike opplysninger ved ny journalføring eller datert rettelse.

Dersom slike opplysninger i tillegg kan være belastende for pasienten, skal opplysningene slettes hvis pasienten krever det. 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.

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, for eksempel etter utskrivning fra sykehus hvor primærhelsetjenesten får etterfølgende behandlingsansvar. 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.

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. Foreldrene har 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 lov om barn og foreldre (barnelova) 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. 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 helsepersonell

overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan. Pasientens pårørende vil ha rett til anmode om oppfyllelse der de opptrer som pasientens representant. Det er tilstrekkelig at en slik anmodning fremsettes muntlig.

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 overprøvet. Vedtak om å nekte å gi nødvendig helsehjelp 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 gjenstand 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 påtales 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.

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 fylkeslegen. Klagen sendes til fylkeslegen.

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 fylkeslegen for avgjørelse. Kommuner og fylkeskommuner kan imidlertid bestemme at klager skal sendes via et kommunalt eller fylkeskommunalt organ. Et slikt organ kan omgjøre avgjørelsen til gunst for pasienten, jf. forvaltningsloven § 35.

Etter *første ledd* kan klager sendes til fylkeslegen både når den som yter helsehjelp avviser anmodningen og når vedkommende mener at reglene er overholdt. Det skal også kunne klages til fylkeslegen i tilfeller der den som yter helsehjelp nekter å foreta en ny vurdering av saken. Dette innebærer blant annet at det kan klages til fylkeslegen i tilfeller der den som yter helsehjelp avviser klagen fordi klagefristen er utløpt.

Det følger av *annet ledd* at § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende.

§ 7-3 Klagens form og innhold

Klage til fylkeslegen 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 fylkeslegen en kort frist for rettelse eller utfylling.

Merknader til § 7-3

I utgangspunktet gjelder forvaltningslovens bestemmelser så langt de passer for fylkeslegens klagebehandling, se § 7-6. Ut fra informasjonshensyn og sammenhengen med de øvrige bestemmelsene i kapitlet er det imidlertid i § 7-3 inntatt en egen bestemmelse med minstekrav til klagens form og innhold. Klagen til fylkeslegen skal være skriftlig og undertegnet av pasienten eller dennes representant. Det vil være i klagerens egen interesse at klagen grunngis 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 fylkeslegen 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 fylkeslegen 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 fylkeslegen avvise klagen. Fylkeslegen fatter da enkeltvedtak som førsteinstans. I disse tilfellene gjelder de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Dette betyr at avgjørelsene kan påklages.

§ 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 illegge 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 lov om helsepersonell. Pasienter eller pårørende som mener helsepersonell har utført sine tjenester på en lite tilfredsstillende måte, kan henvende seg til fylkeslegen. Som eksempel på grunnlaget 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 fylkeslegen. 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.

§ 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 fylkeslegen 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 fylkeslegen 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 oversittet 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 fylkeslegens behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

Merknader til § 7-6

Forvaltningslovens regler om behandling av enkeltvedtak og klage gjelder for fylkeslegens behandling i klagesaker så langt de passer. Dette innebærer blant annet at fylkeslegen 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 fylkeslegens behandling av klagesaker etter kapittel 7.

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

Kapittel 8 Pasientombud

§ 8-1 Formål

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

Merknader til § 8-1

Pasientombudene har to formål. Det ene er å være pasientens talerør og ivareta pasientinteressene og deres rettssikkerhet overfor helsetjenesten, enten det gjelder enkeltpersoner eller grupper av pasienter med sammenfallende behov. Det andre er å arbeide for å bedre kvaliteten i helsetjenesten, da pasientombudet gjennom sitt arbeid vil kunne få kjennskap til strukturelle forhold og gjentatte negative hendelser.

Pasientombudet 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 relevante aktører, f.eks fylkeslege, sosial- og trygdeetat, fylkesråd og Forbrukerråd m.fl., med tanke på både samarbeid og avgrensning av oppgaver.

§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Alle fylkeskommuner skal ha et pasientombud. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Merknader til § 8-2

Bestemmelsen lovfester at det skal være et pasientombud i hver fylkeskommune. Det er fylkeskommunen som er ansvarlig for pasientombudsordningen og har ansettelsesmyndighet, herunder myndighet til å vurdere kvalifikasjonskrav, samt finansieringsansvar. Fylkeskommunen skal dekke alle utgifter til ombudets virksomhet. Pasientene skal ikke betale for denne tjenesten, heller ikke betale egenandel.

