

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer
Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Heftets tittel: Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

Utgitt: 04/2015(oppdatert 05/2016/ 08/2016/ 01/2018)

Publikasjonsnummer: IS-8/2015

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling bioteknologi og helserett
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

FORORD

Pasient- og brukerrettighetsloven skal bidra til å sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Loven skal også bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient eller bruker og helse- og omsorgstjenesten, og ivareta respekten for den enkelte pasient eller brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven må ses i sammenheng med andre lover som gjelder for helse- og omsorgstjenesten som blant annet helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og lov om psykisk helsevern.

Loven trådte i kraft 1. januar 2001. Siden den gang har den vært gjenstand for en lang rekke endringer og suppleringer, og nye forskrifter har blitt vedtatt med hjemmel i loven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2012 og medførte flere endringer i loven, blant annet ble lovens tittel endret fra pasientrettighetsloven til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette rundskrivet har tatt opp i seg disse endringene og erstatter rundskrivene IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter(sist revidert i 2008) og IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskrivet er oppdatert flere ganger og ajour pr.1. januar 2018

Lovendringene¹ som trådte i kraft 1. januar 2018 og som skal bidra til å styrke og tydeliggjøre barn og unges rettsstilling ved bruk av helse- og omsorgstjenester er tatt med og kommentert.

Rundskrivet inneholder de enkelte bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Det er lenket til lover, forskrifter, forarbeider, dommer, uttalelser, rundskriv, veiledere og nettsider som er omtalt i teksten. Rundskrivet foreligger kun i en nettbasert versjon.

Helsedirektoratet, som er delegert myndighet til å fortolke pasient- og brukerrettighetsloven, er opptatt av å sikre at rettighetene til pasienter og brukere blir ivaretatt på en god måte. Vi håper rundskrivet kan bidra til å styrke kunnskapen om loven og gjøre det lettere å orientere seg om pasient- og brukerrettighetsloven til det beste for pasienter og brukere. Lykke til med bruken av rundskrivet!



Bjørn Guldvog (sign.)
helsedirektør

¹ Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester m.m.)

Innhold

Forord	1
Innledning	6
Leseveiledning	6
Lover	6
Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer	9
Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser	9
§ 1-1 Formål	9
§ 1-2 Virkeområde	10
§ 1-3 Definisjoner	12
Kapittel 2 Rett til helse- og omsorgstjenester og transport	18
§ 2-1a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste	18
§ 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	20
§ 2-1 c Pasientrettigheter i fastlegeordningen	28
§ 2-1 d Rett til brukerstyrt personlig assistanse	30
§ 2-1e Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.	33
§ 2-3 Rett til fornyet vurdering	39
§ 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg	41
§ 2-5 Rett til individuell plan	46
§ 2-5 a Rett til kontaktlege	47
§ 2-6 Dekning av utgifter til pasientreiser	49
§ 2-6a Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling	53
§ 2-7 Forvaltningslovens anvendelse	55
§ 2-8 Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver	58
Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon	59
§ 3-1 Pasientens eller brukerens rett til medvirkning	59
§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon	63
§ 3-3 Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende	68
§ 3-4 Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år	70
§ 3-5 Informasjonens form	76
§ 3-6 Rett til vern mot spredning av opplysninger	78
Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp	80
§ 4-1 Hovedregel om samtykke	80
§ 4-2 Krav til samtykkets form	82
§ 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse	83
§ 4-4 Samtykke på vegne av barn	90
§ 4-5 Samtykke på vegne av ungdom som ikke har	

