

# Innst. O. nr. 91.

(1998-99)

## Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp. nr. 12 (1998-99).

Til Odelstinget.

### 1. SAMMENDRAG

#### 1.1 Innledning

Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag til ny lov om pasientrettigheter.

For å styrke pasientens rettslige stilling foreslås lovfestet:

- rett til vurdering
- rett til fornyet vurdering
- rett til valg av sykehus
- rett til medvirkning og informasjon
- rett til å samtykke til helsehjelp
- rett til innsyn i journal
- særlige rettigheter for barn
- pasientombudsordningen

Det framholdes at pasientrettighetsloven er en generell lov, og at særbestemmelser i annen spesiallovgivning som vil gå foran pasientrettighetsloven i kraft av å være spesialregler, i det vesentlige foreslås opprettholdt.

#### 1.2 Bakgrunn

Det redegjøres i proposisjonen for tidligere dokumenter om pasientrettigheter som NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter, St.meld. nr. 50 (1993-94), (jf. Innst. S. nr. 165 (1994-95)), NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge, NOU 1997:18 Prioriteringer på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste, St.meld. nr. 44 (1995-96) (jf. Innst. S. nr. 27 (1996-97)), St.meld. nr. 23 (1996-97) (jf. Innst. S. nr. 215 (1996-97)) St.meld. nr. 24 (1996-97) (jf. Innst. S. nr. 237 (1996-97)), St.prp. nr. 61 (1997-98) (jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98)), St.prp. nr. 63 (1997-98) (jf. Innst. S. nr. 222 (1997 - 98)) og lovforslag fra Norsk Pasientforening.

Sosial- og helsedepartementet sendte i august 1997 høringsnotat til lov om pasientrettigheter på høring med høringsfrist i november 1997. Om lag 150 instanser svarte på høringsbrevet. I tillegg er det kommet uttalelse fra enkelte privatpersoner. Det redegjøres for hovedinnholdet i høringsnotatet. Høringsinstansene ble spesielt anmodet om å uttale seg om rett til nødvendig helsehjelp og rett til å nekte/avslutte behandling. I tillegg ble høringsinstansene bedt om å kommentere de økonomiske og administrative konsekvensene særskilt.

De fleste høringsinstansene har kommentert rett til nødvendig helsehjelp, og et stort flertall går inn for alternativet som ikke knytter retten til helsehjelp til en bestemt tidsfrist, men lar det være opp til en individuell vurdering når helsehjelpen skal ytes. Om lag en tredjedel av høringsinstansene har kommentert reglene om rett til å nekte/avslutte behandling, og det store flertall av disse slutter seg i hovedsak til forslaget i høringsnotatet om regler som hjemler adgang til å avslutte behandling eller at pasienten kan nekte å motta livsnødvendig behandling på nærmere fastsatte vilkår selv om pasienten er i en nødrettssituasjon. En tredjedel av høringsinstansene har kommentert reglene om rett til selvbestemmelse, og et stort flertall av disse er i hovedsak positive til lovutkastet. De fleste instanser har uttalt seg om de økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget. Mange peker på at innføring av rett til spesialisthelsetjeneste vil medføre økte kostnader. De fleste peker også på at lovforslaget vil medføre økt tidsbruk på prosedyrespørsmål, og behandling av klagesaker fremfor direkte pasientbehandling. Når det gjelder rett til fornyet vurdering er et stort flertall av dem som har kommentert forslaget, i hovedsak positive. Om lag en tredjedel av instansene har kommentert rett til valg av sykehus, og det store flertall av disse er positive til bestemmelsen og mener at retten må gjelde over hele landet. Det store flertall som har uttalt seg om rett til medvirkning og informa-

sjon, slutter seg i hovedsak til bestemmelsene i lovutkastet. En tredel av instansene har kommentert klage-reglene, og flertallet av disse er i hovedsak positive. Flertallet av dem som har uttalt seg om pasientombudsordningen, støtter de forslag som ligger i lovutkastet, men mange mener at ombudene i tillegg til spesialisthelsetjenesten også bør ha kommunehelsetjenesten som virkeområde.

Det redegjøres for gjeldende rett som er nedfelt i ulike særlover.

Forholdet til annet regelverk kommenteres, og det vises bl.a. til at det er opprettet en midlertidig pasientskadeordning som trådte i kraft 1. januar 1988, kalt Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) med regler basert på et objektivisert ansvar. Det vises videre til relevante bestemmelser i folketrygden og i lov om sosiale tjenester m.v.

Det gis en kort orientering om relevant lovgivning i Sverige, Danmark, Finland og Israel.

Sverige har ikke en særskilt lov om pasientrettigheter. Prinsippene om pasienters rettigheter er imidlertid nedfelt i flere ulike lover. Pasientens selvbestemmelsesrett innebærer at han fritt kan avstå fra behandling. Det er i Sverige innført fritt sykehusvalg innenfor den helseregion man tilhører. Det vises ellers til at den svenske regjeringen i juni 1998 la fram en proposisjon om «Patientens ställning» hvor det bl.a. er foreslått å styrke pasientens rett til informasjon og å lovfeste retten til fornyet vurdering.

Også i Danmark er pasienters rettigheter nedfelt i flere ulike lover. Det vises til at det der behandles et forslag om lovfesting av pasientenes rett til helsetjenester. I Danmark er det fra 1993 innført fritt sykehusvalg over hele landet for lokalsykehusfunksjoner. En pasientrettighetslov ble vedtatt av Folketinget i juni 1998, og denne inneholder bestemmelser om informasjon og selvbestemmelsesrett, representasjon, sultestreik, avvising av å motta blod og blodprodukter og livstestamente, journalinnsyn, detaljerte regler om taushetsplikt og bestemmelser om klage over helsepersonell.

Finland har en egen lov om pasientrettigheter som gjelder både privat og offentlig helsetjeneste, og inneholder bestemmelser om rett til helsehjelp, inntak for behandling, rett til informasjon, pasientens selvbestemmelsesrett, mindreårige pasienters stilling, øyeblikkelig hjelp, pasientombud, klage og journalføring. En pasient har rett til, innenfor de ressurser som er til rådighet, nødvendig helsehjelp. Undersøkelse og behandling skal gis i samråd med pasienten, og han kan motsette seg behandling. Loven inneholder imidlertid ikke noe krav om samtykke. For øvrig inneholder loven bestemmelser om klagerett for pasienten og en lovfestet pasientombudsordning.

Israel har nylig vedtatt en lov om pasientrettigheter. Loven gir på nærmere bestemte vilkår pasienten rett til helsehjelp. Det gis også bestemmelser om in-

formert samtykke, samt at det på alle offentlige sykehus skal være etiske komiteer som skal overvåke og informere om de vanskelige situasjonene der pasientens samtykke ikke kan innhentes.

Det redegjøres for relevante internasjonale deklarasjoner, og det vises bl.a. til at WHO's Europakontor har utarbeidet en deklarasjon om pasienters rettigheter og et charter om reformer i helsetjenesten. Det vises videre til at Ministerkomiteen i Europarådet i 1996 vedtok en konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin og til Den europeiske menneskerettighetskonvensjon artikkel 2 og tilsvarende artikkel 6 i FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter som bestemmer at enhver rett til livet skal beskyttes ved lov. Videre nevnes FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter som ble ratifisert av Norge i 1976. Spesielt framholdes at norske myndigheter anerkjenner at samer har rettigheter i forhold til artikkel 27 i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966 og ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater som ble ratifisert av Norge i 1990, og det drøftes hvordan disse har relevans for pasientrettigheter. Det framholdes at det for individer med samisk kulturell bakgrunn vurderes særtiltak som følge av de grupperettigheter som ligger i urfolkeretten i folkeretten.

I drøftingen av behovet for ny lovgivning framheves det at en samlet lov om pasientrettigheter vil kunne bedre pasientens kunnskap om egne rettigheter, og at slik kunnskap er et viktig bidrag til å styrke pasientens rettsstilling i møtet med helsetjenesten. Det understrekes at rettigheter må virke sammen med andre virkemidler som organisering og finansiering for å fungere godt. Etter departementets syn vil rettigheter på dette området måtte være skjønnsmessige, og derfor mindre presise, slik at rettighetsfesting får mindre verdi som styringsverktøy. Det påpekes at det er en fare for vridningseffekter til fordel for presist definerte lidelser, på bekostning av mer sammensatte og diffuse plager, og at rettighetsfesting kan medføre en ressursvridning fra pasientbehandling til klage- og domstolsbehandling. En sterkere rettighetsfesting kan ifølge departementet også medføre at den politiske styringen med helsevesenet vil bli redusert til fordel for juridisk og medisinsk styring, og at for den enkelte pasient kan rettighetsfesting bidra til å styrke pasientenes maktstilling i helsevesenet.

Forskjellen mellom formelle og materielle rettigheter drøftes, og det framholdes at det etter departementets syn er viktigst å regulere de formelle rettighetene som sikrer pasientenes rettsikkerhet når de har blitt pasienter, og som sikrer en viss rettferdighet ved tildeling av helsetjenester. I proposisjonen er det bare de ubetingede rettigheter som blir omtalt som rettskrav eller materielle rettigheter. Etter departementets vurdering vil formelle rettigheter ivareta de viktigste hensynene bak en pasientrettighetslov, nemlig pasien-

tens rettssikkerhet i vid forstand, og det påpekes at det er usikkert hvor effektive materielle rettigheter faktisk vil være fordi rettigheten vil måtte bli skjønsmessig og fordi både kriteriene og sanksjonssystemet trolig vil favorisere pasienter med presist definerte lidelser og de mest pågående pasientene.

### 1.3 Alminnelige bestemmelser

Det uttales at formålet med pasientrettighetsloven er at helsetjenesten skal lede til bedre helse og livskvalitet for befolkningen og sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Det uttales at departementets forslag til formålsbestemmelse er basert på verdier som rettssikkerhet, forutberegnelighet, likhet og rettferdighet.

Loven bør etter departementets vurdering gjelde for enhver som oppholder seg i riket og i tråd med det som er vanlig i norsk forvaltningsrett uten at det stilles krav om statsborgerskap. Det stedlige virkeområdet foreslås begrenset til riket. For personer som oppholder seg utenfor fastlands-Norge, skal loven gjelde bare i den utstrekning det bestemmes i forskrift.

Departementet er kommet til at det er mest hensiktsmessig å definere begrepet «pasient» på en måte som mest mulig er i tråd med den alminnelige språklige forståelse, og foreslår at begrepet brukes om personer som gis eller tilbys helsehjelp.

Departementet bemerker at pasientens pårørende etter lovforslaget vil ha flere funksjoner og roller overfor både pasient, helsepersonell og helsetjenesten, og at hvem som skal regnes som pasientens pårørende derfor må defineres, og forholdet mellom de aktuelle personene klargjøres. Departementet foreslår at følgende personer skal anses som pasientens pårørende: ektefelle, registrert partner, person som lever i ekteskaps- eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, verge eller hjelpeverge. Departementet mener at pasienten innenfor den angitte kretsen av pårørende, skal kunne bestemme hvem som skal være hans eller hennes nærmeste. Dersom pasienten ikke har oppgitt noen som sin nærmeste, skal den som har «varig og løpende kontakt med pasienten» velges.

Departementet bemerker at under definisjonen av helsehjelp bør alle sider av de tjenester helsevesenet yter, være dekket slik at forebyggende, diagnostisk, behandlende og rehabiliterende helsehjelp omfattes, og i tillegg også helsehjelp som ikke har som siktemål å endre pasientens situasjon, men å sørge for at pasientens tilstand ikke forverres.

Det foreslås at en med «helsetjenesten» i loven skal forstå primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Etter departementets vurdering er det viktig å angi hvem som regnes som

helsepersonell i definisjonsbestemmelsen, og foreslår at helsepersonell i lovens forstand er personer som nevnt i ny lov om helsepersonell § 3.

### 1.4 Rett til helsehjelp

Departementet har kommet til at forskriften om ventetidsgaranti bør videreføres, og viser til at det er foreslått en hjemmel for slik forskrift i forslag til ny lov om spesialisthelsetjenesten. Departementet mener imidlertid at det ikke ligger til rette for en rettighetsfesting av ventetidsgarantien.

Det vises til at Stortinget i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 44 (1995-96) om ventetidsgarantiens kriterier og finansiering vedtok å be Regjeringen legge fram en framdriftsplan for når og hvordan de fleste pasienter i gruppe III skal få 6-månedersgaranti. Det uttales at på bakgrunn av de erfaringer som er gjort med garantiordningen, og fortsatt usikkerhet om i hvilken grad den nye ventetidsgarantien vil innfri målsettingene om redusert ventetid, riktigere prioritering og utjamning av ventetidene mellom norske sykehus, er departementet av den oppfatning at det vil være uheldig å innføre en ny 6-månedersgaranti.

Departementet har vurdert hvorvidt pasienten bør få en rett til å få behandling i utlandet finansiert av fylkeskommunen, hvis fylkeskommunen ikke kan skaffe behandling ved en offentlig finansiert institusjon innen tre måneder, men vil ikke foreslå at det innføres en rett til å få finansiert behandling i utlandet ved brudd på ventetidsgarantien.

Det framholdes at formålet med dagens vurderingsgaranti er å sikre pasienten tilgang til spesialisthelsetjenesten. Departementet vil ytterligere styrke pasientenes muligheter til å få sin helsetilstand vurdert ved å foreslå en rettighetsfesting av dette i § 2-1. Det uttales at rett til å få vurdering i utgangspunkt er et pålegg til yter av spesialisthelsetjeneste om å overholde fristen på maksimalt 30 virkedager, samt skape en trygghet og forventning blant pasientene om rask tilbagemelding. Etter departementets oppfatning bør vurderingen av hva som er forsvarlig ventetid for å få vurdert en tilstand, baseres på sykdommens alvorlighet og ikke på diagnose. Departementet mener således at det vil være uheldig å erstatte den medisinske prioritering og vurderingen av forsvarlighet med differensierte tidsfrister basert på diagnose. Departementet legger til grunn at den medisinske prioriteringen og forsvarlighetsvurderingen må være bestemmende for når pasienten skal ha tilbagemelding, og at fristen på 30 dager må anses som en maksimumsfrist som gjelder i de tilfeller det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge. Det følger av forslag til § 7-1 at pasienten eller dennes representant skal kunne anmode den som yter helsehjelp, om at retten til vurdering etterleves. Hvis anmodningen ikke tas til følge, skal det kunne klages til fylkeslegen.

Det foreslås i § 2-2 rett til fornyet vurdering i spesialisthelsetjenesten. Retten bør etter departementets oppfatning oppstå på det tidspunkt pasienten har fått første vurdering. Det er etter forslaget visse begrensninger i retten til å få ny vurdering av sin helsetilstand idet fornyet vurdering bare kan kreves én gang for samme tilstand. Det er også et vilkår at allmennlegen er enig i at det er behov for at spesialisthelsetjenesten foretar en ny vurdering. En ny vurdering vil stå som et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Det følger av forslaget til § 7-1 at pasienten eller dennes representant kan anmode den som yter helsehjelp, om at rettigheten etterleves. Hvis anmodningen ikke tas til følge, skal det kunne klages til fylkeslegen.