Pasientombudets arbeidsområde er den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette begrepet er ikke entydig, men omfatter i utgangspunktet alt som har med syke mennesker å gjøre som krever behandling av spesialist. 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 fylkeskommunen ikke kan inngå 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.

Annet ledd slår fast pasientombudenes faglige selvstendighet og uavhengighet. Denne uavhengigheten er en nødvendig forutsetning for at ombudene skal kunne ivareta sine oppgaver. Fylkeskommunen kan ikke instruere ombudet i enkeltsaker. Pasientombudet skal også ha eget budsjett og stå fritt til å organisere sin interne virksomhet innenfor de rammer fylkeskommunen 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 både muntlig eller skriftlig. Det stilles ingen formkrav, heller ikke for at pasientombudet skal behandle saken.

Ombudet kan også ta opp saker på eget initiativ, f. eks 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, dvs om det er grunnlag for handling eller respons fra ombudets side, f. eks. 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 Merknader 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, f. eks private spesialister som har driftsavtale med fylkeskommunen. 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 kan motta slike 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 mht 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 hovedanliggende for ombudets virksomheten 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, f. eks 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 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 fylkeskommunen å sørge for at ombudet har arbeidsvilkår slik at ordningen kan gjøres kjent, mao 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 mht bekjentgjøring.

§ 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.

DEL 4 Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Fastsatt i kongelig resolusjon av 1. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter § 1-2 første ledd og § 2-1 femte ledd.

§ 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*

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 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 aktiv 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.

§ 3 Frist for nødvendig helsehjelp

Pasienter som oppfyller vilkårene i § 2 har rett til helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever.

Bostedsfylket skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2 i denne forskriften, får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den tid som følger av første ledd. Dersom helsehjelpen ikke kan ytes innen fristen av de institusjoner som har ansvar for tilby den aktuelle helsehjelpen etter den regionale helseplanen, se spesialisthelsetjenesteloven § 5-3, skal pasientens bostedsfylke sørge for at pasienten får tilbud om nødvendig helsehjelp et annet sted. Dette gjelder bare innen offentlig finansiert institusjon i riket eller fra en annen tjenesteyter som fylkeskommunen har inngått avtale med om yting av slik helsehjelp.

§ 4 Endring av denne forskriften

Departementet kan endre denne forskrift.

§ 5 Overgangsregler

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

§ 6 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2001. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 27. juni 1997 om ventetidsgaranti.

DEL 5 Merknader til forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp

Merknader til § 1 Virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2

I utgangspunktet gjelder pasientrettighetsloven for alle som oppholder seg i riket. Det er imidlertid i denne bestemmelsen gjort et 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 Rett til nødvendig helsehjelp

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 fylkeskommunen plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i fylket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. 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 kumulative vilkår som 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 et 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 aktiv medisinsk behandling. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter ikke eksperimentell eller utprøvende behandling.

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. Pasientens diagnose er i og for seg uten betydning. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter ha rett til nødvendig helsehjelp og andre ikke.

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 skal pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, ha rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. 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 følger videre av bestemmelsen at det skal vurderes om det er behov for helsehjelp og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. I denne vurderingen må det tas stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Legen som foretar vurderingen av pasienten skal fatte vedtak om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det må i vurderingen gis informasjon om når behandling forventes å bli gitt. Denne tidsangivelsen er ikke bindende for helsetjenesten.

Det fremgår av § 2-2 om rett til vurdering 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 helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-3 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.

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 at retten til nødvendig helsehjelp gjelder i virksomhet hvor det offentlige dekker driftsutgiftene og andre tjenesteytere i den utstrekning pasientens bostedsfylke har inngått avtale med disse om tjenesteyting. Retten gjelder innen de grenser som kapasiteten på landsbasis setter. Dette innebærer at hvis fylkeskommunen ikke har kapasitet innen eget fylket, skal fylkeskommunen skaffe tilbud om helsehjelp ved offentlige institusjoner i andre fylkeskommuner eller fra en tjenesteyter som fylkeskommunen har inngått avtale med for å oppfylle sin plikt til å sørge for nødvendig helsetilbud. Forutsetningen er at det foreligger ledig kapasitet i Norge.