samtykkekompetanse	97
§ 4-6 Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse	98
§ 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi	101
§ 4-7 Om pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området	105
§ 4-9 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner	106
Kapittel 4 A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.	109
§ 4A-1 Formål	109
§ 4A-2 Virkeområde	110
§ 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg	116
§ 4A-4 Gjennomføring av helsehjelpen	123
§ 4A-5 Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg	130
§ 4A-6 Underretning	137
§ 4A-7 Klage	139
§ 4A-8 Overprøving og etterfølgende kontroll	142
§ 4A-9 Forvaltningslovens anvendelse	144
§ 4A-10 Domstolsprøving	145
§ 4A-11 Forskrift	146
Kapittel 5 Rett til journalinnsyn	147
§ 5-1 Rett til innsyn i journal	147
§ 5-2 Retting og sletting av journal	151
§ 5-3 Overføring og utlån av journal	153
Kapittel 6 Barns særlige rettigheter	154
§ 6-1 Barns rett til helsekontroll	154
§ 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon	155
§ 6-3 Barns rett til aktivitet i helseinstitusjon	157
§ 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon	158
§ 6-5 Barns partsrettigheter	159
Kapittel 7 Klage mv.	160
§ 7-1 Opphevet	160
§ 7-2 Klage mv.	160
§ 7-3 Klagens form og innhold	163
§ 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd	164
§ 7-4 a Saksbehandling ved anmodning om vurdering av pliktbrudd	166
§ 7-5 Frist for klage	170
§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse	171
§ 7-7 Oppfyllelse av enkeltvedtak som er kjent ugyldig	173
Kapittel 8 Pasient- og brukerombud	174
§ 8-1 Formål	174
§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen	175
§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet	176
§ 8-4 Behandling av henvendelser	177
§ 8-5 Pasient- og brukerombudets rett til å få opplysninger	178
§ 8-6 Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler	179
§ 8-7 Pasient- og brukerombudets oppgaver	180

§ 8-8 Forskrifter	182
Kapittel 9 Ikrafttredelse og endringer i andre lover	183
§ 9-1 Ikrafttredelse	183
§ 9-2 Endringer i andre lover	183
Forskrifter til pasient- og brukerrettighetsloven	184

Innledning

Leseveiledning

Rundskrivet gjengir fortløpende hver enkelt paragraf i pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende kommentarer nedenfor. I fotnote til hver paragraf er det en fullstendig oversikt over hvilke forskrifter som er gitt med hjemmel i paragrafen.

I kommentarene finnes henvisninger til aktuelle forskrifter, rundskriv, andre lovbestemmelser og retts- og forvaltningsavgjørelser.

Lovbestemmelsene og kommentarene må ses i sammenheng. Dersom bestemmelser eller kommentarer leses isolert, kan dette gi et ufullstendig bilde av hvordan en bestemmelse skal forstås.

Kommentarene i rundskrivet gir nærmere forklaring på det som er regulert i lov eller forskrift. Kommentarene gir altså en fortolkning av lovbestemmelsene.

Lov går alltid foran forskrift dersom det skulle være konflikt mellom lov og forskrift. Kommentarene har ikke rang som bindende bestemmelser, men skal gi nærmere forklaring på det som er regulert i lov eller forskrift. Kommentarene, som er basert på forarbeidene til loven, vil på denne måten kunne gi en fortolkning av bestemmelsene.

Lover

Alfabetisk oversikt over lover det henvises til i rundskrivet med lenker til de fullstendige lovtekstene i www.lovdata.no.

Alternativ behandling	LOV 2003-06-27 nr 64: Lov om alternativ behandling av sykdom mv.
Apotekloven	LOV 2000-06-02 nr 39: Lov om apotek
Arbeidsmiljøloven	LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.
Arkivloven	LOV 1992-12-04 nr 126: Lov om arkiv
Barnelova	LOV-1981-04-08 nr.7: Lov om barn og foreldre
Barnevernlova	LOV-1992-07-17 nr. 100: Lov om barneverntjenester
Forvaltningsloven	LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker

Helse- og omsorgstjenesteloven	<u>LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</u>
Helse- og sosialberedskapsloven	<u>LOV 2000-06-23 nr 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap</u>
Helseforskningsloven	<u>LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning</u>
Helsepersonelloven	<u>LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v.</u>
Helseregisterloven	<u>LOV-2014-06-20 nr. 43: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger</u>
Helsetilsynsloven	<u>LOV-1984-03-30 nr.15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.</u>
Offentleglova	<u>LOV 2006-05-19 nr 16: Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd</u>
Pasientskadeloven	<u>LOV 2001-06-15 nr 53: Lov om erstatning ved pasientskader mv.</u>
Pasientjournalloven	<u>LOV 2014-06-20 nr. 42 Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp</u>
Personopplysningsloven	<u>LOV 2000-04-14 nr 31: Lov om behandling av personopplysninger</u>
Psykisk helsevernloven	<u>LOV-1999-07-02 nr.62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern</u>
Smittevernloven	<u>LOV 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer</u>
Spesialisthelsetjenesteloven	<u>LOV-1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.</u>
Straffegjennomføringsloven	<u>LOV 2001-05-18 nr 21: Lov om gjennomføring av straff mv.</u>
Straffeloven	<u>LOV-2005-05-20 nr. 28 Lov om straff (straffeloven).</u>