Det foreslås i § 2-3 rett til fritt sykehusvalg. Det forutsettes at retten er begrenset til den offentlige spesialisthelsetjenesten inkludert statssykehusene, og at hjemfylket skal betale for behandlingen. Pasienten skal etter lovforslaget kunne bestemme hvor behandlingen skal skje, men ikke nivået på behandlingen. Retten til fritt sykehusvalg skal også gjelde distriktspsykiatriske sentra. Barne- og ungdomspsykiatrien skal imidlertid etter forslaget holdes utenfor ordningen med fritt sykehusvalg. Fritt sykehusvalg skal også gjelde for vurdering og fornyet vurdering. Departementet foreslår imidlertid at retten til å få vurdert henvisningen innen 30 dager faller bort, hvis pasienten velger å bli vurdert ved sykehus utenfor bostedsfylket. Departementet går også inn for at fylkeskommunens plikt til å skaffe behandling innen 3 måneder ved annen institusjon faller bort, hvis pasienten velger sykehus utenfor fylkeskommunen. Ellers foreslår departementet at prioritering av pasienter ikke skal kunne skje på grunnlag av bosted, men baseres på et medisinskfaglig skjønn.

Det foreslås at ansvaret for å legge forholdene til rette for at pasienten får nødvendig 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.

Departementet foreslår at reiseutgiftene skal deles mellom pasienten og folketrygden, og vil komme tilbake til hvordan delingen skal gjennomføres i forbindelse med budsjettet for 2000.

Departementet går inn for at retten til fritt sykehusvalg også skal gjelde i psykiatrien, likevel slik at retten blir tilpasset de særskilte forhold som gjør seg gjeldende der. Departementets vurdering er imidlertid at fritt sykehusvalg ikke skal innføres for barne- og ungdomspsykiatrien fordi en bærende idé innen behandlingsapparatet der er at barnet må behandles i sitt nærmiljø og i forhold til sitt nettverk.

Det foretas en drøfting av om det skal innføres en materiell rett til helsehjelp for hele helsetjenesten. Etter departementets syn vil rettigheter først og fremst komme dem til gode som lider av relativt presist be-

skrevne sykdommer med konkrete behandlingsmuligheter slik at faktisk underprioriterte lidelser vil kunne få enda vanskeligere med å nå opp dersom en slik rett innføres. Det framholdes at prinsippet om at helsehjelp skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå harmonerer med retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten, mens en rett til spesialisthelsetjeneste vil kunne medføre en prioritering av spesialisthelsetjenester i større utstrekning enn det faglig sett er grunn til. Etter departementets syn vil rettighetsfesting gjøre kostnadskontrollen vanskeligere og vanskeliggjøre fylkeskommunenes ansvar for tjenesteproduksjonen. Det uttales at ressurser som må brukes på klage- og domstolsbehandling, gjør at innføring av rettigheter kan være mindre kostnadseffektivt enn ikke å ha rettigheter.

Det vises til at sosialkomiteen i Innst. S. nr. 165 (1994-95) ga sin tilslutning til å innføre en generell rett til nødvendig helsehjelp også for spesialisthelsetjenesten etter modell av kommunehelsetjenesteloven. Departementet går inn for å videreføre rett til øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten som i gjeldende rett. Når det gjelder spørsmålet om å rettighetsfeste en rett til spesialisthelsetjeneste ut over det som følger av gjeldende rett, finner departementet ikke grunn til dette. En rettighetsfesting av ventetidsgarantien i pasientrettighetsloven vil etter departementets syn være å videreføre og forsterke de problematiske sidene ved denne, og departementet går derfor ikke inn for dette, men vil videreføre ventetidsgarantien i sin nåværende form.

Departementet har i ny lov om spesialisthelsetjeneste foreslått at både kommunehelsetjenesten og fylkeskommunene pålegges plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det uttales at på bakgrunn av at en rett til individuell behandlingsplan i pasientrettighetsloven vil kunne innebære misforståelser med hensyn til hva rettigheten går ut på, fremmer ikke departementet forslag om individuelle planer i pasientrettighetsloven.

### **1.5 Rett til medvirkning, informasjon og taushet**

Departementet foreslår å lovfeste pasientens medvirkningsrett. Det understrekes at medvirkning alltid vil være basert på frivillighet. Etter departementets vurdering er det tilstrekkelig å sikre pasienten rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Hvis pasienten er uenig i helsepersonellens avgjørelse om metodevalg, kan pasienten kreve fornyet vurdering eller velge å motta behandling på annet sykehus. Det uttales at hovedregelen om at pasienten skal få bestemme hvem som skal delta under behandlingen eller undersøkelsen, i de langt fleste tilfeller skal respekteres. Departementet understreker at erfaringstilbakeføring fra pasienter er en viktig del av medvirkningsretten.

Departementet foreslår å lovfeste en generell rett til informasjon. Etter forslaget skal pasienten få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helse-tilstand og i innholdet i helsehjelpen. Dette omfatter alle former for helsehjelp, og vil således ikke være begrenset til behandling, men også informasjon om diagnose og prognose. Informasjonsplikten vil også gjelde alternative fremgangsmåter, herunder om risiko. Pasienten skal få informasjonen automatisk og uten å be om det. Informasjonen skal være tilstrekkelig for at pasienten kan samtykke i forslaget til helsehjelp og til at pasienten blir i stand til å medvirke ved valg av helsehjelp, bl.a. behandlings- eller pleieform, der det er mer enn ett alternativ. Det uttales at etter omstendighetene vil informasjonsplikten gå lenger enn det som er nødvendig for å dekke disse spesifikke formålene. Pasienten kan f.eks. ha behov for informasjon av hensyn til å kunne planlegge sitt framtidige liv. I utgangspunktet skal pasienten selv kunne bestemme at han eller hun ikke skal ha enkelte opplysninger. Helsepersonell skal respektere pasientens ønske om å ikke bli informert.

Det påpekes at retten til å nekte å motta informasjon ikke kan gjelde uinnskrenket, f.eks. hjemler smittevernloven at legen snarest mulig skal gi en smittet person med allmennfarlig smittsom sykdom informasjon om sykdommen, smittsomhet og smittemåter samt personlig smitteveiledning. I tilfelle informasjon ikke gis til pasienten, skal dette begrunnes og nedtegnes i journalen.

Det uttales at det i særlige tilfeller kan tenkes situasjoner der pasienten ikke bør ha rett til informasjon. Det er foreslått derfor at informasjon kan unnlates når det foreligger nødrettssituasjon, enten ved fare for pasienten selv eller av hensyn til de nære omgivelsene.

Det framholdes at pasienter også har rett til etterfølgende informasjon om skader og komplikasjoner.

Det framholdes at informasjon om en pasients helsetilstand er taushetsbelagte opplysninger, slik at pasientens samtykke i utgangspunktet er nødvendig for at pårørende skal informeres. Der pasienten har representant, trer denne inn i pasientens rettigheter, og skal ha informasjon i samme utstrekning som om pasienten selv hadde hatt full evne til å motta informasjon. Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til informasjon når barnet er under 16 år. Likeledes har de en rett til informasjon når barnet er mellom 12 og 16 år, med mindre barnet motsetter seg det av grunner som bør respekteres. Endelig har foreldre eller andre med foreldreansvaret for barn under 18 år rett til den informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. For å sikre at barneverntjenesten er i stand til å ivareta sitt ansvar, foreslås det at også barneverntjenesten skal ha informasjon når omsorgen for barnet er overtatt etter barnevernloven.

Det framholdes at retten til informasjon tilpasset den enkelte pasients individuelle behov tilsier at det

bør skaffes tolk eller pasienten bør bli betjent av samisktalende helsepersonell når dette er nødvendig for at pasienten skal gis informasjon som tilfredsstillende kravene i lovutkastet.

Pasientenes behov for at personlige opplysninger behandles med varsomhet og respekt bør etter departementets vurdering understrekes i loven. Det uttales at dersom helsepersonell på bakgrunn av opplysningsplikt har utlevert taushetsbelagte opplysninger om en pasient, bør pasienten få informasjon om dette i ettertid.

Det vises til at departementet har opprettet et statlig utvalg som skal vurdere og komme med konkrete forslag til lovregulering av forsikringsselskapenes adgang til å innhente, bruke og lagre helseopplysninger og livsstilsopplysninger som grunnlag for individuelle forsikringsavtaler.

### **1.6 Krav til samtykke m.v.**

Forslaget til § 4-1 innebærer at det lovfestes et generelt krav om informert samtykke i pasientrettighetsloven. Den foreslåtte bestemmelsen innebærer også at pasienten kan trekke tilbake sitt samtykke, og at helsepersonell skal gi nødvendig informasjon om konsekvensene av tilbaketrekkingen. Departementet har foreslått å sidestille uttrykkelig og stilltiende samtykke. Det foreslås en bestemmelse om at departementet kan gi forskrifter om krav til skriftlig samtykke, eventuelt andre formkrav, for visse typer helsehjelp. Den «helserettslige myndighetsalder» foreslås som hovedregel satt til 16 år. Dersom helsepersonellet mener pasienten mangler kompetanse til å samtykke, skal dette begrunnes og nedtegnes i pasientens journal og legges fram for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Etter departementets vurdering er det praktisk å lovfeste at helsepersonell kan legge til grunn et antatt eller presumert samtykke.

Departementet viser til at kretsen av pårørende etter definisjonen i lovutkastet også omfatter hjelpeverge og verge, og at dette innebærer at hjelpevergen kan samtykke til at helsehjelp skal gis, eller at slik hjelp ikke skal gis, på vegne av pasienten. Hjelpevergens samtykke skal ikke kunne gå foran pasientens eget, så lenge denne er kompetent til å treffe avgjørelse selv. Departementet mener det er behov for å klargjøre forholdet mellom vergen og umyndiggjorte og foreslår at det presiseres at vergen overtar samtykkekompetansen på vegne av den umyndiggjorte.

Det understrekes at dersom det skal settes i verk tiltak som pasienter motsetter seg, kreves hjemmel i lov. Det presiseres imidlertid at nødrettsreglene kan hjemle adgang til å gripe inn med medisinsk behandling overfor personer uten samtykkekompetanse selv om de motsetter seg dette. Departementet foreslår at nødrettsprinsippet lovhjemles i helsepersonellovens § 7.

Departementet har kommet til at særlige regler om nektelse av behandling bør begrenses til de tre konkrete situasjoner, nemlig behandling ved blodoverføring, behandling ved intravenøs næring og generell livsforlengende behandling. Det foreslås som grunnlag for å nekte eller å avslå behandling at pasienten er myndig og har full samtykkekompetanse, og at pasienten må ha fått og forstått informasjon om følgende for egen helse av nektelsen. Departementet foreslår at synspunkter fra pasientens nærmeste pårørende kan respekteres når denne tilkjenner pasientens oppfatning, og 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 og at det vil være helsepersonellet som tar den endelige avgjørelse.

Departementet er kommet til at ordningen med livstestamenter ikke bør lovfestes.

Etter departementets vurdering vil de foreslåtte regler tilfredsstillende de krav som stilles i relevante internasjonale konvensjoner.

### 1.7 Rett til journalinnsyn

Etter departementets vurdering er retten til journalinnsyn en svært sentral pasientrettighet som sammen med retten til informasjon danner grunnlag for å utøve mange av de andre rettighetene som foreslås i pasientrettighetsloven. På denne bakgrunn er departementet kommet til at pasientens rett til innsyn i egen journal bare bør begrenses i de tilfeller hvor dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til pasientens nærstående.

Bestemmelsene om pårørendes rett til informasjon etter kapittel 3 foreslås gitt tilsvarende anvendelse på innsynsrett i journal. Dersom pasienten ikke kan ivareta sine interesser, skal pasientens nærmeste pårørende ha rett til innsyn i journal. Det foreslås at nærmeste pårørende gis rett til innsyn i journal etter pasientens død med mindre det foreligger særlige grunner for å unnta opplysningene.

Dersom pasienten mener at journalen inneholder feilaktige eller mangelfulle opplysninger eller utilbørlige utsagn, kan pasienten be om at journalopplysninger rettes eller slettes. Det framholdes at som hovedregel bør feil og mangler rettes ved tilføyelser og ikke ved sletting, men etter departementets syn bør pasienten ha mulighet til å få slettet uriktige opplysninger i sin journal. Vilkårene for sletting vil blant annet være at journalen inneholder feilaktige eller misvisende opplysninger som pasienten eller andre som nevnes i journalen krever slettet fordi de representerer en personlig belastning selv om retting blir foretatt. Departementet foreslår at det er fylkeslegen som skal kunne slette journalopplysninger.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett når det gjelder overføring og utlån av journal. For at pasienten skal vite hvor og til hvem journalopplysninger er overført, skal opplysninger om slik overføring nedtegnes i journalen.

### 1.8 Barns særlige rettigheter

For oversiktens skyld foreslår departementet at det i pasientrettighetsloven vises til den særlige rettigheten til helsekontroll som barn har etter kommunehelsetjenesteloven.

Departementet ønsker å videreføre de rettigheter som framkommer i forskrift om barn på sykehus vedrørende retten til å ha minst en av foreldrene til stede. Det foreslås en utvidelse i det at barns rett til å ha foreldrene til stede ikke bare skal gjelde sykehusopphold, men også ved innleggelse i andre helseinstitusjoner.

Også når det gjelder rett til aktivisering og stimulering, ønsker departementet å videreføre det innholdet som er nedfelt i forskrift om barn på sykehus.

### 1.9 Klage

Det framholdes at en viktig side av rettssikkerhetsbegrepet er muligheten til å få prøvet avgjørelser for overordnet organ. Etter departementets vurdering tilsier pasientenes behov for prosessuelt vern av rettighetene at det innføres adgang til å få prøvet og håndhevet sine rettigheter. I § 7-1 er det derfor foreslått innført en rett for pasienten eller dennes representant til å anmode om at rettigheten i pasientrettighetsloven blir etterlevd. I motsetning til de mer formelle klagereglene som fremgår av § 7-2, er denne bestemmelsen ment å virke som en uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasient og helse-tjeneste på.

Det foreslås at i utgangspunktet skal forvaltningslovens regler for klagebehandling gjelde etter pasientrettighetslovens kapittel 7.

Pasienten skal kunne klage på at retten til vurdering ikke blir oppfylt, over brudd på retten til fornyet vurdering, og på at retten til valg av sykehus ikke blir reell. Det framholdes at lang ventetid ikke skal kunne være gjenstand for klage fordi § 2-3 ikke gir pasienten rett til å få gjennomført selve behandlingen, men kun rett til å bli prioritert på lik linje med andre pasienter med samme diagnose og tilstand.

Det framholdes at brudd på pasientrettighetslovens formelle rettigheter som retten til medvirkning, retten til informasjon, retten til å samtykke til helsehjelp og retten til innsyn i journal, kan være vanskelig å dokumentere for pasienten, men det understrekes at etter departementets vurdering kan pasienten ha stor interesse i oppfyllelse også av formelle rettigheter, slik at adgangen til å klage over manglende oppfyllelse av de formelle rettighetene derfor er en sentral rett for pasienten.

Det bør etter departementets syn være adgang til å gå til domstolen for å få fastsatt eller oppfylt sine rettigheter overfor helsetjenesten som en ytterligere prøvingsmulighet etter at klagemulighetene er oppbrukt. Det uttales at innføring av klagerett i pasientrettighetsloven ikke skal begrense adgangen til å fremme klage til Sivilombudsmannen.

Etter departementets vurdering bør klageretten i utgangspunktet begrenses til å gjelde for pasient eller dennes representant eller fullmektig. Pårørende foreslås imidlertid gitt klagerett der de har selvstendige rettigheter.

Det foreslås en klagefrist på fire uker når det gjelder anmodning om etterlevelse av pasientrettighetslovens bestemmelser. Når det gjelder fristen for å klage til fylkeslegen, har departementet ikke funnet grunn til å fravike de alminnelige bestemmelser i forvaltningsloven som oppstiller en klagefrist på tre uker.

Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig at klager etter pasientrettighetsloven kan avgjøres på et lavest mulig nivå. Dersom den som yter helsehjelp, avviser anmodningen eller mener at reglene er overholdt, skal det kunne påklages til fylkeslegen. Ettersom forvaltningslovens system gjelder med hensyn til fylkeslegens kompetanse i klagebehandlingen, skal fylkeslegen kunne overprøve alle sider av saken, både rettsanvendelsen, overprøvelse av faktum og den skjønnsmessige vurdering. I tillegg skal fylkeslegen kunne prøve om saken er behandlet på riktig måte. Departementet fremmer forslag om at forvaltningslovens regler både når det gjelder behandling av enkeltvedtak og når det gjelder klage og omgjøring, skal gjelde for fylkeslegens behandling av klagesaker.

### 1.10 Pasientombud

Departementet ønsker å lovfeste ordningen med pasientombud i alle fylker, og foreslår at det lages en egen formålsbestemmelse for pasientombudene der det framgår at pasientombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes interesser og være et middel til å ivareta og øke kvaliteten i helsetjenesten.

Etter departementets vurdering bør pasientombudene inntil videre ha spesialisthelsetjenesten innenfor både somatikk og psykiatri som virkeområde. Det uttales at det på lengre sikt er ønskelig at en pasientombudsordning også omfatter kommunehelsetjenesten, men det foreslås å vente med en lovhjemling av dette inntil man har fått flere erfaringer med ordningen innenfor spesialisthelsetjenesten. Departementet anbefaler at de kommuner som finner det hensiktsmessig, avtaler forsøksordninger med fylkeskommunene hvor ombudsordningene også omfatter kommunehelsetjenesten, og eventuelt også sosialsektoren.

Departementet foreslår at fylkeskommunen skal ha ansvaret for pasientombudsordningene. Det understrekes at pasientombudenes uavhengige rolle må framheves for å redusere mulige inntrykk av å repre-

sentere den samme myndighet som det klages på. Etter departementets syn må ombudene sikres faglig selvstendighet og uavhengighet som en nødvendig forutsetning for at de skal kunne ivareta sine oppgaver. Ombudene skal ha rett til å ytre seg fritt, og fylkeskommunene skal ikke ha instruksjonsmyndighet overfor pasientombudene i enkeltsaker. For at det ikke skal være tvilsomt at pasientombudene er uavhengige av ansvarlig instans, foreslår departementet at dette lovfestes.

Det foreslås at pasientombudenes oppgaver begrenses til å gi den som ber om det, informasjon, råd og veiledning, samt bistå vedkommende i møte med helsetjenesten. Pasientombudet skal kunne gi uttalelser og vurderinger av konkrete enkeltsaker, men disse skal ikke være bindende. Det er foreslått i lovteksten at pasientombudet, i tillegg til å gi en vurdering av forholdet, skal kunne foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Det foreslås videre at pasientombudet skal pålegges å melde fra til klageinstanser eller tilsynsmyndigheter om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Departementet foreslår at enhver som mener feil er begått, skal kunne henvende seg til pasientombudet, og at den som henvender seg, skal ha rett til å være anonym. Da pasientombudene ikke skal ha selvstendig avgjørelsesmyndighet, har ikke departementet funnet grunn til å ha saksbehandlingsregler tilsvarende som for behandlingen av enkeltvedtak etter forvaltningsloven, og det vil etter forslaget ikke være adgang til å påklage uttalelsene som ombudene gir.

Det foreslås i § 8-8 en bestemmelse om adgang til å vedta utfyllende bestemmelser om saksbehandling.

Det framholdes at pasientombudets behandling av en sak ikke betyr at klageadgangen til Sivilombudsmannen er avskåret.

### 1.11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det antas i proposisjonen at en lovfesting av vurderingsgarantien som en individuell rettighet ikke vil ha vesentlige økonomiske konsekvenser.

Ut fra at fornyet vurdering allerede finner sted for mange pasienter og at ordningen har et visst innsparingspotensial, antas det at rett til fornyet vurdering samlet sett ikke vil ha særlige økonomiske konsekvenser.

Det uttales at en aktivitetsøkning som følge av fritt sykehusvalg ikke vil påføre fylkeskommunene økte utgifter, og at alle utgifter som skyldes aktivitetsøkning, vil bæres av staten som med en økning på 2 pst. innlagte pasienter vil få en utgiftsvekst gjennom ordningen med innsattsstyrt finansiering på ca. 300 mill. kroner, dersom en tar utgangspunkt i gjennomsnittskostnadene. En økning i antall poliklinikk-konsultasjoner på 2 pst. vil føre til en utgiftsøkning for staten på ca. 80 mill. kroner.

Departementet legger til grunn at det må utarbeides egne regler for pasienter som velger behandling utenfor hjemfylket. Departementet vil komme tilbake til hvordan delingen av utgiftene mellom folketrygden og pasienten skal gjennomføres, i forbindelse med budsjettet for 2000.

Det uttales at pasientens rett til medvirkning vil kunne generere både besparelser og kostnader, og at størrelsen på disse komponentene bl.a. vil avhenge av hvorvidt rettighetsfestingen vil endre helsepersonellens praksis. Departementet vurderer det som lite sannsynlig at praksis vil endres i nevneverdig grad og mener dermed at forslaget ikke vil medføre økonomiske kostnader av betydning.

Det uttales at retten til informasjon i lov om pasientrettigheter ikke vil ha selvstendige økonomiske eller administrative konsekvenser utover de kostnader som følger av at man kan anta at helsepersonellet vil få et økt behov for å dokumentere at informasjon er gitt. Et slikt eventuelt behov ventes å medføre at informasjonsaspektet gis sterkere fokus i pasientjournalen, noe som ikke antas å medføre økonomiske konsekvenser.

Med hensyn til informasjon etter behandling representerer lovforslaget en vesentlig endring i forhold til gjeldende rett. Etter forslaget har pasienten rett til informasjon etter at behandlingen har funnet sted, dersom pasienten er påført betydelig skade eller det er oppstått alvorlige komplikasjoner som følge av helsehjelpen. I de tilfeller der legen umiddelbart etter behandling vet at komplikasjon eller skade har funnet sted, legger departementet til grunn at legen informerer pasienten og tar de nødvendige skritt for å minimalisere konsekvensene for pasienten. Dersom gjenopprettende behandling ikke lar seg gjennomføre, plikter legen etter lovforslaget å informere pasienten om muligheten for å søke erstatning gjennom Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Departementet har ingen holdepunkter for å anta at NPEs arbeidsmengde og utbetalinger vil øke i særlig omfang som følge av lovforslaget. Det uttales at med unntak av plikten til å opplyse om muligheten for erstatning, er lovforslagets bestemmelser til en viss grad en formalisering av den praksis man finner hos legene i dag. Kostnadene ved dette vurderes som moderate. Det drøftes hvilke tilleggskostnader som vil kunne inntreffe ved tilfeller der skade bli avdekket først etter flere år. Det konkluderes med at det er knyttet svært stor usikkerhet rundt kostnadsanslag forbundet med rett til informasjon etter behandling. Departementet finner det derfor ikke riktig å gjøre forsøk på tallfesting, men anser at det mest presise som kan sies om kostnadene, er at de i de fleste år vil være fraværende, men at kostnadene i de år de oppstår, vil kunne være store.

Lovfesting av krav til samtykke er en videreføring av gjeldende rett og vil således ikke gi økonomiske konsekvenser. Krav til dokumentasjon av at samtykke

er gitt, vil øke noe. Kostnadene dette medfører, er antatt små og vanskelig identifiserbare og blir ikke tallfestet i proposisjonen.

Departementet anser kostnader ved at helsepersonell får ansvar for formelle prosedyrer ved representasjon for pasienter, som små og vanskelig målbare.

Når det gjelder rett til journalinnsyn, foreslås det en mindre utvidelse av gjeldende rett, men dette antas ikke å få økonomiske eller administrative konsekvenser.

Forslag om barns særlige rettigheter medfører ingen vesentlig endring i gjeldende rett og dermed ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

Lovforslag om klagerregler vil kreve personellressurser, og spesielt vil det være behov for juridisk kompetanse. Det understrekes at klageretten vil kunne være kostnadsbesparende ved at helsepersonell i vissheten om at klager kan forekomme, etablerer bedre kvalitetssikringssystemer for å forhindre klager, og at klagereglene således kan bidra til å heve kvaliteten/standarden på helsetjenesten, og derigjennom virke effektiviserende. Ressursbehovet ved klagebehandling anslås til inntil ett nytt årsverk i gjennomsnitt pr. kommune/fylkeskommune, og inntil et halvt nytt årsverk i gjennomsnitt pr. fylkeslege. Kostnadene anslås til inntil 10 mill. kroner for kommune/fylkeskommune og inntil 5 mill. kroner for fylkeslegen.

Etablering av pasientombud i alle fylkeskommuner vil kunne begrense veksten i antallet klager til fylkeslegene. Det uttales at den økonomiske gevinsten som følge av dette er vanskelig å beregne. Hvis en skjønnsmessig antar at lovfesting av pasientombudsordningen p.g.a. økt publisitet vil generere 50 pst. aktivitetsøkning i forhold til i dag, blir gjennomsnittlig kostnad pr. pasientombud 1,35 millioner kroner. Kostnaden ved å opprette pasientombud i de fylker som ikke har et slikt ombud, anslås til mellom 2 og 4 mill. kroner. Eventuell kompensasjon til fylkeskommunene vil bli tatt opp i den ordinære budsjettprosess.

Det uttales at man må forvente at ny pasientrettighetslov vil medføre en begrenset økning i saksmengde for domstolene. Departementet finner det lite sannsynlig at rettssaker vil oppstå i nevneverdig omfang, og vurderer kostnadene ved domstolsbehandling til å være nær null. Et annet spørsmål er hvorvidt rettsapparatet avsier dommer som vil medføre vesentlig høyere krav til standard og kvalitet i helsetjenesten. Departementet vurderer risikoen for slike utfall av rettsaker for svært liten.

## 2. KOMITEENS MERKNADER

### 2.1 Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Arnesen, Gravdahl, Hildeg, Kristoffersen, Skogholt og Øyangen, medlemmene fra Fremskrittsparti-



et, lederen og Nesvik, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Næss og Woie Duesund, medlemmene fra Høyre, Høegh og Sjøli, medlemmet fra Senterpartiet, Gløtvold, og medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Ballo, viser til at så langt er bestemmelser om pasientrettigheter spredt på mange forskjellige lover som angår helsetjenesten. Norsk helselovgivning er meget omfattende og kan være vanskelig å finne fram i både for helsepersonell og pasienter. Pasientenes rettssikkerhet er i stor grad avhengig av klare og oversiktlige lovformuleringer og lett tilgjengelig informasjon. Rettssikkerheten er også betinget av at befolkningen og den enkelte har nødvendig kunnskap om egne rettigheter.

Komiteen mener derfor at rettssikkerheten for pasientene blir styrket ved at en nå får en egen lov om pasientrettigheter. Det er også nødvendig gjennom lovgivningen å styrke pasientenes rettsstilling gjennom å tydeliggjøre og forbedre pasientenes rettigheter også på områder som har med pasientenes integritet, menneskeverd, selvbestemmelse, informasjon, medvirkning og reell og formell klageadgang.

Det er dessuten viktig at pasientenes interesseorganisasjoner og uhildete organer kan ivareta pasientenes interesser både i forhold til de som har ansvar for å yte pasientene nødvendig helsetjeneste, og de som måtte ha økonomiske interesser i å holde tilbake pasientenes rettmessige krav på helsetjenester eller økonomisk oppgjør.

Det er grunnleggende at hele befolkningen sikres lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Klare rettigheter for pasientene er et nødvendig bidrag til dette, samtidig som klart formulerte og praktiserte rettigheter er nødvendig for å fremme tillitsforholdet mellom pasientene og helsetjenesten.

Komiteen legger til grunn at rettighetsbegrepet ikke har noe entydig innhold. En kan grovt skille mellom formelle og materielle rettigheter. Formelle rettigheter er regler om saksbehandling i vid forstand, f.eks. taushetsplikt, innsynsrett, klageregler, noen bestemmelser om pasientombudet m.m. Materielle rettigheter knytter seg til retten til nærmere bestemte ytelser som tjenester eller penger og korresponderende plikter for det offentlige, institusjonen og eventuelt helsearbeiderne. Forsvarlighetshensynet kan også ha en materiell side, f.eks. krav om en spesiell behandling.

Komiteen har merket seg at departementet ikke foreslår å rettighetsfeste en rett til spesialisthelsetjeneste ut over det som i dag er gjeldende rett. Komiteen vil drøfte dette nærmere under kap. 2 Rett til helsehjelp med utgangspunkt i klarere rettigheter for pasientene enn det dagens rettstilstand tilsier.

Komiteen vil imidlertid understreke at de rettigheter en gir, må være mulig å oppfylle slik at det ikke innføres rettigheter som skaper uoppnåelige for-

ventninger, uklarhet og mistillit til helsevesenet. Komiteen mener at rettigheter kan bidra til at nødvendige helsetjenester faktisk blir prioritert. Rettighetsfesting kan dermed være et virkemiddel for styring og god ressursbruk der en sikrer at nasjonale minstestandarder og nasjonale prioriteringer blir fulgt.

Komiteen viser til at det i proposisjonen er gjort greie for de utredninger og vedtak som ligger til grunn for departementets forslag til pasientrettighetslov.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser også at omfattende rettighetsfesting ikke alltid vil gjøre det enkelt å få til både nasjonal og lokal styring med ressursene. En for sterk regelbinding kan skape et for stivbeint system der det blir for lite rom for faglig skjønn og tilpasning til varierte behov.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at retten til behandling var et av de mest sentrale forslag i utkastet til pasientrettighetslov NOU 1992:8 «Lov om pasientrettigheter». I St.meld. nr. 50 (1993-94) foreslo Regjeringen å gi en lovfestet rett til nødvendig spesialisthjelp tilsvarende den som gjelder i kommunehelsetjenesteloven, men med begrensninger knyttet til økonomi, helsepersonell og utstyr. I NOU 1997:18 «Prioritering på ny» reises det klar tvil om at en individbasert rettighet vil virke slik at de høyest prioriterte grupper får tilbud foran andre grupper.

Komiteen viser til at i St.meld. nr. 44 (1995-96) og i Innst. S. nr. 27 (1996-97) blir retten til en vurderingsgaranti på 30 dager slått fast. I en rekke dokumenter fra senere regjeringer og Stortinget er pasientrettighetsspørsmål berørt direkte og indirekte. Følgende nevnes: St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener i likhet med departementet at rettighetsfesting er et juridisk virkemiddel som også må sees i sammenheng med andre virkemidler.

Flertallet viser til at det de seneste årene er vedtatt en rekke både organisatoriske og økonomiske

reformer som en forventer vil styrke helsevesenets kapasitet og kvalitet, og dermed også pasientens rettigheter og tilgjengelighet til helsetjenester. Eksempelvis kan nevnes: Fastlegeordningen, bedre ledelse i sykehus gjennom forbedret intern organisering, regional helseplanlegging, innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, vurderingsgaranti m.m.

Flertallet viser til at ventetidsgarantien har stått sentralt i prioriteringsdebatten helt siden Sosialdepartementet i 1990 fastsatte forskriften om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Utgangspunktet for garanti bygget på prinsippet om alvorlighet, men praktiseringen gikk over til å bli en garanti i stor grad knyttet til diagnose, noe som gjorde at ventetidsgarantien ikke ble et godt nok redskap for prioritering og dermed lik behandling av pasienter med sammenlignbare lidelser. Problemet med garantien har først og fremst vært ulik praktisering av kriteriene, noe som har betydd svære forskjeller fra sykehus til sykehus. Eksempler viser at andelen av henviste pasienter som ble tildelt garanti, kunne variere fra 16 pst. i ett fylke til 70 pst. i et annet, og fra 10 pst. til 90 pst. i samme fagområde. Enda verre enn dette er at Statens helsetilsyn tidligere har avslørt fiktive ventelistetall. Av langtidsventere var 15 pst. av pasientene ferdigbehandlet, 15 pst. ønsket ikke behandling og 20 pst. hadde ikke diagnose som tilsa garantitildeling. Det er grunn til å tro at denne type slurv og likegyldighet overfor ventelistesystemet er klart forbedret, men det må understrekes at det har tatt unødig lang tid å få forbedret kvaliteten av ventelistene. Flertallet vil ellers vise til sine merknader under kap. 2 Rett til helsehjelp.