Merknader til § 3 Tidsfrist for nødvendig helsehjelp

Det er ikke satt en generell frist for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp. Behandlingen pasienten har krav på må ytes til den tiden medisinsk forsvarlighet krever. Pasienten har rett til behandling som oppfyller nyttekriteriet i forskriftens § 2 første ledd nummer 1. Det nærmere innholdet i rett til nødvendig helsehjelp må altså fastlegges for den enkelte pasient. Helsehjelpen må ytes på et tidspunkt hvor man ved aktiv medisinsk behandling oppnår forbedring av pasientens helsetilstand, unngår at tilstanden forverres eller at behandlingsmuligheter går til

spille. Tidspunktet for når fristen er brutt vil bero på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn. Den opplysningen pasienten får i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 om når man planlegger å yte helsehjelpen er ikke avgjørende for vurderingen. Pasienten vil ofte bli tilbudt behandling før den tid medisinsk forsvarlighet krever det. Det er først når grensen for det forsvarlige er overtrådt at fristen er brutt.

Det er pasientens bostedsfylke som skal sørge for at pasienten får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. På grunn av ordningen med regionale helseplaner, se spesialisthelsetjenesteloven § 5-3, vil også andre institusjoner enn de bostedsfylket eier og driver i praksis kunne ha ansvar for å oppfylle pasientens rettighet. Dette gjelder særlig sykehus med regionsfunksjoner, men det vil også kunne gjelde andre sykehus avhengig av helseplanen i den aktuelle regionen.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder innen de grenser som kapasiteten setter, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 tredje ledd. Det er kapasiteten innen den offentlige spesialisthelsetjenesten i riket og hos andre tjenesteytere i den utstrekning pasientens bostedsfylke har inngått avtale med disse om tjenesteyting, som vil være avgjørende i denne sammenheng. Dersom den institusjonen eller tjenesteyter som mottar henvisningen ikke kan tilby nødvendig helsehjelp innen fristen, har således pasientens bostedsfylke plikt til å skaffe tilbud om helsehjelp ved annen offentlig finansiert institusjon i Norge (det vil si institusjon som inngår i en regional helseplan, se spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 jf. § 6-1 annet ledd første punktum) eller fra en tjenesteyter som fylkeskommunen har inngått avtale med for å oppfylle sin plikt til å sørge for nødvendig helsetilbud.

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.

Merknader til § 4 Endring av denne forskriften

Bestemmelsen innebærer at departementet er delegert kompetanse til å foreta endringer i forskriften her.

DEL 6 Rundskriv om fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4

Rundskriv I-53/2000

Rundskriv om fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4

Pasientrettighetsloven § 2-4

Pasientrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten til fritt sykehusvalg er en av flere rettigheter i pasientrettighetsloven kapittel 2 som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. Formålet er videre å sikre økt medbestemmelse for pasienten. Det er et

mål å forene likhetsverdiene med økt valgfrihet og samtidig ivareta hensynet til geografisk fordeling og fylkeskommunenes behov for å planlegge tjenestetilbudet. Fylkesgrensene fjernes som barriere for en hensiktsmessig og god ressursutnyttelse. Ledig kapasitet ved sykehus i et fylke vil kunne utnyttes av pasienter fra andre fylker.

Hvilke sykehus omfattes av retten til fritt sykehusvalg

Retten til fritt sykehusvalg omfatter offentlige sykehus og distriktpsykiatriske sentra i og utenfor pasienten sitt bostedsfylke. Med offentlige institusjoner menes institusjoner som inngår i regional helseplan, se spesialisthelsetjenesteloven § 5-3, og får driftsutgiftene dekket av det offentlige. Sykehus som eies og drives av fylkeskommunene og staten omfattes. Private sykehus omfattes i utgangspunktet ikke av retten til fritt sykehusvalg, med unntak av sykehus som står på regional helseplan og får dekket driftsutgifter etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 annet ledd første punktum. De viktigste av dem er Lovisenberg diakonale sykehus, Menighetssøsterhjemmets sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Diakonissehjemmets sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatisme sykehus, LSR Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus og Orkdal sanitetsforenings sjukehus.

Selv om dette ikke følger av § 2-4, er loven ikke til hinder for at andre private sykehus omfattes av fritt sykehusvalg. Dette forutsetter imidlertid at dette vedtas i forbindelse med behandling av regional helseplan og at de aktuelle sykehusene ønsker en slik ordning.

Utenlandske institusjoner er ikke omfattet av retten til fritt sykehusvalg.