Straffeprosessloven	<u>LOV 1981-05-22 nr 25: Lov om rettergangsmåten i straffesaker</u>
Svalbardloven	<u>LOV 1925-07-17 nr 11: Lov om Svalbard</u>
Tannhelsetjenesteloven	<u>LOV 1983-06-03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten</u>
Twisteloven	<u>LOV 2005-06-17 nr 90: Lov om mekling og rettergang i sivile tvister</u>
Vergemålsloven	<u>LOV-2013-04-05 nr.12: Lov om endringer i vergemålsloven mv.</u>
FNs barnekonvensjon	<u>FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989</u>

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 1-1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Kommentarer til § 1-1:

Formålsbestemmelsen forklarer bakgrunnen for den helsepolitikk loven bygger på, og skal virke som en retningslinje for de ideelle mål som oppstilles i loven. Det er de overordnede målsettinger med loven som gjengis. Loven omfatter både pasienter som mottar helsehjelp og brukere som mottar omsorgstjenester. Bestemmelsen har betydning som tolkningsmoment når innholdet i de enkelte bestemmelsene skal tolkes og anvendes i konkrete tilfeller.

Lovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet, både ved å gi rettigheter og ved at disse sikres prosessuelt, og ivareta pasientene og brukerne i møtet med helse- og omsorgstjenesten, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.

Med lik tilgang til tjenester menes at befolkningen skal sikres helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette stiller krav til organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellet side.

De helse- og omsorgstjenestene som tilbys skal ha god kvalitet, både med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten. Kravet om god kvalitet må sees i lys av kravet til forsvarlighet i tjenesten og for helse- og omsorgspersonellet. Kvalitetsvurderinger må foretas med utgangspunkt i pasienten og brukerens ståsted.

Bestemmelsen fremhever forholdet mellom pasient eller bruker og tjenesten og setter fokus på pasienten/brukeren og dennes behov og autonomi. Som en del av dette er det viktig at helse- og omsorgstjenesten informerer pasientene og brukerne om hva slags rettigheter de har.

Det er vesentlig for å etablere et tillitsforhold at det blir tatt hensyn til pasienten eller brukerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur og språkbakgrunn. Det er et mål at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Tilbudet må ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov. Helse- og omsorgspersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.

§ 1-2 Virkeområde²

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.

Kommentarer til § 1-2:

Bestemmelsen fastslår lovens personelle og stedlige virkeområde, dvs. hvem som omfattes av loven og hvor loven gjelder. Lovens saklige virkeområde, dvs. hvilke handlinger som omfattes, fremkommer av formålsbestemmelsen sammenholdt med definisjonsbestemmelsen i § 1-3.

Første ledd fastslår utgangspunktet om at lovens bestemmelser skal gjelde for enhver som oppholder seg i Norge. I **andre setning** er det imidlertid gitt hjemmel for å gjøre unntak fra lovens kapittel 2 Rett til helse og omsorgstjenester og transport for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i Norge.

Regler om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i Norge er nå samlet i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket](#)³

Nærmere om forskrift om rett til helse og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

Forskriften fastsetter at alle personer som oppholder seg i riket, har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten ([§ 1](#)). Videre regulerer forskriften hvem som har fulle rettigheter til helsehjelp ([§ 2](#)). Dette gjelder alle personer som oppholder seg lovlig i riket, og som enten har fast opphold i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.

Forskriften fastsetter også at alle personer som oppholder seg i riket, har rett til øyeblikkelig hjelp ([§ 3](#)) og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente ([§ 5](#)). Retten omfatter både somatikk og psykiatri. Vurderingen av hvilke tilstander som ikke kan vente, må gjøres på individuelt medisinsk grunnlag. Det er lagt til grunn en tidsramme på tre uker. Dersom det anses nødvendig at tilstanden behandles innen dette tidsrommet, har vedkommende rett til helsehjelp. Forebyggende og rehabiliterende behandling vil normalt falle utenfor retten. Også slik behandling kan imidlertid etter omstendighetene omfattes, dersom behandlingen ikke kan vente.