Komiteen mener at noen nye og en rekke utdypende bestemmelser i forslaget til lov om pasientrettigheter vil føre til en bedre rettstilstand for pasientene, og nevner spesielt

- rett til vurdering,
- rett til fornyet vurdering,
- rett til valg av sykehus,
- klarere rettigheter til medvirkning og informasjon,
- samtykke til helsehjelp,
- retten til journalinnsyn,
- særlige rettigheter for barn,
- klageadgang og prosedyrer,
- pasientombud.

Komiteen vil understreke at det er kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven som først og fremst skal sikre helsetjenestene i samfunnet, mens pasientrettighetsloven kan bidra til en bedre fordeling av helsetjenester, men ikke alene sikre dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti,

Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil anmerke at pasientrettigheter som i utgangspunktet er ment å styrke behandlingstilbudet til pasienten, kan ha utilsiktede effekter. Flertallet vil spesielt påpeke at en generell og landsdekkende rett til fritt valg av sykehus vil kunne føre til et redusert lokalt helsetjenestetilbud, dersom det ikke også legges inn andre tiltak som bidrar til en likeverdighet i helsetjenestetilbudet. Årsaken til dette er at konsekvensen av det helt frie sykehusvalget kan bli et redusert pasientgrunnlag for noen av lokalsykehusene, med redusert inntjening betinget av den innsatsstyrte finansieringen, slik at driftsgrunnlaget over tid svekkes. Pasientenes rett til likeverdighet i helsetjenestetilbudet, også geografisk, kan dermed etter flertallets syn komme i konflikt med retten til det frie sykehusvalget, slik at man her kan komme til å stå overfor en avveining og interessekonflikt mellom ulike typer rettigheter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at hensynet til pasienten i stadig sterkere grad har fått prege den helsepolitiske debatten de siste årene. Fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering er reformer som har bidratt til at pasientens ønsker og behov i større grad blir styrende for helsevesenet. Å lovfeste pasientenes rettigheter i en egen pasientrettighetslov er et viktig skritt videre på denne veien.

En pasientrettighetslov blir imidlertid ikke mer enn et ufullstendig rammeverk dersom den ikke inneholder det viktigste – rett til behandling. Disse medlemmer merker seg at Kristelig Folkeparti bryter enda ett av sine valgløfter på det helsepolitiske området idet Regjeringen ikke fremmer forslag om lovfestet rett til behandling i pasientrettighetsloven.

Disse medlemmer viser til at ventelisteregantien da den ble innført av Syse-regjeringen gjennom forskrift i 1990, representerte en ny og mer pasientorientert utvikling i helsepolitikken. Hensikten var da å gi pasientene en juridisk bindende garanti. Senere regjeringer har gått bort fra dette.

Disse medlemmer viser til at Høyre og Fremskrittspartiet flere ganger har fremmet forslag i Stortinget om å gjøre ventetidsgarantien juridisk bindende (Dokument nr. 8:17 (1993-94) og Dokument nr. 8:8 (1997-98)).

Disse medlemmer er av den oppfatning at de praktiske erfaringene med ventetidsgarantien imidlertid har gjort det nødvendig å finne en ny og mer hensiktsmessig måte å sikre pasientenes rett til behandling på.

Derfor fremmer disse medlemmer forslag om lovfestet rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist. Det gir et mindre byråkratisk system, som tar utgangspunkt i pasientenes individuelle behov og gir rom for klinisk

skjønn uavhengig av firkantede diagnosekategorier. Dette forslag innebærer også rett til behandling for pasienter med diagnoser som ikke omfattes av ventetidsgarantien.

Disse medlemmer mener den lovfesting det legges opp til i proposisjonen, gjelder rettigheter som allerede er vedtatt, og som praktiseres i helsevesenet i dag, men som ikke er formalisert i lovtekst. Disse medlemmer vil hevde at rett til medisinsk vurdering og eventuelt fornyet vurdering har liten verdi dersom pasienten ikke har en lovfestet rett til den behandling som en slik vurdering vil legge for dagen nødvendigheten av. Slik behandling må etter disse medlemmers mening gis innen den tidsfrist som er faglig forsvarlig, og som anbefales av den eller de leger som stiller diagnosen. Disse medlemmer vil fremme forslag om lovfesting av en slik frist for behandling, noe som etter disse medlemmers mening vil gjøre ventetidsgarantien overflødig som prioriteringsredskap.

Disse medlemmer støtter forslaget om rett til ny vurdering. For å minske byråkratiet og gjøre ordningen mer fleksibel vil disse medlemmer fremme forslag om at kravet om henvisning fra primærlege til ny vurdering hos spesialist skal bortfalle.

Disse medlemmer er fornøyd med at retten til fritt sykehusvalg nå lovfestes, slik disse partier har foreslått mange ganger tidligere. Fritt sykehusvalg vil gi pasientene betydelig bedre valgmulighet og styrke konkurransen mellom sykehusene, og etter disse medlemmers mening bidra til å sikre kvaliteten på tilbudet i norsk helsevesen. For at retten til fritt sykehusvalg skal bli reell, må gjestepasientordningen bortfalle. Denne ordningen vil virke hemmende på spredningen av pasienter til de sykehus som til enhver tid har ledig kapasitet. Disse medlemmer vil derfor foreslå at ordningen fjernes.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil i tillegg foreslå at Rikstrygdeverket gjøres ansvarlig for dekning av utgifter til behandling utenfor eget fylke.

Disse medlemmer vil påpeke at dersom fritt sykehusvalg skal bli et reelt valg for den enkelte pasient, må reiseutgiftene ikke overstige et akseptabelt nivå. Disse medlemmer vil derfor fremme forslag om en tredeling av reiseutgiftene med et øvre tak for egenandel på kr 400. Det resterende beløp deles likt mellom fylkeskommunen og Rikstrygdeverket så lenge fylkeskommunen har ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet siden 1985 gjentatte ganger har fremmet forslag om å innføre en pasientrettighetslov, en lov som skal gi enhver norsk borger rett til behandling i helse-

vesenet, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og en plikt for trygdevesenet til å betale kostnadene ved slik hjelp. Disse medlemmer er derfor skuffet over at det foreliggende lovforslag ikke gir pasientene en juridisk rett til folketrygdfinansiert behandling i helsevesenet. Disse medlemmer er av den oppfatning at en slik finansieringskilde, koplet med innsatsbasert finansiering eller stykkpris, ville bidra til å fjerne køene i helsevesenet. På lengre sikt ville dette etter disse medlemmers mening være den beste løsningen økonomisk fordi samfunnet ville spare store utgifter til sykelønn etter som køene ble redusert og fjernet.

Disse medlemmer vil vise til NOU 1992:8 der professor Ståle Eskelands forslag til pasientrettighetslov foreligger. Slik disse medlemmer ser det, er dette forslaget langt bedre enn det som foreligger i Ot.prp. nr. 12 (1998-99). Forslaget inneholdt bl.a. økonomiske reaksjoner overfor fylkeskommunen dersom behandlingsfristen på tre måneder for prioriterte pasienter ikke ble overholdt. Disse medlemmer mener at så lenge fylkeskommunen består og eier og driver norske sykehus, er det nødvendig med denne typen reaksjoner for å sikre pasientenes rettigheter. Disse medlemmer vil derfor gå inn for at retten til behandling for norske pasienter skal lovfestes, og at det skal innføres plikt for fylkeskommunen, så lenge denne har ansvaret, til å dekke utgifter til behandling også ved private sykehus eller behandling utenfor landets grenser.

Når det gjelder informasjon og samtykke, deler disse medlemmer i hovedsak departementets meninger i proposisjonen. Disse medlemmer er imidlertid av den oppfatning at barn under myndighetsalder er foreldrenes ansvar, og at det må være foreldrene og andre med foreldreansvar som skal ha rett til informasjon og til å samtykke på barnets vegne.

Disse medlemmer viser til sine merknader i innstillingen til Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten der disse medlemmer beklager at departementet har tatt større hensyn til KS' høringsuttalelse enn til brukerne av helsetjenestene når det gjelder å gi Statens helsetilsyn sterkere sanksjonsmuligheter overfor spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener at Statens helsetilsyn bør ha ansvaret for kontroll og oppfølging overfor spesialisthelsetjenesten når det gjelder å sørge for at pasienter får sine rettigheter oppfylt.

Disse medlemmer ser det som meget viktig at det etableres pasientombud i alle fylker, og at ombudet er statlig ansatt. Pasientombudene bør etter disse medlemmers mening være klageorgan for alle typer klager som ikke dekkes av forvaltningsloven og omfatte både primærhelsetjenesten, eldreomsorgen og spesialisthelsetjenesten.

## 2.2 Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

### § 1-1 Formål

Komiteen understreker et av lovens hovedprinsipper som betyr at helsepersonell og beslutningstakere skal sette pasienten først, der pasientens integritet og menneskeverd er grunnleggende verdier.

Komiteen legger vekt på at lov om pasientrettigheter skal bidra til fordelingsrettferdighet, noe som betyr at både helsepersonellet og det ansvarlige organ for helsetjenesten skal være forpliktet på at hele befolkningen skal sikres helsehjelp.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at rett til forsvarlig omsorg og pleie i eldreomsorgen må nedfelles i lov om pasientrettigheter. Disse medlemmer mener at rett til forsvarlig pleie og omsorg i offentlige pleieinstitusjoner må sidestilles med rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at det de seneste år er avdekket alvorlige mangler ved omsorgen i offentlige pleieinstitusjoner, og disse medlemmer viser i denne sammenheng til Statens helsetilsyns nylig avgitte rapport fra fylkeslegene om eldreomsorgen i 61 kommuner hvor det avdekkes alvorlige brudd på regelverk i forhold til internkontroll, dekning av grunnleggende behov i forhold til kvalitetsforskriftene og alvorlige feil ved saksbehandling i forhold til kommunehelsetjenesteloven og forvaltningsloven.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-1 første punktum lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten inkludert eldreomsorgen og spesialisthelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Høyre vil vise til sitt forslag til ny § 2-1 om rett til helsehjelp. Disse medlemmer vil presisere at lovens viktigste formål er å sikre befolkningens rett til helsehjelp.

Disse medlemmer mener det bør presiseres i formålsparagrafen at loven gir pasientene rettigheter i forhold til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-1 første punktum lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

### § 1-2 Virkeområde

Komiteen har merket seg at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket, men at det blir åpent for forskriftshjemmel som nærmere vil kunne definere hvilke rettigheter personer skal ha som ikke er norske statsborgere og/eller ikke har fast bopel i Norge.

Komiteen forutsetter at forskriften ikke innsnvrer rettigheten slik at en fratar disse helt nødvendig helsehjelp.

Komiteen legger til grunn at retten til øyeblikkelig hjelp for disse pasientgruppene gjelder uavkortet.

### § 1-3 Definisjoner

#### a) Pasient

Komiteen har merket seg at en rekke høringsinstanser har gått mot den innsnevringen i pasientbegrepet som lovforslaget legger opp til i forhold til høringsutkastet.

Definisjonen av pasient er i lovforslaget begrenset til «en person som får eller tilbys helsehjelp», og grupper av personer som «henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp» er falt bort.

Komiteen vil i kap. 2 Rett til helsehjelp fremme forslag om at det i loven hjemles rett til nødvendige helsetjenester, dvs. i denne sammenheng spesialisthelsetjenester. En konsekvens av dette vil være at definisjonen av pasient blir som i høringsutkastet. Komiteen mener ut fra dette at personer allerede ved henvendelsen må defineres som pasient. Dette synes logisk og nødvendig ut fra at andre bestemmelser i loven gir adgang til overprøvelse, fornyet vurdering og klage. Dette innebærer i realiteten at personer som får avslag om helsehjelp, omfattes av lovens bestemmelser. Komiteen minner om at en ikke ubetydelig del av klager fra pasienter kommer fra dem som ikke har fått helsehjelp. Klarest ser en dette i kommunehelsetjenesten. Det synes derfor ikke å være forsvarlig å nekte en som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, å bli definert som pasient.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-3 bokstav a) lyde:

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

Komiteen har merket seg at en rekke høringsinstanser hevder at det måtte være pasientens valg å peke ut hvem som skulle være pasientens pårørende og nærmeste pårørende.

Komiteen finner de grunner som er anført, som så tungtveiende at dette bør få betydning for lovparagrafens utforming ved at den som pasienten selv utpeker, står først. Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn. Det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasient og nærmeste familiemedlemmer er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot hans ønske.

I de tilfeller hvor pasienten selv er ute av stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om nærmeste pårørende, er det nødvendig å ha en opplisting av pårørende.

Den nærmeste er den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, men likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er opplistet i lovparagrafen.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-3 bokstav b lyde:

- 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

Komiteen har merket seg at det i definisjonen av helsehjelp ikke er tatt med pleie- og omsorgsformål, selv om dette i departementets omtale er tatt med som en del av det som ligger i helsehjelpbegrepet.

Komiteen mener at det kunne gjøre innholdet i lovformuleringen klarere for helsepersonell og pasienter om også pleie- og omsorgsformål ble tatt med i lovteksten.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-3 bokstav c) lyde:

- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;»

## 2.3 Kapittel 2 Rett til helsehjelp

### § 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp

Komiteen viser til at retten til nødvendig helsehjelp ikke er generelt lovfestet i helseloven. Enkelte særlover regulerer retten til helsehjelp. f.eks. abortloven, steriliseringsloven og lov om medisinsk bruk av bioteknologi. Dessuten er retten til øyeblikkelig hjelp hjemlet i sykehusloven og legeloven og vil i framtida være tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

Kommunehelsetjenesteloven gir befolkningen rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen han/hun bor eller midlertidig oppholder seg. Det er dessuten et generelt krav om forsvarlighet i helseloven, noe som betyr at pasienten har rett til at innholdet i den helsehjelpen som gis, er forsvarlig.

Sykehusloven som ennå gjelder, inneholder ingen generell lovfestet rett for pasienten til nødvendig helsehjelp.

Komiteen er kjent med at det har vært reist spørsmål om hvorvidt ventelistepasienter etter utløpt frist kunne kreve behandling i annet EØS-land finansiert av Norge med hjemmel i EØS-avtalen. Vurderinger som er gjort av dette, bl.a. av departementet, konkluderer med at ventelisteforskriften ikke har direkte betydning for pasientens mulighet for utenlandsbehandling etter EØS-avtalens rådforordning.

Komiteen viser til at en lovfestet rett til nødvendig spesialisthjelp har vært omtalt i flere dokument tidligere, bl.a. i St.meld. nr. 50 (1993-94) og i tilhørende innstilling der det sies:

«Komiteen har merket seg at Regjeringen foreslår å gi en lovfestet rett til nødvendig spesialisthjelp som skal begrenses av økonomi, personell og utstyr i helsevesenet.

Etter komiteens syn er det behov for en slik rett, men det er vanskelig å se at dette vil være en reell rettighetsfesting med de forbehold om ressursituasjon som ligger i forslaget.»

Komiteen mener at en materiell rettighet kan defineres som et rettsbeskyttet krav, noe som innebærer at den enkelte pasient har krav på visse ytelser og en tilsvarende plikt for det offentlige, eventuelt også for helsearbeiderne. Rettighetene kan alt ut fra betingelser knyttet til rettigheten ha ulik styrkegrad.