Poliklinikker er omfattet av retten til fritt sykehusvalg dersom de organisatorisk er en del av sykehuset. Dette gjelder selv om poliklinikken fysisk ligger utenfor sykehusets område. Det avgjørende er om den organisatorisk er en del av et offentlig sykehus. Disse poliklinikkene kjennetegnes ved at spesialistene som arbeider der har et ansettelsesforhold til sykehuset.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter både psykiatri og somatikk, men gjelder ikke innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå

Retten til fritt sykehusvalg gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsnivå. Pasienten kan ikke velge mer spesialisert behandling enn pasienten er henvist for. Det avgjørende her er hvilket behandlingsnivå behandlingen ytes på. Behandling som gis på lokalsykehusnivå kan for eksempel velges på alle sykehus som har lokalsykehusfunksjon i det aktuelle fagområdet. Dersom tilstanden tilsier utredning og behandling på lokalsykehusnivå, kan pasienten ikke velge dette på regionsykehusnivå.

Når kan man benytte retten til fritt sykehusvalg

Retten til fritt sykehusvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling innenfor psykiatri og somatikk. I øyeblikkelig hjelp situasjoner har man ikke rett til å velge sykehus selv. Retten til fritt sykehusvalg oppstår allerede når primærlegen skal henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Pasienten kan velge både hvor vurdering og behandling skal skje. Når retten til fornyet vurdering etter pasientrettighetsloven benyttes, kan pasienten også velge hvilket sykehus som skal foreta den.

Pasienten kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg ved de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurdering av pasientens helsetilstand kan skje på et sykehus og behandlingen ved et annet. I en del tilfeller kan det være aktuelt at deler av behandlingen utføres ved et sykehus og andre deler ved et annet, for eksempel operasjon i et sykehus og rehabilitering i et annet.

Sykehusets prioriteringer

I prioriteringen mellom pasienter er utgangspunktet at alle pasienter vurderes etter et medisinskfaglig forsvarlig skjønn. Prinsippene for prioritering av pasienter, som er beskrevet av Lønning II-utvalget i NOU 1997: 18, vil være førende for skjønnet. Grunnleggende helsetjenester skal prioriteres foran utfyllende tjenester. Lavt prioriterte tjenester skal bare ytes etter at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (jf. pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd) har fått den helsehjelpen de har krav på.

Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Fra dette utgangspunktet er det ett unntak. Sykehuset har anledning til å avvise pasienter som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg når det må prioritere de rettighetspasientene det har ansvar for å vurdere og behandle etter regional helseplan. Dette ansvaret omfatter i tillegg til pasienter fra eget fylke, pasienter fra andre fylker når det følger av den regionale helseplanen at sykehuset har ansvar for å yte helsehjelp til disse pasientene. Dette begrenser seg ikke til sykehus med regionsfunksjoner. Det kan også gjelde helsehjelp som ytes på et lavere funksjonsnivå. For å kunne avvise en pasient som ønsker å benytte retten til fritt sykehusvalg, er det et krav at sykehuset ved å motta pasienten ikke vil klare å oppfylle retten til vurdering (jf. pasientrettighetsloven § 2-2) eller retten til nødvendig helsehjelp (jf. § 2-1 annet ledd) overfor de pasientene institusjonen har ansvar for etter den regionale helseplanen.

Anledningen til å avvise pasienter gjelder bare inntil pasienten er registrert på venteliste. Ved å registrere en pasient på venteliste forplikter institusjonen seg til å yte helsehjelp til vedkommende innenfor de tidsrammer kravet til forsvarlighet setter. Dette innebærer at sykehuset før registrering på venteliste må vurdere om institusjonen har tilstrekkelig kapasitet til å vurdere eller behandle den aktuelle pasienten og samtidig oppfylle sine oppgaver etter den regionale helseplanen. Pasientene prioriteres på to nivåer, først ved vurdering av om pasienten skal tilbys helsehjelp og settes på ventelisten. På dette nivået er det anledning til å nedprioritere en pasient som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg når manglende kapasitet gjør det nødvendig, jf. avsnittet over. På neste nivå prioriteres det mellom de pasienter institusjonen har tilbudt helsehjelp og registrert på ventelisten. Her kan bare forsvarlige medisinskfaglige vurderinger tillegges vekt.

Når institusjonen påtar seg å vurdere en pasient etter pasientrettighetsloven § 2-2, som den ikke har ansvar for å yte helsehjelp til etter den regionale helseplanen og registrerer pasienten på ventelisten, innebærer ikke dette en plikt til siden å yte den pasienten behandlingen. Det betyr at sykehuset på grunn av kapasitetsproblemer kan avvise en pasient som tidligere er vurdert av

institusjonen. Har pasienten blitt vurdert som "rettighetspasient" i henhold til § 2-1 annet ledd har hjemfylket plikt til å oppfylle rettigheten.