Alle gravide som oppholder seg i riket, har rett til svangerskaps- og barselomsorg, alternativt abort etter reglene i [abortloven](#). Videre har alle personer som oppholder seg i landet, rett til smittevern hjelp etter [smittevernloven § 6-1](#). Dette omfatter allmennfarlige smittsomme

² Forskrifter med hjemmel i § 1-2:

[16.12.2011 nr. 1255 \(Helse- og omsorgsdepartementet\) Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket](#)

[01.12.2000 nr. 1208 \(Helse- og omsorgsdepartementet\) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd \(prioriteringsforskriften\) Prioriteringsforskriften](#)

[12.02.2010 nr. 158 \(Arbeids- og sosialdepartementet\) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg \(rammeforskriften\)](#)

³ Dette var tidligere regulert i prioriteringsforskriften § 1.

sykdommer. Alle personer som er underlagt frihetsberøvelse, har rett til nødvendig helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er over. Dette følger av [forskriften § 5](#).

Alle barn som oppholder seg i riket, har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, med mindre hensynet til barnet selv tilsier at helsehjelp ikke skal ytes. Dette vil være en faglig vurdering, og kan for eksempel være tilfeller der helsepersonellet har sikker kunnskap om at barnet snart skal forlate landet, og det vil være uforsvarlig å starte en behandling som ikke kan sluttføres ([§ 4](#)).

Forskriften ([§ 6](#)) fastsetter også at personer som har lovlig men ikke fast opphold i riket, og som ikke kan dra omsorg for seg selv, har rett til nødvendige omsorgstjenester inntil vedkommende i praksis kunne forlatt landet. Unntak gjelder hvis annet følger av avtale som Norge har inngått med vedkommende persons hjemland eller av multilaterale avtaler eller konvensjoner. Personer som ikke har lovlig opphold i riket, og som ikke kan dra omsorg for seg selv, har rett til nødvendige omsorgstjenester inntil vedkommende etter utlendingsloven og forskrifter gitt i medhold av loven, har plikt til å forlate landet. For asylsøkere som er i statlig mottak, eller personer som har tilbud om opphold i statlig mottak, er nødvendige omsorgstjenester mottakets ansvar. Disse har derfor ikke krav på omsorgstjenester fra kommunen, med mindre de er bosatt i kommune i henhold til særlig avtale mellom utlendingsmyndighetene og den enkelte kommune.

Pasienter som blir tildelt behandling i utlandet etter vedtak av norske myndigheter, har rett til informasjon etter bestemmelsene i pasient - og brukerrettighetsloven for å kunne gi samtykke til at slik behandling skal gis. Retten til informasjon om utført behandling og journalinnsyn reguleres av det lands lovgivning hvor behandlingen ytes.

I **andre ledd** er det gitt en forskriftshjemmel for å regulere lovens geografiske virkeområde ut over fastlandet. Med hjemmel i denne bestemmelsen kan det for eksempel være aktuelt å regulere helsehjelp til personer som befinner seg på norske fly på vei til utlandet. Det er ikke gitt noen forskrift. Det innebærer at pasient- og brukerrettighetsloven i dag ikke gjelder på fly til utlandet.

Loven med unntak av kapittel 8 om pasient - og brukerombud, gjelder så langt den passer på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel. Dette følger av [forskrift 12. februar 2010 nr. 158 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg](#) § 5.

§ 1-3 Definisjoner

I loven her menes med

- a) **pasient:** en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- b) **pasientens og brukerens pårørende:** den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren 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 eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven 7 og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.
- c) **helsehjelp:** handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;
- d) **helse- og omsorgstjenesten:** den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;
- e) **helsepersonell:** personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3;
- f) **bruker:** en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.

Kommentarer til § 1-3:

Denne bestemmelsen inneholder definisjoner på noen sentrale begreper som anvendes i loven; pasient, pasientens pårørende, helsehjelp, helse- og omsorgstjenesten, helsepersonell og bruker.