Komiteen vil også peke på at det kan tenkes flere argumenter for lovfesting av rett til nødvendig spesialisthelsehjelp. Som eksempler kan nevnes:

- Sammenhengen i helselovgivningen skulle tilsi at retten til spesialisthelsehjelp sikres på linje med retten til allmennhelsetjeneste.
- Ved å kreve helsehjelp styrkes pasientens maktstilling overfor helsevesenet.
- Svake grupper som i dag prioriteres lavt i spesialisthelsetjenesten, kan få en viktig brekkstang for å oppnå grunnleggende helsetjenester.

- Retten kan føre til større trygghet for å få hjelp ved sykdom.

Komiteen er innforstått med at det kan anføres flere argumenter mot å gi rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Departementet sier bl.a.:

- Rettighetene er mest effektive der vilkårene for å få dem, og ytelsenes art og omfang er relativt presise.
- Variasjoner i medisinsk skjønn vil ikke reduseres selv om pasienten får en materiell rettighet. Tvert imot vil manglende presise kriterier medføre at det forsterker vilkårlighet ved tildelingen av helsetjenester til tross for at intensjonen er den motsatte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre deler ikke departementets oppfatning av at den skjeve effekten forsterkes ved at det er de ressurssterke som lettest vil påbepose seg å få innfridd rettigheter.

Komiteen mener at det er grupper med de mest presis beskrevne diagnoser og konkrete behandlingsmuligheter som allerede i dag har langt bedre mulighet for å få nødvendige spesialisthelsetjenester enn grupper med diffuse lidelser og manglende eller utilstrekkelige behandlingsmuligheter. Komiteen viser til at dette kom fram under høringen ved behandlingen av denne loven. Komiteen finner også grunn til å vise til Lønning II-utvalget der det kom fram at kronikere, personer med diffuse lidelser og psykiatriske pasienter gjennom lang tid har vært underprioritert.

Komiteen vil hevde at det ikke er sannsynliggjort at disse grupper skulle komme i en verre posisjon med rettighetsfesting av spesialisthelsehjelp.

Komiteen viser til at det i høringsnotatet var foreslått å gi pasientene en rett til spesialisthelsehjelp, men at det i departementets forslag ikke foreslås en slik rett. Komiteen mener at uten rett til helsehjelp kan en forsterke usikkerheten i befolkningen med hensyn til å få nødvendig helsehjelp. Komiteen mener at dette også kan føre til mindre tiltro i befolkningen til det offentlige helsevesenet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener dette lett vil kunne forsterke en pågående trend mot flere private tilbud i helsevesenet og ikke minst en oppblomstring av helseforsikringsordninger.

Flertallet mener at en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp i det offentlige slik mange høringsinstanser hevder, vil kunne redusere mistroen til det offentlige helsetilbudet og gjøre privat helseforsikring mindre attraktiv for deler av befolkningen.

Komiteen viser til at en under de generelle merknader kort omtalte ventetidsgarantien. Komiteen viser videre til departementets vurdering av ventetidsgarantien. Selv om den nye ventetidsgarantien på 3 måneder har virket i kort tid, viser erfaringen med ventetidsgarantien at praktiseringen har vært så uensartet fra fylke til fylke at ordningen bare i mindre grad har oppfylt kravene til prioritering og likebehandling av pasientene. Komiteen viser til hva departementet sier på s. 42 i proposisjonen:

«Den gamle 6 måneders garantien som startet som en garanti for de alvorlig syke, ble etter hvert en kombinasjon av alvorlighet og diagnoselister og endte i praksis opp som et diagnosebasert system hvor det å ha en diagnose innebar at man fikk garanti.»

Departementet sier imidlertid om den nye 3 måneders garantiordningen:

«Departementet mener på det nåværende tidspunktet at det er for tidlig å trekke sikre konklusjoner når det gjelder spørsmålet om den nye ventetidsgarantien vil bidra til å redusere ventetiden for de som er tildeelt garanti, få til en riktigere prioritering av pasienter i sykehuskøen og utjevne ventetiden mellom sykehus gjennom en bedre utnyttelse av ledig kapasitet.»

Komiteen mener at med den usikkerhet som ennå knytter seg til kvaliteten på og ensartetheten av ventelistene, så bør ikke en rettighet til behandling knyttes til selve ventetidsgarantiordningen.

Komiteen er imidlertid kjent med at det pågår et arbeid for å finne sikre faglige premisser for beskrivelser av diagnoser og behandlingsopplegg, noe som etter hvert vil redusere de tilfeldigheter vi i dag ser er for fremtredende. Dette gir bedre mulighet for prioritering etter alvorlighetsgrad og mindre etter diagnose.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er imidlertid klar over at marginene kan være svært små mellom det som er greie kriterier for å komme på venteliste, og det som kan være uakseptabelt.

Komiteen har merket seg at noen hevder at ved å innføre en rett til helsehjelp så vil en binde opp ressurser til klage- og domstolsbehandling på bekostning av pasientbehandling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener dette ikke vil bli virkeligheten, dersom man setter klare vilkår for rett til nødvendig helsehjelp og klargjør pasientens rettigheter dersom fristen for å oppfylle retten ikke overholdes.

Komiteen antar at en ved å rettighetsfeste spesialisthelsetjenestene trolig vil få fram noen enkeltsaker for domstolen som kan gi føringer for pasientens rettigheter. Komiteen mener at det prinsipielt og reelt ikke er slik at helsetjenesten skulle være mindre egnet for rettsavgjørelser enn andre områder som er rettighetsfestet, f.eks. retten til spesialundervisning.

Komiteen viser til ovenstående drøftinger og går inn for en lovfesting av retten til nødvendig helsehjelp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at ved innføring av rett til nødvendig helsehjelp så må en klargjøre hva som skal ligge i begrepet «nødvendig helsehjelp». Lavere prioritert helsehjelp behøver ikke å bety at helsevesenet ikke skal utføre dette, men det kan verken være en rettighet for pasienter eller ha prioritet i helsevesenet.

Flertallet mener dette på en god måte illustreres i Lønning II «Prioritering på ny» sine forslag til prioriteringsgrupper. Dette betyr at de pasientgrupper som kan defineres inn i Lønning II-utvalgets grupper 1 og 2, dvs. de pasienter som har behov for grunnleggende og utfyllende helsetjenester, er de som i hovedsak vil få rettighet til nødvendig helsehjelp. Pasienter som kan kategoriseres i den laveste av de 4 gruppene utvalget foreslår, bør klart tilhøre gruppen som ikke gis rettighet eller prioritet, trolig også store deler av pasienter i gruppe 3. Gruppe 4 gjelder pasienter der behandlingen består bl.a. av

- tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerte
- tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom
- tiltak med høy risiko
- tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte
- tiltak som det vil være uetisk å utføre.

Flertallet viser til at gruppe 3 vil omfatte en rekke undersøkelser og behandlingsformer der det ikke er opplagt at tilgjengelige ressurser vil gi rom for verken rettighet eller prioritet.

Generelt legges det til grunn at denne gruppen pasienter bl.a. omfatter

- tilstander pasienten selv kan ta ansvar for
- tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå
- tiltak som har liten forventet nytte, dvs. mindre enn 5 pst. økt sannsynlighet for 5 års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller

som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet.

- tiltak som er kostbare i forhold til nytten.

Lønning II nevner eksempler som bl.a.

- ekstraomkostninger knyttet til medisiner som ikke har vist seg mer effektive enn standard medikamentell behandling
- plastiske operasjoner for kosmetiske plager
- helsesjekk på friske personer.

Flertallet legger til grunn at rettighetsfestet behandling må knyttes til behandling som gir helsegevinst.

Flertallet mener det i særlig grad må avklares hvilken rett gruppe-3 pasientene skal ha, basert på de retningslinjer som allerede er trukket opp av Lønning II-utvalget.

Flertallet viser til at det i Lønning II «Prioritering på ny» er gått nøye inn på forventet nytte og på at kostnadene som eventuell behandling utløser, må stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte. Flertallet mener at dette er selvsagte faktorer som en antar også i dag legges til grunn når behandlingsoppleggene for pasientene planlegges.

Flertallet erkjenner at grunnlaget for at retten til nødvendig helsehjelp fullt ut skal bli reell, vil være at de vedtatte opptrappingsplaner gjennomføres. Det vises i denne sammenheng til

- Nasjonal kreftplan.
- Plan for utstyrsinvesteringer.
- Opptrappingsplan for psykisk helse.
- Handlingsplan for eldre.

Flertallet legger til grunn at de økonomiske ressurser som stilles til rådighet, må være tilstrekkelige.

Flertallet viser ellers til at alle de nevnte planene er igangsatt, og at Regjeringen og Stortinget har forpliktet seg på å gjennomføre disse innenfor vedtatte tidsperioder. Dette burde danne et godt grunnlag for reelle rettigheter for pasientene.

Flertallet vil understreke at økonomi, personell og utstyr og måten disse ressursene utnyttes på, er avgjørende for spesialisthelsetjenestens kapasitet. På alle disse områder er det satt i verk reformer og handlingsplaner for å sikre en omfattende kapasitetsøkning innen spesialisthelsetjenesten i årene som kommer. Dette må likevel innebære at alle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp får denne hjelpen, for eksempel pasienter med sammensatte lidelser, pasienter med psykiske lidelser m.fl.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, antar at inntil alle reformene er gjennomført, kan ventetida bli lengre enn ønskelig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det er viktig at primærhelsetjenesten i samråd med spesialisthelsetjenesten følger opp disse pasientene på et forsvarlig medisinsk grunnlag.

Flertallet forutsetter at systemet med ventetidsforskrifter vil gjelde til den nye loven trer i kraft. Når pasientrettighetsloven trer i kraft, vil pasienten bli behandlet og informert i henhold til de prinsipper som det vises til i forbindelse med merknadene til lovens paragrafer.

Flertallet viser til at for å gi bedre oversikt over pasientens rettigheter også i § 2-1 tar inn allerede lovfestede rettigheter til øyeblikkelig hjelp og kommunehelsetjeneste.

Komiteen mener at følgende premisser legges til grunn:

- 1 En rett til helsehjelp knyttes opp til en forpliktelse for den som har ansvar for å yte tjenestene.
2. Pasienten skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn.
3. Det vises til de retningslinjer som alt er vedtatt for vurderingsgarantien. Dette legges til grunn og betyr at den enkelte pasient skal ha beskjed om
  - a) hvilken behandling han kan forvente å få
  - b) når undersøkelse eller behandling skal gis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener i tillegg at følgende premiss legges til grunn:

4. Rettigheten knyttes til tilstandens omfang og alvorlighetsgrad.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at også følgende premiss legges til grunn:

5. Rettigheten gjelder offentlig godkjent og finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og i institusjon som fylkeskommunen inngår avtale med.

Dette flertallet fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-1 lyde:

*§ 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 behandlingsmessige 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 ansees som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

Proposisjonens forslag til §§ 2-1, 2-2 og 2-3 blir henholdsvis § 2-2, § 2-3 og § 2-4.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at flertallsforslaget til ny § 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ikke i tilstrekkelig grad følger opp de premisser flertallet har lagt til grunn i merknadene.

Disse medlemmer viser til at flertallet i premissene legger til grunn at pasientene skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn, mens de i lovforslaget overlater til departementet å fastsette bestemmelser om denne tidsfristen i forskrifter. Flertallet klargjør ikke pasientenes rettigheter dersom fristen for oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp ikke overholdes.

Disse medlemmer konstaterer at flertallet i sitt lovforslag begrenser retten til nødvendig helsehjelp til å gjelde «innen de grenser kapasiteten setter». Dette innsnevrer rettigheten på en måte pasientene ikke er tjent med. Pasientene bør kunne forholde seg til klare og entydige rettigheter. Flertallets forslag bidrar ikke til det, men reiser snarere tvil om det reelle innholdet i retten til nødvendig helsehjelp.

Disse medlemmer frykter at flertallets forslag vil føre til økt antall klagesaker og senere rettslig behandling fordi det er uklart og overlater til politiske myndigheter fremfor faglig kompetanse å konkretisere og avgjøre innholdet i retten til nødvendig helsehjelp og fristen for å oppfylle denne.

Disse medlemmer har merket seg at ventetidsgarantien har blitt kritisert for å være for byråkratisk og firkantet idet den gir garanti for pasienter med visse diagnoser, mens pasienter som ikke har «riktig» diagnose faller utenfor.

Disse medlemmer mener erfaringene med praktiseringen av ventetidsgarantien har gjort det nød-



vendig å finne en ny og mer fleksibel løsning for å sikre pasientenes juridiske rett til behandling som i større grad gir rom for klinisk skjønn og individuell vurdering av pasientene. Det er f.eks. ikke slik at en bestemt diagnose nødvendigvis er like alvorlig for hvert enkelt individ.

Disse medlemmer viser til at det har blitt reist som innvendig mot å lovfeste rett til behandling at det vil føre til et vell av rettsaker fra folk som mener at de ikke får sin rett til behandling oppfylt. For å unngå en slik utvikling, er det nødvendig å unngå uklare vilkår for rett til behandling i lovteksten. Det er samtidig viktig å knytte oppfyllelsen av retten til behandling til en tidsfrist og klargjøre pasientens rettigheter dersom fristen ikke overholdes.

Disse medlemmer vil derfor foreslå lovfestet rett til nødvendig helsehjelp innen en individuell frist som skal fastsettes ut fra en medisinsk vurdering. For at dette skal bli en reell rettighet, må pasienten også gis klare rettigheter dersom fristen ikke oppfylles. Dersom pasienten ikke har fått nødvendig helsehjelp innen fristens utløp, skal pasienten for det offentlige regning tilbys behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i Norge eller i utlandet.

Den individuelt fastsatte fristen er å betrakte som en avtale mellom sykehuset og pasienten. Brudd medfører automatisk rett til nødvendig helsehjelp annet sted for det offentlige regning, uten at pasienten skal måtte klage. Behandlingsfristene skal være registrert og være offentlig tilgjengelig på en måte som gjør at den enkelte pasienten ikke skal kunne identifiseres.

Disse medlemmer erkjenner at det vil koste å gi mennesker rett til behandling. På denne bakgrunn har disse partier i sine alternative budsjetter foreslått å styrke helsesektoren økonomisk. På den annen side er det jo ikke slik at de 280 000 mennesker som i dag står i helsekø, ikke får behandling. For de aller fleste av disse vil det offentlige uansett måtte dekke utgiftene til helsehjelp. Det koster å gi pasienter behandling, men det koster totalt sett mer å la dem stå lenge i helsekø før de får behandling.

Disse medlemmer viser til at Sintef Unimed i 1998 la frem en undersøkelse som viser at helsekøene bidrar betydelig mer til sykefraværet enn hva man tidligere har antatt. 42 pst. av de langtidssykemeldte får sine sykemeldinger unødige forlenget på grunn av for dårlig kapasitet i helsevesenet. Et forsiktig anslag antyder at 1,2 mill. fraværsdager og 600 mill. kroner i sykepenge sløses bort for bedrifter og samfunnet, fordi ansatte står unødvendig i helsekø. Mange må vente så lenge at de havner på attføring eller blir uførepensjonister.

Disse medlemmer viser til at stadig flere bedrifter tegner helseforsikringer som dekker utgifter til privat helsehjelp for sine ansatte. De har ikke råd til å unnvære sine medarbeidere så lang tid som det tar før

de slipper til i det offentlige helsevesenet. Å sikre pasientene rett til behandling innen en medisinsk forsvarlig frist, ved at det offentlige betaler for slik behandling hos andre offentlige eller private helseinstitusjoner eller i utlandet dersom det offentlige helsevesenet ikke selv kan oppfylle retten, har således også en betydelig inntektsside for samfunnet.