Ventelisteregistrering

Institusjonenes plikt til å føre ventelister følger av Forskrift om ventelisteregistrering § 3. Det er fortsatt viktig at sykehusene fører ventelister. Det tekniske innholdet i ventelisteregistreringen vil ikke endre seg. Det vil si at dagens ventsys-record beholdes nesten uendret. Den eneste forskjellen blir at tittelen på feltet behandlingsgaranti erstattes med rett til helsehjelp. Det er svært viktig for oppfølging av retten til helsehjelp at sykehusene registrerer om en pasient har rett til helsehjelp.

Ventelisteregistreringen har også en sentral funksjon i den enkelte institusjons planlegging av sitt tjenestetilbud. Som beskrevet over i punkt 5, er registrering på ventelisten ensbetydende med at sykehuset tar på seg en forpliktelse til å vurdere eller behandle pasienten i henhold til henvisningen. Pasienten kan bare stå på venteliste ett sted av gangen, og henvisende lege skal bare sende henvisningen til en institusjon av gangen. Institusjonen må avgjøre om den har kapasitet til å vurdere eller behandle pasienten før en pasient som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg, registreres på ventelisten. Avgjørelsen må treffes straks etter at institusjonen har mottatt henvisningen. Når institusjonen avviser en henvisning skal henvisningen returneres til henvisende lege umiddelbart. Pasienten må også raskt få vite at han ikke vil få et tilbud om helsehjelp fra den institusjonen han har valgt, slik at alternative behandlingssteder kan kontaktes.

Informasjonsgrunnlaget

7.1 Generelt

Retten til fritt sykehusvalg skal som nevnt over tjene flere formål. Etter departementets vurdering er det imidlertid et hovedformål med det frie sykehusvalget at pasienter skal kunne velge sykehus med ledig kapasitet, slik at ikke bosted begrenser pasientenes muligheter til å komme raskt til behandling ved offentlige sykehus i Norge.

Departementet har prioritert å skaffe frem informasjon om hvilke sykehus som har kortest ventetider for vanlige inngrep for ventelistepasienter i Norge. Dette vil bli gjort gjennom et eget prosjekt i Norsk pasientregister, som vil legge ut ventetidsinformasjon for et begrenset antall inngrep. Det skal også legges opp en rutine der sykehusene også kan kommentere sine ventetider. Denne informasjon vil altså bli gjort tilgjengelig på internett. Leger uten tilgang til internett vil kunne få tilsendt en papirversjon som oppdateres tre ganger per år. Det vil også være mulig å ringe grønt nummer (800 41 004) for å få tilgang til ventetidsinformasjon og annen informasjon om ordningen. Dette er omtalt nærmere nedenfor.

Pasienter har også et legitimt ønske om å velge sykehus ut fra kvalitet i behandling og kvalitet på ikke-medisinske tjenester. Sosial- og helsedepartementet arbeider sammen med flere forskningsinstitusjoner og Kommunenes Sentralforbund om å utvikle indikatorer for kvalitet i sykehusene. Når disse indikatorene er ferdig utviklet vil de bli offentliggjort som forskning og offentlig statistikk om sykehussektoren. Departementet mener imidlertid at kvalitetsindikatorer må igjennom en tidkrevende prosess med debatt, prøving og feiling før disse er gode nok til at de kan anbefales brukt som informasjonsgrunnlag for pasienters valg av sykehus. Samtidig må det

understrekes at departementet ønsker at pasientene så snart som mulig skal kunne benytte kvalitetsindikatorer som utgangspunkt for sine sykehusvalg.

7.2 Ansvar for informasjon

Eieren av helseinstitusjon har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-8 plikt til å gi den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter.

En vesentlig forutsetning for reell valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon om ventetiden, ved sykehusene det er aktuelt å velge blant. Informasjonen må være oppdatert, relevant for brukernes problem, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den.

Ansvar for å legge forholdene til rette for at pasienten får slik informasjon påligger eierne av de institusjoner som omfattes av retten til fritt sykehusvalg. Det omfatter innhenting og tilrettelegging av data om ventetider og formidling av informasjonen.