Bokstav a: Pasient

Begrepet pasient brukes om personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp. Også "friske" personer som har bruk for ytelser fra helsetjenesten, for eksempel helsestasjonsvirksomhet, prevensjonsveiledning o.l., vil være pasienter etter denne loven. Personer som har kroniske lidelser eller funksjonshemninger faller også under definisjonen av pasient når de er brukere av helsetjenesten.

Dersom helsehjelp ytes uoppfordret, eventuelt mot personens vilje, blir personen også definert som pasient. At også den som anmoder om helsehjelp skal anses som pasient har sammenheng med retten til nødvendig helsehjelp i § 2-1 a og § 2-1b. Ettersom de fleste bestemmelser i loven kan klages over, må det også gjelde så sentrale bestemmelser som § 2-1 a og § 2-1 b. Allerede ved henvendelsen til helse- og omsorgstjenesten må pasienten således defineres som pasient og kommer inn under klageinstituttet i kapittel 7 i loven.

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

Bokstav b: Pårørende og nærmeste pårørende

Det skilles mellom pårørende og nærmeste pårørende. En pasient eller bruker⁴ kan ha mange pårørende, men ikke alle har samme rettigheter, selv om flere bidrar på ulike måter. Det er nærmeste pårørende som i enkelte tilfeller har en selvstendig rett til å motta informasjon, klage på vedtak mv. Det er altså ikke pårørende generelt, men den som oppgis som nærmeste pårørende, som har rettigheter og oppgaver etter helselovgivningen, og som helsepersonell har rettslige plikter overfor. Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn og klage, se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1,3-3,4-3,4-6,4-9 og kapitlene 5 og 7. Det er derfor svært viktig å avklare hvem som er pasientens nærmeste pårørende.

Den **nærmeste pårørende** er den pasienten eller brukeren selv peker ut som nærmest. Dette vil gjerne være person(er) med familiær tilknytning, men kan også være person(er) utenfor familien, for eksempel en god venn. Pasienten eller brukerens rett til fritt å velge hvem som skal regnes som pårørende er begrunnet med at det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasienten eller brukeren og pasienten eller brukerens nærmeste familie er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasienten eller brukerens rettigheter mot hans eller hennes ønske. At det skal legges vekt på pasientens valg er uttrykkelig uttalt i behandlingen av loven i Stortingets sosialkomite⁵. Det innebærer at der pasienten har oppgitt noen andre enn familiemedlemmer, for eksempel en nabo, som nærmeste pårørende så må det respekteres.

Som regel vil det være én person som er nærmeste pårørende, men pasient eller bruker kan utpeke flere om det er naturlig. Den pasienten eller brukeren oppgir som nærmeste pårørende har ikke plikt til å påta seg oppgaven. Pasienten eller brukeren kan også endre valg av nærmeste pårørende.

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

Dette innebærer blant annet at ektefellen skal anses som pasientens nærmeste pårørende med mindre andre i større utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Et eksempel vil være hvor ektefellen til pasienten er dement og/eller på sykehjem, og hvor et eller flere av barna har nærmest kontakt med pasienten. For at barnet skal anses som nærmeste pårørende må det være over 18 år. Det samme gjelder for søsken.

Ved vurderingen av om for eksempel foreldre skal anses som pasientens nærmeste pårørende må det ses hen til om disse har varig og løpende kontakt med pasienten eller om andre i større grad har varig og løpende kontakt. Dersom pasientens foreldre, for eksempel på grunn av en konfliktsituasjon, ikke har noe kontakt med pasienten vil det ikke være naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter.

Vilkåret om at den nærmeste er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, kan også medføre at verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området (som også omfatter myndighet på helseområdet) anses som nærmeste

⁴ Bruker ble tatt inn i en rekke bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven ved lov 16. juni 2017 nr. 53. Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2018. Se [Prop. 75 L lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. \(styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.\)](#). Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

⁵ Ot. prp. nr. 12 (1998-99) og Innst. O. nr. 91 (1998-99)

når pasienten selv ikke har oppgitt andre.⁶ Om en verge eller en fremtidsfullmektig kan anses som nærmeste pårørende når pasienten selv ikke har oppgitt andre, avhenger av hva som ligger innenfor vergens eller fremtidsfullmektigens mandat (kompetanse). Dersom vergens mandat er begrenset til økonomiske forhold, vil vergen i utgangspunktet ikke være kompetent til å ta avgjørelser i helsespørsmål. Det samme gjelder dersom vergens mandat er begrenset til personlige forhold, men ikke omfatter helsespørsmål. En fremtidsfullmektig som bare har kompetanse på det økonomiske området, vil heller ikke uten videre regnes som pårørende etter bestemmelsen.