Raskere behandling vil i de fleste tilfeller også være bedre og enklere behandling, og redusere risikoen for at pasienten uføretrygdes på grunn av sykdommen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-1 lyde:

#### § 2-1 Rett til helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist.

Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten innen samme kostnadsramme rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentlige regning.

Proposisjonens forslag til §§ 2-1, 2-2 og 2-3 blir henholdsvis § 2-2, § 2-3 og § 2-4.»

Disse medlemmer mener det er legens faglige vurdering og skjønn som skal utløse retten til behandling. Den faglige vurdering må etter disse medlemmers mening legges til grunn når det gjelder tidsfrist for behandling, og bygge på sykdommens alvorlighetsgrad.

Komiteen mener at alderskriterier ikke ensidig skal legges til grunn ved den faglige vurdering av behandlingens nødvendighet og spørsmål knyttet til utredning for behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil klart understreke at retten til øyeblikkelig hjelp står fast og gjelder alle som trenger hjelp. Videre vil flertallet vise til kommunehelsetjenesteloven som gir rett til nødvendig helsehjelp, og at pasienter som har behov for mer spesialisert behandling og tjeneste fra helsevesenet, skal henvises til spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at Regjeringen i sitt forslag til pasientrettighetslov ivaretar og styrker pasientens rettigheter ved bl.a. å gi pasienten rett til vurdering, rett til eventuell fornyet

vurdering, rett til valg av sykehus, rett til medvirkning og informasjon, bl.a. også gjennom rett til å samtykke til helsehjelp og rett til innsyn i journal. Disse medlemmer vil også peke på at pasientombudsordningen nå blir lovfestet og får en sterkere status på vegne av pasienten.

Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag til pasientrettighetslov, bl.a. med de nevnte lovfestinger, er et godt utgangspunkt for sterkere rettigheter for pasienten. Disse medlemmer mener også at andre lovverk som er framlagt og behandlet i løpet av 1998-99, bl.a. lovene om spesialisthelsetjenesten, psykisk helse og helsepersonell, er med på å kvalitetssikre helsetjenestene for pasienten og også understreke det offentliges plikt og ansvar for å yte pasienten nødvendig hjelp.

Disse medlemmer ser imidlertid at å innføre en rett til nødvendig helsehjelp med de avgrensinger som er omtalt i forbindelse med § 2-1, kan gi pasienter en bedre mulighet til å ivareta sine interesser, enn uten en slik rett.

Komiteens medlemmer fra Høyre vil sikre pasientene lovfestet rett til nødvendig helsehjelp. Med nødvendig helsehjelp forstår disse medlemmer grunnleggende og utfyllende helsetjenester (prioritetsgruppe I og II) slik disse er definert av Lønning II-utvalget i NOU 1997:18 Prioritering på ny.

Disse medlemmer mener det bør opprettes representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen eget fagfelt. Det bør også opprettes et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper, slik Lønning II-utvalget har foreslått. Faggruppene og det permanente prioriteringsutvalgets anbefalinger skal være retningsgivende for legens vurdering av pasientens rett til helsehjelp og fastsettelse av den individuelle fristen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen i tråd med anbefalingene i NOU 1997:18, Prioritering på ny, opprette representative faggrupper som skal gi råd om prioritering innen eget fagfelt, og et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper.»

#### § 2-2 Rett til vurdering

Komiteen sier seg enig i at en nå får en rettighetsfesting av vurderingsgarantien som betyr at alle som henvises til offentlig sykehus, også spesialistpoliklinikk, skal vurderes innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Dette vil være et viktig redskap for at pasienter med de alvorligste sykdommer sikres behandling først.

Komiteen vil ellers peke på at vurderingsgarantien må føre til at pasient og henvisende lege får informasjon om hvilken behandling pasienten kan forvente å få, og når behandling forventes å bli gitt.

Komiteen har merket seg at departementet legger til grunn at også privatpraktiserende spesialister som har avtale med fylkeskommunen, kan nyttes for å gi pasientene vurdering.

Komiteen viser også til at klagereglene i lovens kap. 7 også gjelder for vurderingsgarantien.

Komiteen finner det nødvendig at det også i lovparagrafen går fram at pasienten skal ha rett til å få oppgitt forventet tidspunkt for behandling.

Komiteen viser til at Stortinget i forbindelse med behandlingen av Nasjonal kreftplan våren 1998 enstemmig vedtok at Regjeringen i pasientrettighetsloven må ta utgangspunkt i at ventetiden ved mistanke om kreft normalt ikke skal overstige 15 virkedager for utredning, og 10 dager for innleggelse.

Komiteen har merket seg at departementet på side 45 i proposisjonen uttaler seg kritisk til tidsfrister basert på diagnose, fordi dette kan medføre at tidsfristene legges til grunn uten at det foretas en vurdering av hva som er forsvarlig i det enkelte tilfellet. Det er departementets oppfatning at vurderingen av hva som er forsvarlig, bør baseres på sykdommens alvorlighet. Komiteen er enig i dette.

Komiteen viser til at fristen på 30 dager ifølge departementet er å anse som en maksimumsfrist som gjelder i de tilfeller det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge.

Komiteen mener likevel at pasienter ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør få en raskere vurdering. Det er ikke holdbart at pasienter skal risikere å måtte vente opp til 30 dager på å få avklart en mistanke om f.eks. kreft. Det bør derfor være en frist på 15 virkedager for vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Dette må også oppfattes som en maksimumsfrist som bare gjelder i de tilfeller det er medisinsk forsvarlig å la pasienten vente så lenge.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-2 lyde:

#### § 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.»

Komiteen oppfatter den tidsmessige garantien som her gis, som en garanti for at en vurdering har funnet sted, enten ved at pasienten har vært tilsett av spesialist i løpet av denne tiden, eller ved at spesialisten ut fra den henvisningen som foreligger, har foretatt en faglig vurdering av den problemstillingen som framkommer i henvisningsskrivet innen utløpet av denne fristen. Komiteen forutsetter dermed at det innen fristens utløp skal foreligge en reell og faglig vurdering av pasientens tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling fra spesialistens side for at lovens ordlyd skal være oppfylt.

### § 2-3 Rett til fornyet vurdering

Komiteen viser til at retten til fornyet vurdering innebærer at pasienten gis mulighet til å få medisinske avgjørelser overprøvet bl.a. i de tilfeller hvor pasienten er uenig i diagnose, grad av alvorlighet og foreslått behandlingsopplegg.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er innforstått med at retten er gjort avhengig av at allmennlege henviser til fornyet vurdering. Flertallet er også enig i at retten bare gjelder én gang for samme tilstand, noe som til vanlig vil være en grei begrensning. Pasienten vil ved spørsmål om fornyet vurdering ha rett til å oppsøke annen primærlege enn den pasienten først fikk henvisning hos.

Komiteen vil imidlertid peke på de synspunkter som er kommet fra ledende pasientorganisasjoner der det kommer fram bekymring for at kronikere ikke vil få fornyet vurdering. Komiteen vil understreke at retten til fornyet vurdering ikke må praktiseres strengere for disse gruppene enn for andre, og vil mene at for disse gruppene kan det fra tid til annen være nødvendig å praktisere en noe åpnere holdning til fornyet behandling. En vedvarende tilstand kan ofte kreve fornyet medisinsk vurdering flere ganger for på den måten å forsikre seg om at pasienten får den helsehjelp som til enhver tid er optimal.

Komiteen vil også understreke at en ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre mener at rett til fornyet behandling skal pasienten kunne få uten samtykke eller henvisning fra sin allmennlege, og disse medlemmer er derfor uenig i lovteksten som forutsetter at rett til fornyet vurdering gjøres avhengig av allmennlegens samtykke. Ofte vil det jo nettopp være usikkerhet om allmennlegens vurdering som er utgangspunktet for at pasienten ønsker en fornyet vurdering.

Disse medlemmer vil ikke lovfeste at retten til fornyet vurdering bare skal gjelde en gang for samme tilstand, slik departementet foreslår. For de fleste vil nok én fornyet vurdering være tilstrekkelig, men det kan likevel være tilfeller hvor pasienten av gode og legitime grunner ønsker enda en ny vurdering. Da bør ikke loven kunne brukes til å nekte dem det.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-3 lyde:

### § 2-3 Rett til fornyet vurdering

Pasienten har uten henvisning fra allmennlege rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten.»

### § 2-4 Rett til valg av sykehus

Komiteen mener at lovfesting av fritt sykehusvalg innenfor samme behandlingsnivå som en er henviset for, er med på å gi pasientene større valgfrihet og kanskje også bedre utnyttelse av den samlede sykehuskapasiteten. I og med at denne retten er knyttet til planlagt behandling, skulle også sykehuseieren ha tilstrekkelig oversikt til å dimensjonere sitt helsetilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at pasientens bostedfylke skal betale for behandlingen og videre at reiseutgiftene forutsettes delt mellom pasient og det offentlige. Flertallet forutsetter at en ikke legger opp til regler som innebærer urimelige forskjeller for pasientene på landsbasis.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre ser svært positivt på at det endelig har blitt politisk flertall for å gi pasientene rett til fritt sykehusvalg i hele landet. Fylkesgrensene har alt for lenge virket som meningsløse hindringer for pasientenes muligheter til å få behandling.

Fritt sykehusvalg kombinert med innsatsstyrt finansiering vil skape konkurranse mellom sykehusene og slik bidra til mer kostnadseffektive og ikke minst kvalitativt bedre tjenester. Sykehusenes inntekter vil avhenge av at de klarer å tiltrekke seg pasienter.

Disse medlemmer vil påpeke betydningen av at pasientene gis informasjon om muligheten til å velge behandling også ved sykehus utenfor hjemfylket. Pasienten må også få tilgang til informasjon om ventetid og kvalitet ved aktuelle sykehus.

Disse medlemmer vil presisere at fritt sykehusvalg også skal gjelde innenfor psykiatrien.

Disse medlemmer viser til at det i høringsutkastet til pasientrettighetsloven ble foreslått at reiseutgiftene skulle deles likt mellom pasienten, folketrygden og fylkeskommunen. I proposisjonen foreslås det

at reiseutgiftene bare skal deles mellom pasienten og folketrygden.

Disse medlemmer mener det for mange pasienter vil bli en hindring å dekke så stor del av reiseutgiftene selv. Departementets forslag innebærer i realiteten en begrensning av retten til fritt sykehusvalg, idet denne gjøres avhengig av pasientens økonomiske evne til selv å dekke halvparten av reiseutgiftene forbundet med å velge sykehus utenfor eget bosted.

Med fritt sykehusvalg fjerner vi fylkesgrensene som geografisk sperre for pasientenes muligheter til å søke behandling utenfor eget fylke eller egen helseregion. Da kan det ikke være riktig samtidig å bygge opp økonomiske hindringer som gjør denne valgfriheten illusorisk for mange pasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet over flere år har foreslått å innføre fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå og er glad for at dette nå lovfestes. Disse medlemmer mener imidlertid at skal fritt sykehusvalg bli reelt, bør gjestepasientordningen opphøre og finansieringen for behandling i annet fylke enn bostedsfylke gjøres opp med stykkprisbetaling til det sykehus som foretar behandlingen. Et annet forhold som må bringes på plass for at fritt sykehusvalg skal bli reelt, er en endring av reiseutgiftfordelingen. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til at en tidligere hadde en ordning med en tredeling av reiseutgiftene, nemlig en del ble betalt av bostedsfylke, en annen del av Rikstrygdeverket og en tredje del som en egenandel fra pasienten selv. I foreliggende lovproposisjon er det lagt opp til at pasienten og Rikstrygdeverket i sin helhet skal dekke reiseutgiftene ved fritt sykehusvalg.

Disse medlemmer er ikke enig i denne fordelingen av reiseutgiftene og vil derfor foreslå at det fortsatt blir en tredeling av reiseutgiftene mellom bostedsfylke, Rikstrygdeverket og pasienten dog slik at pasientens egenandel maksimalt kan bli 400 kroner, og at dette beløpet kan føres på frikortet. Disse medlemmer har registrert at departementet ønsker å komme tilbake til spørsmålet om fordeling av reiseutgifter ved fritt sykehusvalg, men disse medlemmer mener at en allerede under behandlingen av det foreliggende lovforslaget må fastsette den egenbetaling for reise som pasientene skal betale for behandling ved sykehus utenom bostedsfylke.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-4 lyde:

#### § 2-4 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til valg av behandlingssted som omfattes av de offentlige helseplaner inkludert private spesialister med driftsavtaler. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Reiseutgifter ved fritt sykehusvalg dekkes av Rikstrygdeverket, fylkeskommunen og pasienten med en tredjedel hver. Pasientens andel begrenses oppad til kr 400, det øvrige deles likt mellom Rikstrygdeverket og fylkeskommunen.»

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at departementet vil komme tilbake til hvordan reiseutgiftene skal deles mellom pasienten og folketrygden i budsjettet for 2000. Disse medlemmer vil peke på muligheten for å beholde dagens tredeling av reiseutgiftene, la folketrygden dekke reiseutgiftene i sin helhet eller fastsette et maksimumsbeløp som pasientene må dekke selv. Disse medlemmer ber departementet i den forbindelse vurdere disse og eventuelt andre alternativer som i mindre grad vil bli en økonomisk belastning for pasienter som av ulike grunner ønsker behandling ved sykehus i andre deler av landet.

Disse medlemmer mener begrensningen av det frie sykehusvalget til bare å gjelde samme behandlingsnivå ikke bør lovfestes. I de fleste tilfeller vil pasienten være hjulpet gjennom et tilbud på samme behandlingsnivå, og det bør også være hovedregelen. I enkelte tilfeller kan det imidlertid tenkes at pasienten har legitime grunner til å ønske behandling på et høyere og mer spesialisert nivå. Da bør ikke lovteksten være til hinder for det.

Disse medlemmer vil derfor stemme mot annet ledd i proposisjonens forslag til lovparagraf om rett til valg av sykehus.

#### § 2-5 Rett til individuell plan

Komiteen har merket seg at det i høringsnotatet ble foreslått en lovfestet rett for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester til å få utarbeidet individuell plan for sitt behandlingsopplegg.

Komiteen viser til at en nå foreslår lovfestet rett til helsehjelp, og finner det naturlig at en også lovfester retten til individuelle planer for forannevnte grupper. Komiteen tror nettopp at disse gruppene, som til dels ikke har fått den oppmerksomhet i helsevesenet som de burde, har behov for mest mulig klarhet i både hva slags behandling de kan forventes å få, og til hvilken tid. Komiteen mener det er viktig at ansvarsforhold avklares.

Komiteen har merket seg at det er hevdet at en slik rettighet kan bli vag og uklar eller i ytterste konsekvens innebære misforståelser om hva rettigheten faktisk går ut på. Komiteen mener at slike innvendinger heller tydeliggjør behovet for klart definerte tiltak i planene, som igjen betyr at pasientene får nødvendig avklaring på sitt behandlingsforløp.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-5 lyde:

*§ 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.»

## **2.4 Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon**

### *§ 3-1 Pasientens rett til medvirkning*

Komiteen viser til at denne paragrafen gir pasienten en rett til å medvirke. Ved siden av at dette gir de pasienter som har mulighet til det og ønsker det, en viss åpning for å influere på behandlingssopplegget, så krever det en aktiv og åpen holdning fra helsepersonellens side til å ta pasientens synspunkter på alvor. Grunnlaget for en slik dialog er at pasienten gis relevant informasjon.

Det er likevel grunn til å understreke at det er helsepersonellens ansvar og rett å velge den metode for behandling eller undersøkelse som de ut fra sine kunnskaper mener er den beste og eventuelt mest forsvarlige.