7.3 Veiledning om fritt sykehusvalg på internett

Som nevnt samarbeider departementet med SINTEF-Unimed om en egen internettportal for fritt sykehusvalg. Portalen vil både inneholde generell informasjon om fritt sykehusvalg og en rapportgenerator som vil vise ventetidene for et utvalg av de vanligste inngrepene ved landets sykehus. SINTEF-Unimed samarbeider nå med et utvalg sykehus for å gjøre informasjonen best mulig. Innen 1. januar 2001 skal sykehusene ha fått mulighet til å korrigere den historiske ventetidsinformasjonen med egne anslag over ventetider fremover i tid. Denne informasjonen vil ligge åpent tilgjengelig for alle (www.sykehusvalg.nett). I tillegg vil det bli distribuert en papirutgave, eventuelt e-post, til legekantor som ikke har tilgang til internett.

Departementet legger til grunn at den elektroniske informasjonstjenesten vil være et støtteverktøy for personer som besvarer henvendelser om fritt sykehusvalg. Rapportgeneratoren vil i utgangspunktet dekke bare en del av behandlingstilbudet. Det vil imidlertid alltid være en betydelig andel av pasientene som ikke vil finne ventetiden for den behandlingen de har behov for i en rapportgenerator. Mye av informasjonen om det finnes ledig behandlingstilbud, må derfor gis av det enkelte sykehus direkte eller gjennom de regionale informasjonstelefonene som omtales nedenfor.

7.4 Veiledning i regi av helseregionene

Den elektroniske informasjonen suppleres med en telefonisk informasjonstjeneste. Her kan en få veiledning om retten til fritt sykehusvalg.

Fylkeskommunene skal både sørge for at pasientene får anledning til å velge sykehus og tilstrekkelig informasjon for valg av sykehus. Sosial- og helsedepartementet henstiller alle fylkeskommuner om å arbeide videre med en regionalisert informasjonstjeneste for fritt sykehusvalg.

Det er den enkelte fylkeskommune som har informasjonsplikt. Formelt står fylkeskommunene fritt til å delegere denne oppgaven til de regionale helseutvalg.

7.5 Felles grønt telefonnummer

Helseregion sør har et grønt telefonnummer til sitt informasjonskontor. Sosial- og helsedepartementet vil overta driftsansvaret for dette (800 41 004) som et felles telefonnummer for hele Norge om fritt sykehusvalg. I utgangspunktet er denne løsningen planlagt ut fra en regionalisert svartjeneste, slik at innringere automatisk settes over til den regionen de ringer fra. Dersom den nærmeste regionen ikke kan besvare henvendelsen, kan innringeren bli satt over til en annen region

7.6 Ansvar og finansiering

Sosial- og helsedepartementet legger opp til at informasjonsoppgaver på nasjonalt nivå er departementets ansvar, også økonomisk. Dette gjelder den nasjonale internettportalen for fritt sykehusvalg, informasjonsmateriell til publikum og det felles grønne telefonnummer. Fylkeskommunene må på sin side ta ansvar for å etablere en form for publikumsveiledning, fortrinnsvis i regi av de regionale sekretariatene

Departementet forutsetter at den regionale svartjeneste finansieres som et helseregionalt samarbeidstiltak, mens driftsutgiftene til selve telefonnummeret og innringernes tellerskritt finansieres av Sosial- og helsedepartementet. I tillegg påligger det altså en generell plikt for hele helsetjenesten å gi pasienter informasjon og veiledning slik at de kjenner sine rettigheter og har informasjon nok til å gjøre bruk av dem.

Den henvisende legens rolle

Primærlegen vil normalt være den som henviser pasienten til sykehus. Gjennom dette vil primærlegen 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 fins, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg.

Henvisende lege vil ha en rolle som koordinator. Primærlegen vurderer om det er behov for henvisning til sykehus, og henviser pasienten til det sykehuset pasienten velger. Det er forutsatt at pasienten bare skal stå på venteliste et sted av gangen. Som koordinator bør henvisende lege ivareta at det bare sendes henvisning til et sykehus av gangen. Dersom pasienten får tilbud om behandling fra et annet sykehus bør henvisende lege sikre at dette meldes til det første sykehuset.

Finansiering av behandlingen

Når pasienten har benyttet retten til fritt sykehusvalg, har pasientens bostedsfylke en ubetinget plikt til å dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Dette følger av spesialisthelse-tjenesteloven § 6-6 og bestemmelser gitt i medhold av denne.

Egenbetaling av reiseutgifter

Folketrygden yter stønad til reiseutgifter ved fritt sykehusvalg. Pasienten må betale en egenandel på opptil 200 kroner for hver enkeltreise. Det vil si opptil 400 kroner for en tur-retur reise. Egenandelen går ikke inn under ordningen med egenandelstak.

Vedlegg