Det kan være vanskelig å ta stilling til om en pasient er «ute av stand til å oppgi» nærmeste pårørende. Det å oppgi hvem som er nærmeste pårørende er et personlig valg basert på følelser og tillit, og når pasienten uttrykker et ønske skal det derfor mye til å fravike dette.

Den pasienten har oppgitt som nærmeste pårørende fortsetter som det selv om pasienten er kommet i en slik tilstand at han eller hun ikke lenger er i stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om nærmeste pårørende. Dette gjelder også i de tilfeller hvor nærmeste pårørende verken er familiemedlem eller «først» i opplistingen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Det er imidlertid en forutsetning at nærmeste pårørende ønsker å fortsette som nærmeste pårørende.

Formålet med å oppgi nærmeste pårørende er primært at de skal ivareta pasientens interesse/beste. Dersom det foreligger konkrete opplysninger som tilsier at nærmeste pårørende klart handler i strid med pasientens beste vil det være i strid med bestemmelsens formål at vedkommende har de rettigheter som etter lovverket tilkommer rollen som pasientens nærmeste pårørende.⁷

Vergens oppgaver

Hvilke oppgaver en verge skal ivareta vil fremgå av mandatet til vergen. Mandatet angir rammene for vergeoppdraget, som kan omfatte økonomiske og/eller personlige forhold. Vergemålsloven § 21 tredje ledd sammenholdt med andre ledd, fastslår at det skal tas uttrykkelig stilling til omfanget av vergemålet, dette gjelder både for økonomiske og personlige forhold. Der vergemålet gjelder personlige forhold bør det derfor klart fremgå av mandatet at det også omfatter myndighet på helse – og omsorgstjenesteområdet. Dette er nærmere regulert i [vergemålsloven](#).

Hva er en fremtidsfullmakt?

En fremtidsfullmakt er definert⁸ som en fullmakt til én eller flere personer om å representere fullmaktsgiveren etter at fullmaktsgiveren på grunn av sinnslidelse, herunder demens, eller alvorlig svekket helbred ikke lenger er i stand til å ivareta sine interesser innen de områdene som omfattes av fullmakten. Av forarbeidene⁹ til vergemålsloven fremgår det at uttrykket «sinnslidelse» vil omfatte alle tilstander som etter den rådende medisinske oppfatning til enhver tid regnes som dette. Demens er nevnt særskilt fordi dette anses som svært praktisk. Med «alvorlig svekket helbred» siktes det til alle former for alvorlig helsesvikt som kan medføre at en person ikke selv kan ivareta sine interesser. En slik helsesvikt vil oftest være av fysisk karakter. Det må være årsakssammenheng mellom den medisinske tilstanden og personens manglende evne til å ivareta sine interesser. En fremtidsfullmakt kan omfatte økonomiske og personlige forhold. Den kan begrenses til å gjelde bestemte områder. Personlige forhold kan blant annet omfatte spørsmål om hvor fullmaktsgiveren skal bo, hvilke fritidsaktiviteter han eller hun skal delta i, inngåelse av lege- og tannlegeavtaler og innlevering av klager på ytelser og behandling på fullmaktsgiverens vegne. Fullmakten kan også omfatte myndighet på helse- og sosialområdet, men denne myndigheten kan ikke gå

⁶ I oppregningen over pasientens pårørende stod tidligere «hjelpeverge», men dette er tatt ut da det er et begrep som ikke videreføres i den nye vergemålsloven som trådte i kraft 1. juli 2013. Det kan ikke lenger oppnevnes hjelpeverge.

⁷ Se [Helsedirektoratets brev 28. april 2015](#) og [17. februar 2016](#).