Selvsagt er at medvirkningsretten vil variere ut fra hver enkelt pasients forutsetninger og behov og behandlingens karakter.

### *§ 3-2 Pasientens rett til informasjon*

Komiteen vil understreke at hver enkelt helseinstitusjon må ha klare og entydige rutiner og retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal gjennomføres og overholdes. Dette betyr at helsepersonellet må utøve informasjonsarbeidet i samsvar med gjeldende bestemmelser samtidig som det påligger eieren av virksomheten, den systemansvarlige, å sikre gode informasjonsrutiner. Komiteen vil understreke at der det faglig sett er flere likeverdige alternative undersøkelses- eller behandlingssopplegg, må kvaliteten på informasjonen være slik at pasienter som er i stand til det og ønsker det, har mulighet til å benytte sin rett til medvirkning.

Komiteen vil fremheve den rett pasienten har til å bli informert om risiko og bivirkninger som kan følge av behandling.

Komiteen vil også understreke den rett som pasienten har innenfor visse grenser, til ikke å la seg informere.

Komiteen vil likevel peke på annet lovgrunnlag som tilsier at pasienten skal informeres uavhengig av pasientens vilje og viser her som eksempel til smittevernloven som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Komiteen vil peke på betydningen av at pasienter som er påført betydelig skade eller at det er opp-

stått komplikasjoner som følge av helsehjelpen, skal informeres om dette bl.a. av hensyn til klageretten og adgangen til å søke erstatning. Komiteen viser også til at pasienten skal ha adekvat informasjon om klagerett og eventuelle erstatningsmuligheter, for eksempel fra Norsk Pasientskadeerstatning.

### *§ 3-3 Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Komiteen viser til at hovedregelen er at pårørende skal få informasjon om pasientens helsetilstand, diagnose, behandlingsutsikter og hvilken helsehjelp som vil bli gitt under forutsetning av pasientens samtykke.

Komiteen viser ellers til at loven regulerer informasjonsadgangen til pårørende for pasienter som ikke kan ivareta sine interesser selv. Retten til informasjon er i slike tilfeller sidestilt mellom pasienten selv og dennes nærmeste pårørende. Komiteen vil også understreke betydningen av at en journalfører hvilken informasjon som er gitt til pårørende.

### *§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig*

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at hovedregelen er at foreldre eller andre med foreldreansvar skal gis informasjon når pasienten er under 16 år, noe som betyr en opplysningsrett for helsepersonellet. På den annen side betyr også bestemmelsen at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt når barn er over 16 år, med mindre barnet samtykker til at opplysningene gis.

Flertallet vil også vise til at det i lovparagrafen er foreslått unntak om at foreldre eller andre med foreldreansvar skal ha informasjon for barn mellom 12 og 16 år når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Årsaker som kan tilsi at foreldre mot barnets vilje ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, kan for eksempel være mishandlingssaker, prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd og lettere psykiske problemer for eksempel knyttet til mobbing.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet går inn for at den helsemessige myndighetsalder skal settes til 18 år. Det betyr at alle under 18 år må betegnes som mindreårige i forhold til lovverket. Det er for disse medlemmer meget viktig å opprettholde foreldreansvaret fullt ut og at myndighetsalderen settes lik den vanlige myndighetsalder på 18 år. Disse medlemmer kan ikke gi sin tilslutning at opplysninger om pasienter i alderen 12-16 år ikke skal komme foreldrene til kjennskap hvis pasienten selv i denne alder ikke ønsker at slike opplysninger blir gitt til foreldre eller personer med foreldreansvar.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 3-4 lyde:

*§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig*

Er pasienten under 18 år skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 18 år etter barnevernlovens § 4-8 eller § 4-12, gjelder tilsvarende for barneverntjenesten.»

*§ 3-5 Informasjonens form*

Komiteen understreker at informasjonen må gis i en forståelig form for pasienten tilpasset dennes forutsetninger, og så langt det er mulig må en sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Komiteen mener at dette også bør tas inn i loven. I dette ligger det at en må tilpasse informasjonen slik at minoritetsspråklige får tilgang på informasjon i samsvar med pasientrettighetslovens intensjoner og regler. Komiteen mener at opplysning om den informasjon som er gitt, bør nedtegnes i pasientens journal og vil foreslå at dette tas inn i loven.

Komiteen fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 3-5 andre og tredje ledd lyde:

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*

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener i likhet med departementet at helsepersonellet har adgang til å gi videre følsomme helseopplysninger til andre enn den som opplysningene gjelder, men lovgivningen skal være snever ut fra integriteten til den opplysningene gjelder, og alminnelige bestemmelser om taushetsplikt. Flertallet viser til at det kan være tilfeller hvor den opplysningene gjelder, selv ber om at taushetsplikten skal falle helt eller delvis bort. Dette bør så langt det er forsvarlig, kunne etterkommes, og følgende formulering bør tas inn i loven: Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den opplysningene gjelder, bestemmer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er enig i at taushetsplikten skal falle bort i den utstrekning den opplysningene gjelder, bestemmer.

Komiteen vil ellers understreke at helsepersonellet bør holde seg til en ytterst streng praksis i utlevering av taushetsbelagte opplysninger når opplysningsplikt trer inn. Dette bør også gjelde i de tilfeller hvor den opplysningene gjelder, har gitt samtykke til at informasjon gis, f.eks. opplysninger til forsikrings-selskap. Den opplysningene gjelder, bør få kopi av de utleverte opplysninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 3-6 andre og tredje ledd lyde:

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.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet finner at lovteksten på dette punkt må strammes opp noe for å styrke taushetsplikten. Det skal etter disse medlemmers mening ikke være helsepersonellens skjønn som skal avgjøre hvorvidt den aktuelle pasient blir informert om opplysninger som er gitt til andre.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 3-6 andre ledd lyde:

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

Komiteen vil anmerke at forsikringsselskaper ber om opplysninger fra pasientjournal i forbindelse med tegning av forsikring eller før utbetaling av forsikringspremier, og at opplysninger dermed kan bli brukt til annet formål enn de var ment til, uten at dokumentenes utforming nødvendigvis er egnet til dette formålet. Blant annet kan slike journalopplysninger inneholde svært sensitive opplysninger som forsikringsselskapet ikke uten videre bør ha tilgang til, eller de kan inneholde medisinske opplysninger som ut fra senere undersøkelser viser seg å være feilaktige. Selv om forsikringstakere signerer samtykkeerklæringer for utlevering av pasientopplysninger, vil komiteen anta at forsikringstakere ikke uten videre kan overskue alle konsekvenser av at opplysninger utleve-

res. Det er etter komiteens syn derfor viktig at det foreligger gode rutiner for utlevering av pasientopplysninger til dette formål, slik at de opplysninger som utleveres, ikke kommer i konflikt med taushetsplikten. Når leger bes om å utlevere pasientopplysninger til forsikringsselskaper, bør det etter komiteens syn inngå som rutine at den lege som utsteder legeerklæringen, gjør pasienten oppmerksom på at slike opplysninger utleveres. Legen bør også informere pasienten om hvilke opplysninger som gis, slik at det kan tas hensyn dersom pasienten har reservasjoner knyttet til utlevering av disse opplysningene. Ved tilbakeholdelse av opplysninger ut fra pasientens ønske om dette, må legen etter komiteens syn vurdere om dette er opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av pasientens helsetilstand fra forsikringsselskapets side, og i så fall gjøre oppmerksom på at visse opplysninger er holdt tilbake, men uten å angi hvilke opplysninger dette er.

Legen har etter komiteens syn et særlig ansvar for å se til at de helseopplysninger som foreligger i journalen, og som legen vet at er feilaktige, ikke vidresendes til forsikringsselskap, og for at disse korrigeres i ettertid overfor forsikringsselskapet dersom slike opplysninger tidligere er sendt.

Komiteen viser til at det er nedsatt et utvalg som skal utrede utlevering av helseopplysninger til forsikringsselskaper og foreslå regulering på området.

## 2.5 Kapittel 4 Samtykke til helsehjelp

### § 4-1 Hovedregel om samtykke

Komiteen viser til at krav om samtykke fra pasienten gjelder alle sider ved helsemessig virksomhet samtidig som det stilles krav til at informasjonen skal tilpasses den enkelte pasient slik at denne informasjonen normalt skal gi pasienten et beslutningsgrunnlag. Unntak fra dette vil være situasjoner som tilsier at en verken kan få gitt informasjon eller der pasienten av åpenbare grunner ikke er i stand til å gi samtykke, f.eks. øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Komiteen vil understreke pasientens rett til å trekke tilbake samtykke om behandling. Mange situasjoner kan tilsi avbrudd av behandling etter pasientens ønske, mens det kan oppstå situasjoner der helsepersonellet på en omsorgsfull og forståelsesfull måte kan oppmuntre pasienten til å fullføre behandling han/hun tidligere har bestemt. Komiteen vil likevel understreke respekt for pasientens ønske. Komiteen vil ellers vise til at helsepersonellet i visse situasjoner med hjemmel i nødbestemmelsen i helsepersonellovens § 7 kan fortsette helsehjelpen hvis avbrudd kan få svært alvorlige helsemessige følger. Komiteen viser til psykisk helsevernlovens bestemmelser om at samtykke ikke fullt ut kan gjelde overfor pasienter som blir berørt av tvangsbestemmelser i psykisk helsevernloven, men komiteen viser til at pasientret-

tighetslovens bestemmelser om selvbestemmelse også gjelder for det psykiske helsevernet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er enig i at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, men disse medlemmer vil i denne sammenheng påpeke viktigheten av at den informasjon som blir gitt, også blir forstått av pasienten. Det må derfor etter disse medlemmers mening dokumenteres at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen før helsehjelp iverksettes. Dette kravet bør etter disse medlemmers mening gå klart frem av lovteksten, og disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 4-1 første ledd lyde:

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

### § 4-2 Krav om samtykkets form

Komiteen understreker at i noen tilfeller vil pasientens handlemåte være slik at en må forutsette at samtykke dermed er gitt.

### § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse

Komiteen har merket seg at for at pasienten skal bli fratatt selvbestemmelsesretten, kreves det at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt. Komiteen vil understreke betydningen av at avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse, skal være begrunnet og skriftlig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det er særdeles viktig at en har klare retningslinjer når det gjelder hvem som har samtykkekompetanse til helsehjelp. Disse medlemmer mener således at mindreårige før fylte år ikke bør ha samtykkekompetanse, men at barn under 18 år må ha samtykke fra foresatte.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 4-3 første ledd lyde:

Rett til samtykke til helsehjelp har myndige personer med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.»

#### *§ 4-4 Samtykke på vegne av barn*

Komiteen viser til at forslaget første ledd er hjemlet i barneloven.

Komiteen har merket seg at departementet i sitt forarbeid har slått fast at foreldre som har felles foreldreansvar, må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap, noe som betyr at om en av foreldrene nekter, så vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke. Komiteen vil ellers vise til barnelovens §§ 4-8 og 4-2 der det kan være aktuelt å treffe vedtak etter disse paragrafer i de tilfeller der barnet har påtrengende behov for helsetjenester, og foreldrene eller andre med foreldreansvar ikke sikrer at barnets behov dekkes.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet mener at den helsemessige myndighetsalder skal være 18 år.

Som en følge av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 4-4 første og andre ledd lyde:

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 18 år.

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

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

Komiteen har merket seg at dersom en ungdom motsetter seg helsehjelp, kan ikke foreldrenes samtykke legalisere behandling. Komiteen viser til at også her vil nødrettbestemmelsen i helsepersonelloven kunne hjemle behandling uavhengig av samtykke.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at disse medlemmer foreslår endringsforslag til § 4-9 om pasienters rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner. Som en naturlig følge av dette vil disse medlemmer stemme mot forslaget til § 4-5 tredje ledd.

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

Komiteen mener at forslaget andre ledd tillegger pårørende en myndighet og ansvar de trolig ikke burde ha fullt ut. Komiteen mener at helsepersonellet har hjelpeplikt med mindre det er helt åpenbart at pasienten har truffet en veloverveid beslutning om det motsatte. En kan tenke seg at pårørende ønsker å velge bort muligheten til f.eks. blodoverføring.

Komiteen mener at andre ledd bør fange opp denne problemstillingen. og at andre punktum i proposisjonens forslag bør gå ut.

På denne bakgrunn fremmer komiteen følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 4-6 andre ledd lyde:

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.»

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

Komiteen mener i likhet med departementet at det kan oppstå tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse, f.eks. små barn uten pårørende og senil demente uten pårørende. I slike tilfeller må helsepersonellet selv fatte nødvendige beslutninger for å gi helsehjelp.

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

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke betydningen av at det må være pasientens egen vilje så langt denne er mulig å bringe på det rene, som må være avgjørende for å unnlate å gi behandling. Der dette er situasjonen, må en i mindre grad være opptatt av at pårørende skal influere på avgjørelsen.

Komiteen vil understreke helsepersonellens plikt til å redde liv der det er mulig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet kan ikke gi sin tilslutning til at pasienter pga. alvorlig overbevisning kan nekte å motta blod eller blodprodukter eller nekte å avbryte en pågående sultestreik. Disse medlemmer mener det er særdeles vanskelig for helsepersonell til enhver tid å kunne bedømme hvorvidt nekt av helsehjelp, eksempelvis blodoverføring, er en alvorlig overbevisning fra pasientens side, og det samme gjelder å avbryte pågående sultestreik. Det er helsepersonellens første oppgave å redde liv og gi helsehjelp, og dette ufravikelige krav til helsepersonellet kan ikke settes til side i tilfeller som nevnt ved å nekte å motta blodprodukter eller nekte å avbryte en pågående sultestreik og oppfølgen- de behandling etter denne.

Disse medlemmer har imidlertid stor forståelse for at døende pasienter må få lov til å si nei til



livsforlengende behandling. Om en pasient ikke er i stand til å bestemme dette selv, bør helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjenner tilsvarende ønsker.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 4-9 første ledd lyde:

Pasienten har ikke pga. alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

## 2.6 Kapittel 5 Rett til journalinnsyn

### § 5-1 Rett til innsyn i journal

Komiteen vil understreke at innsynsrett er en viktig rettighet for pasientene. Komiteen sier seg enig i lovforslaget om at det å nekte en pasient innsyn må knytte seg til nødrettsbetraktninger.

Begrensninger i innsynsretten kan sjelden eller aldri gjelde hele journalen, men må bare gjelde den delen av journalen som kan bringe pasienten i noen form for fare ved å få tilgang på opplysninger.

Komiteen vil peke på at beslutninger om begrensninger i innsynsretten alltid må nedtegnes i journalen og begrunnes.

### § 5-2 Retting og sletting av journal

Komiteen har merket seg at nye regler i helsepersonelloven har utvidet adgangen noe til å få slettet journalanmerkninger. Komiteen er kjent med at slik sletting skal gjøres etter bestemte regler. Komiteen sier seg fornøyd med at pasientene nå har mulighet til å få rettet journalen om den skulle inneholde gale eller mangelfulle opplysninger eller utilbørlige utsagn.

### § 5-3 Overføring og utlån av journal

Komiteen mener at den rett som pasienten har til å motsette seg at journalopplysninger gis videre mot pasientens vilje, er viktig. Komiteen er innforstått med at der mangelfulle overføringer av opplysninger ville sette pasientens liv i fare eller påføre helseskade, så må overføring være tillatt.

Komiteen viser for øvrig til sine merknader til § 3-6.