⁸ Jf. [Vergemålsloven § 78](#)

⁹ [Ot.prp.nr. 110 \(2008-2009\) Om lov om vergemål \(vergemålsloven\)](#)

lenger enn den rollen som ellers er tillagt nære pårørende etter annen lovgivning. Reglene om fremtidsfullmakt er nærmere regulert i [lov 25. mars 2010 nr. 09 om vergemål \(vergemålsloven\) kapittel 10.](#)

For mer informasjon om vergemål og fremtidsfullmakt, se også [vergemålsportalen.no](#)

Hovedregelen er at pasienten selv kan oppgi hvem som er pårørende og nærmeste pårørende. I **siste punktum i bokstav b** er det imidlertid tatt inn en særregulering av pårørendes rettigheter i tilfeller med tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Dersom pasienten velger en annen som sin nærmeste pårørende enn den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med vedkommende, vil begge disse ha rettigheter som nærmeste pårørende dersom ikke særlige grunner tilsier noe annet. Ved vurderingen av om det foreligger slike særlige grunner vil det være viktig å lytte til pasientens begrunnelser for sitt valg. Det kan tenkes konfliktsituasjoner eller handlinger i strid med pasientens beste som innebærer at vedkommende ikke bør ha de rettigheter som etter lovverket tilkommer pasientens nærmeste pårørende. Under enhver omstendighet vil det være av stor betydning at helsepersonell er bevisst på forholdet til pårørende, herunder å få pasientens samtykke til å gi pårørende tilstrekkelig informasjon til at pårørende kan ivareta pasientens og egne interesser¹⁰.

Bokstav c: Helsehjelp

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell. Definisjonen har dels et medisinsk element og dels et institusjonelt element. Med det medisinske elementet menes handlingen og formålet med den.

Denne definisjonen samsvarer med den som er gitt i [helsepersonelloven § 3 tredje ledd¹¹](#).

Under begrepet "handling" går undersøkelse, behandling, utredning og vurdering, samt pleie- og omsorgstiltak.

Med pleie og omsorg menes hjelp til å opprettholde et best mulig liv til tross for sykdom, funksjonssvikt eller alderdom.

Også abortinngrep, uttak av organer for transplantasjon og blodgivning omfattes. Som en konsekvens av at blodgivning i en blodbank karakteriseres som helsehjelp er blodgiveren å anse som pasient¹². Dette medfører at lovens bestemmelser vil komme til anvendelse, herunder reglene om krav til pasientens samtykke. Også reglene i helsepersonelloven om taushetsplikt, informasjon, innsyn og dokumentasjonsplikt må overholdes.

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

Med diagnostisering menes de tiltak som foretas, basert på pasientens sykehistorie og objektive funn, for å fastslå pasientens sykdom.

Helsehjelp med behandlende mål (terapeutisk) tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og således endring i pasientens helsesituasjon, både somatisk og psykisk. Også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a](#), omfattes av begrepet helsehjelp.

¹⁰ Se bl.a. brosjyren: [Pårørendes rettigheter - en oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)

¹¹ Se rundskriv til helsepersonelloven med kommentarer

¹² Brev av 20. juni 2003 fra Helsedepartementet

En del helsehjelp har ikke som siktemål å helbrede, men å holde pasienten "så frisk som mulig" og hindre at tilstanden forverrer seg, eller for å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie. Dette vil være omfattet av begrepet helsehjelp i lovens forstand. Også tjenester fra helse- og omsorgstjenesten som ikke tar sikte på forandring, for eksempel til personer med fysiske eller psykiske varige funksjonshemninger, er helsehjelp. Dette vil typisk være tilfelle for personer med kroniske lidelser. For disse personene er det viktig at de sikres helsehjelp som kan bidra til å holde lidelsen i sjakk og til å leve så normalt som mulig. Definisjonen har derfor tatt inn at handlinger som har helsebevarende formål skal anses som helsehjelp. Formålet med handlingen kan videre være rehabilitering eller habilitering, det vil si gjenoppretting av tapte funksjoner etter sykdom eller skade og oppbygging av manglende funksjoner hos mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Det er etter hvert blitt mer vanlig at helsepersonell tilbyr helsetjenester i ulike former på internett. Spørsmålet er om dette kan karakteriseres som helsehjelp etter helsepersonelloven § 3, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Det vises til juridisk betenkning om netthelsetjenester¹³. For at noe skal framstå som "helsehjelp" må rådgivningen være individuelt tilpasset, av kvalifisert handlingsrettet karakter og basert på informasjon som personen som henvender seg (pasienten) gir fra seg. Rammene for virksomheten (krav og tilbud om profesjonell hjelp), betalingsordninger og hvilke tjenester som konkret blir tilbudt, vil også være viktige momenter i den helhetsvurderingen som må foretas. Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene som ytes er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter vedrørende informasjon, journalføring mv. overholdes av helsepersonellet