## 2.7 Kapittel 6 Barns særlige rettigheter

### § 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjonen

Komiteen viser til at problemstillinger knyttet til samværsrett og informasjon for foreldre som ikke bor sammen med barnet pga. samlivsbrudd, må løses gjennom reglene i barneloven kap. 6. Komiteen vil vise til at retten til å ha en av foreldrene hos seg også

gjelder for barn som er innlagt i institusjoner under det psykiske helsevesenet. Komiteen vil imidlertid understreke at i de tilfeller hvor én eller begge foreldre er årsak til barnets sykdom, så må helsepersonellet ta stilling til foreldrenes nærværelse.

### § 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjonen

Komiteen viser til at barns rettigheter til undervisning er hjemlet i grunnskoleloven og lov om videregående opplæring.

## 2.8 Kapittel 7 Klager

### § 7-1 Anmodning om oppfyllelse

Komiteen viser til at det i § 2-1 er foreslått rett til nødvendig helsehjelp. Komiteen understreker at dette betyr en plikt for den som yter helsehjelp, til å overholde lovreglene.

Komiteen mener at formell og ryddig klageadgang er en viktig pasientrettighet. Komiteen legger til grunn at også avgjørelser som gir pasienten delvis medhold, kan påklages, dvs. at klageretten ikke er begrenset til avslag.

Komiteen vil understreke at det er klagerett for pasienter som henvender seg til helsetjenesten uten å motta hjelp, jf. definisjonen av pasient i § 1-3, og selv sagt klagerett for pasienter som mottar eller tilbys helsehjelp.

Vedtak om å nekte å gi nødvendig helsehjelp kan derfor påklages til fylkeslegen. Det samme gjelder unnlatelser som medfører at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de likevel ikke som parter i samme sak, og en søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

Komiteen mener at pasienter gjennom den klageadgangen det er åpnet for, nå får en bedre mulighet til å ivareta sine interesser både hva gjelder retten til vurdering, behandling, valg av sykehus m.m. Komiteen har merket seg at det i omtalen av lovparagrafen er gjort greie for at f.eks. klager fra psykiatriske pasienter om tvungen psykiatrisk helsehjelp vil følge regelverket i psykisk helsevernloven på samme måte som det gjelder særlige klageregler i andre lover som f.eks. smittevernloven.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, foreslår at § 7-1 får tittelen «Anmodning om oppfyllelse», og at paragrafens innhold tilpasses retten til helsehjelp. Dette gjelder også § 7-2 og § 7-5.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 7-1 tittel og første ledd lyde:

*§ 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.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at når disse medlemmer i innstillingen har gått inn for rett til behandling, må lovteksten i § 7-1 endres betydelig. Klageadgangen og klagemuligheten i forhold til rett til behandling mener disse medlemmer er særdeles viktig for at rettsikkerhet for pasienten kan bli ivarettatt på en god måte. Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 7-1 lyde:

*§ 7-1 Klagerett*

Avgjørelse etter § 2-1 kan påklages av pasient eller av pårørende når disse på egenhånd har søkt om helsehjelp pga. omsorg for pasient.

Pasient som har fått avslag på krav om vurdering etter § 2-2 på krav om fornyet vurdering etter § 2-3 eller på ønske om å bytte sykehus etter § 2-4 kan påklage avgjørelsen.

Pasient eller pårørende som mener bestemmelsen om rett til medvirking og rett til informasjon, rett til innsyn, retting og sletting av journal og rett til selvbestemmelse ikke er overholdt, kan klage over brudd over helsepersonells plikter etter helsepersonelloven.»

*§ 7-2 Klage*

Komiteen har merket seg at en i saksgang følger forvaltningslovens prinsipper, bl.a. ved at fylkeslegen er klageinstans i de tilfeller hvor underinstansen, det vil i dette tilfelle si tjenesteyter, ikke har imøttekommet klageren.

Komiteen viser ellers til merknad under § 7-1 og fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 7-2 første ledd første punktum lyde:

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

*§ 7-3 Klagens form og innhold*

Komiteen har merket seg at klagebehandlingen så langt det er mulig, følger forvaltningslovens bestemmelser i forhold til formaliteten ved klagefremsetting. Komiteen mener imidlertid at en i særlige tilfeller bør kunne fremsette klager muntlig, for ek-

sempel når tidsaspektet kan ha betydning for klagens betydning, men klager må også i slike tilfeller i ettertid framlegges i skriftlig form. Komiteen ber departementet vurdere dette i forbindelse med utarbeidelse av forskriften til pasientrettighetsloven.

*§ 7-4 Anmodning om administrativ reaksjon*

Komiteen viser til § 72 i helsepersonelloven. Komiteen viser til at pasienten eller pårørende kan kontakte fylkeslegen i tilfeller der for eksempel pasienten ikke har fått nødvendig informasjon av helsepersonell, ikke har fått tilgang til egen journal m.m.

*§ 7-5 Frist for anmodning og klage*

Komiteen viser til merknader under §§ 7-1 og 7-2 og fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 7-5 tittel og første ledd lyde:

*§ 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.»

*§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse*

Komiteen vil understreke betydningen av at forvaltningslovens bestemmelser legges til grunn så langt disse kan innpasses. Det vil innebære at reglene for enkeltvedtak gjøres gjeldende, noe som betyr at klageren bl.a. får underretning om saksgang og en begrunnelse.

## 2.9 Kapittel 8 Pasientombud

*§ 8-1 Formål*

Komiteen har merket seg at to hovedformål for pasientombudet ligger til grunn:

- Ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten.
- Arbeide for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Komiteen legger etter dette til grunn at pasientombudene ikke bare skal reagere etter henvendelser fra pasienter og publikum, men skal også ta egne initiativ og ta tak i kritikkverdige forhold som ombudet måtte få eller skaffe seg kjennskap til.

Komiteen vil også tro at ombudsordninga vil tjene på at pasientombudet holder god kontakt med relevante forbrukerorganisasjoner, pasientorganisasjoner og andre.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter en lovfesting av pasientombud i alle fylker. Disse medlemmer mener pasientombudsordningen bør være en statlig ordning, og

vil foreslå det. Pasientombudets ansvars- og arbeidsområde bør etter disse medlemmers mening også omfatte primærhelsetjenesten og psykiatrien. Disse medlemmer mener videre at pasientombudene som statlig ansatte kan samlokaliseres med de fylkeskommunale forbrukerråd.

Pasientombudene har så langt virket bra og styrket pasientenes medbestemmelsesrett og klagemuligheter, men disse medlemmer mener at pasientombudene bør fristilles fra den fylkeskommunale administrasjon for derved å få et tilstrekkelig uavhengig forhold. Dette er hovedbegrunnelsen for disse medlemmer til å foreslå statlige ombud i alle fylker.

Disse medlemmer finner det viktig at det etableres et råd for pasientombudene i hvert fylke. Dette rådet bør etter disse medlemmers mening sammensettes av mennesker med særlig medisinsk-faglig og helse- og sosialpolitisk kompetanse samt juridisk og etisk kompetanse, og brukerorganisasjonene bør være representert i slike råd. Disse medlemmer vil henstille til departementet å medvirke til at slike pasientombudsråd blir etablert i alle fylkeskommuner. Det er etter disse medlemmers mening også viktig at det enkelte pasientombud kan få uttale seg før eventuelt slikt råd etableres.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 8-1 lyde:

#### *§ 8-1 Formål*

Pasientombudet skal arbeide for at pasienter ikke utsettes for urett og for at helsepersonell ikke forsømmer sine plikter. Dessuten skal pasientombudet arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig og har taushetsplikt etter helsepersonelloven.»

#### *§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen*

Komiteen understreker at med denne paragrafen er alle fylkeskommuner pålagt å ha pasientombud, noe de aller fleste har etablert uten direkte lovpålegg. De få fylker som ennå gjenstår, bør snarest forberede pasientombudsordninga.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser at den logiske konsekvens av pålegget om at alle fylkeskommuner skal ha et pasientombud, er at fylkeskommunen er ansvarlig for ordninga både hva angår ansettelsesmyndighet, kompetansekrav for de tilsatte og finansieringsansvar.

Komiteen har merket seg at flere av pasientorganisasjonene mener at pasientombudet burde være statlig forankret for å sikre at ombudet ikke hadde bindinger til fylkeskommunen som tjenesteyter.

Komiteen viser imidlertid til at det lovfestes at «ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig».

I departementets kommentar til loven sies det:

«Den lovfestede uavhengigheten medfører at fylkeskommunen ikke skal ha instruksjonsmyndighet i enkeltsaker over pasientombudene. Det innebærer at de bl.a. skal ha eget budsjett og at de står fritt til å organisere sin interne virksomhet, innenfor de rammer som er trukket opp av fylkeskommunen som arbeidsgiver.»

Komiteen legger dette til grunn og forutsetter at pasientombudene har uavhengighet og faglig selvstendighet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 8-2 lyde:

#### *§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen*

Ombudene skal være et statlig ansvar med ombud i samtlige av landets fylkeskommuner. Pasientombudenes ansvar og arbeidsområde skal omfatte spesialisthelsetjenesten, både somatikk og psykiatri, og primærhelsetjenesten.»

#### *§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasientombudet*

Komiteen har merket seg at det er lagt opp til åpne kanaler inn til pasientombudene og ser dette som en viktig forutsetning for at ombudet skal fylle sin rolle. Komiteen har også merket seg at den som kontakter ombudet, kan være anonym. Slike anonyme henvendelser kan imidlertid legge visse begrensninger på pasientombudets initiativ avhengig av hva saken gjelder.

#### *§ 8-4 Behandling av henvendelser*

Komiteen har merket seg at pasientombudet ikke har noen plikt til å undersøke alle saker det mottar. I de tilfeller hvor pasientombudet ikke går videre med saken, skal den som har henvendt seg, få underretning og begrunnelse for ombudets avgjørelse.

#### *§ 8-5 Pasientombudets rett til å få opplysninger*

Komiteen vil understreke den retten pasientombudet har til å få opplysninger fra offentlige myndigheter, også private spesialister som har driftsavtale med fylkeskommunen. Komiteen regner for øvrig med at pasientombudet har tilgang til de journalopplysninger som er relevante, for å gå inn i enkeltsaker og opplysninger som er nødvendige for å gjennomføre sitt øvrige lovfestede arbeid.

### § 8-6 Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

Komiteen har merket seg at pasientombudet har rett til fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

### § 8-7 Pasientombudets oppgaver

Komiteen viser til de oppgaver som er listet opp i paragrafen, og § 8-1 som beskriver formålet med ordninga. Komiteen antar at ombudets arbeid i stor grad vil være å bistå enkeltpasienter med råd og veiledning og bistand i forbindelse med pasientens møte med helsetjenesten.

Komiteen vil også anta at når nå pasientrettighetsloven får egne klagebestemmelser, så vil oppgaven med å bistå pasienter med klager øke.

Komiteen vil tro at mye arbeid må nedlegges i rådgivnings- og veiledningsarbeid overfor helsetjenesteyterne for å sikre kvaliteten, samt gå inn i kritikkverdige forhold.

Komiteen har også merket seg at pasientombudet forventes å gi informasjon om sin virksomhet til ulike parter.

Når det gjelder pasientombudets arbeidsoppgaver, mener komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet at pasientombudene også må kunne treffe enkeltvedtak som blir å regulere ved forskrifter. Ved at pasientombudene får anledning til å gjøre enkeltvedtak vil dette føre til rask og effektiv saksbehandling i mange ukompliserte enkeltsaker. Det må også for slike vedtak gis klageadgang.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 8-7 sjette ledd lyde:

Pasientombudet skal kunne treffe enkeltvedtak i saker regulert ved forskrifter.»

## 3. FORSLAG FRA MINDRETALL

### Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

#### Forslag 1

I lov om pasientrettigheter skal følgende bestemmelser lyde:

§ 2-1 skal lyde:

#### § 2-1 Rett til helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist.

Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten innen samme kostnadsramme rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning.

Proposisjonens forslag til §§ 2-1, 2-2 og 2-3 blir henholdsvis § 2-2, § 2-3 og § 2-4.

§ 2-3 skal lyde:

#### § 2-3 Rett til fornyet vurdering

Pasienten har uten henvisning fra allmennlege rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten.

### Forslag fra Fremskrittspartiet:

#### Forslag 2

I lov om pasientrettigheter skal følgende bestemmelser lyde:

§ 1-1 første punktum skal lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten inkludert eldreomsorgen og spesialisthelsetjenesten.

§ 2-4 skal lyde:

#### § 2-4 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til valg av behandlingssted som omfattes av de offentlige helseplaner inkludert private spesialister med driftsavtaler. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Reiseutgifter ved fritt sykehusvalg dekkes av Rikstrygdeverket, fylkeskommunen og pasienten med en tredjedel hver. Pasientens andel begrenses oppad til kr 400, det øvrige deles likt mellom Rikstrygdeverket og fylkeskommunen.

§ 3-4 skal lyde:

#### § 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig

Er pasienten under 18 år skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 18 år etter barnevernlovens § 4-8 eller § 4-12, gjelder tilsvarende for barneverntjenesten.

§ 3-6 andre ledd skal lyde:

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

§ 4-1 første ledd skal lyde:

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

§ 4-3 første ledd skal lyde:

Rett til samtykke til helsehjelp har myndige personer med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

§ 4-4 første og andre ledd skal lyde:

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 18 år.

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

§ 4-9 første ledd skal lyde:

Pasienten har ikke pga. alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.

§ 7-1 skal lyde:

§ 7-1 *Klagerett*

Avgjørelse etter § 2-1 kan påklages av pasient eller av pårørende når disse på egenhånd har søkt om helsehjelp pga. omsorg for pasient.

Pasient som har fått avslag på krav om vurdering etter § 2-2 på krav om fornyet vurdering etter § 2-3 eller på ønske om å bytte sykehus etter § 2-4 kan påklage avgjørelsen.

Pasient eller pårørende som mener bestemmelsen om rett til medvirkning og rett til informasjon, rett til innsyn, retting og sletting av journal og rett til selvbestemmelse ikke er overholdt, kan klage over brudd over helsepersonells plikter etter helsepersonelloven.

§ 8-1 skal lyde:

§ 8-1 *Formål*

Pasientombudet skal arbeide for at pasienter ikke utsettes for urett og for at helsepersonell ikke forsømmer sine plikter. Dessuten skal pasientombudet arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig og har taushetsplikt etter helsepersonelloven.

§ 8-2 skal lyde:

§ 8-2 *Arbeidsområde og ansvar for ordningen*

Ombudene skal være et statlig ansvar med ombud i samtlige av landets fylkeskommuner. Pasientombudenes ansvar og arbeidsområde skal omfatte spesialisthelsetjenesten, både somatikk og psykiatri, og primærhelsetjenesten.

§ 8-7 sjettede ledd skal lyde:

Pasientombudet skal kunne treffe enkeltvedtak i saker regulert ved forskrifter.

### Forslag fra Høyre:

*Forslag 3*

I lov om pasientrettigheter skal § 1-1 første punktum lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

*Forslag 4*

Stortinget ber Regjeringen i tråd med anbefalingene i NOU 1997:18, Prioritering på ny, opprette representative faggrupper som skal gi råd om prioritering innen eget fagfelt, og et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper.

## 4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser for øvrig til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

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 behandlingsmessige 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 distriktpspsykiatriske 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.

## 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 påtregende 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 lovhemmel 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 lov om grunnskolen.

Ungdom har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om videregående opplæring.

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

### 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 administrativ reaksjon

Pasienten eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om at helsepersonell ilegges administrativ reaksjon etter helsepersonelloven § 72. 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 rettssikkerhet overfor helse-tjenesten, 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.

### § 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.

Oslo, i sosialkomiteen, den 3. juni 1999.

**John I. Alvheim,**  
leder.

**Asmund Kristoffersen,**  
ordfører.

**Are Næss,**  
sekretær.