Ordlyden i bestemmelsen innebærer at handlinger eller ytelser fra helsepersonell eller helsetjenesten som har som formål å inngå i forskning eller utprøvende behandling faller utenfor definisjonen av helsehjelp. Som det fremgår av det som er nevnt ovenfor legges det til grunn en vid definisjon av begrepet helsehjelp.

Sakkyndig virksomhet på oppdrag fra tredjepart, for eksempel domstoler, fylkesnemnder, forsikringsselskap, arbeidsgiver, NAV mv., faller som hovedregel utenfor helsehjelpbegrepet.

Alternativ behandling faller også utenfor helsehjelpsbegrepet. Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell, se [lov om alternativ behandling § 2 tredje ledd](#).

Ytelser fra barneverntjenesten, PP- tjenesten og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen faller også utenfor helsehjelpsbegrepet.

Bokstav d: Helse- og omsorgstjenesten

Begrepet «helse- og omsorgstjenesten» omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Det må med andre ord skilles mellom det mer omfattende begrepet «helse- og omsorgstjeneste» som omfatter hele sektoren, og begrepet «den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som omfatter de kommunale tjenestene.

Bokstav e: Helsepersonell

En person som er nevnt i helsepersonelloven § 3 defineres som helsepersonell. For det første omfattes de som har autorisasjon eller lisens etter [helsepersonelloven §§ 48 og 49](#). Dernest omfattes personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som yter helsehjelp, og studenter og elever som yter helsehjelp i forbindelse med helsefaglig opplæring.

¹³ [Betenkning vedrørende bruk av moderen former for telekommunikasjon. Aslak Syse \(23. juli 2007\)](#)

Medhjelpere til helsepersonell er helsepersonell når de får tildelt oppgaver fra helsepersonell.

Bokstav f: Bruker

Begrepet «bruker» anvendes om en person som ber om eller mottar tjenester som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven, og der tjenestene ikke er å anse som helsehjelp slik dette er definert i bokstav c.

De fleste bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven har en felles regulering av rettighetene til pasient og bruker. Det er noen mindre ulikheter, for eksempel når det gjelder hvilken informasjon vedkommende har krav på, se § 3-2. Klagereglene, og da særlig reglene vedrørende klageinstansens kompetanse, er også ulike, jf. § 7-6.

I [helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 første setning](#) er det fastslått at helsepersonelloven «gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her». I andre setning i nevnte bestemmelse er det gitt en forskriftshjemmel til å kunne gjøre unntak fra eller gjøre særskilte tilpasninger til enkelte bestemmelser i helsepersonelloven for personell som ikke er helsepersonell og som yter helse- og omsorgstjenester. I [forskrift 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) er personer som mottar omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 unntatt fra helsepersonelloven. Videre er personer som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse som helsehjelp unntatt fra journalføringsplikten. Dette vil typisk være personer som yter praktisk bistand eller er støttekontakter.¹⁴

¹⁴ [Helsedirektoratets brev 8. april 2013 om dokumentasjonsplikt for hjemmetjenester](#)

Kapittel 2 Rett til helse- og omsorgstjenester og transport

§ 2-1a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b. Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Kommentarer til § 2-1a:

Rettighetene etter paragrafen omfatter i utgangspunktet alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med behov for tjenester på grunn av somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelser, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Rettigheten gjelder overfor den kommunen vedkommende oppholder seg i, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) første ledd.

Første ledd regulerer pasienters og brukeres rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, og speiler kommunens plikt etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5](#) til å yte øyeblikkelig hjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Bestemmelsen gir rett til å få dekket behov for øyeblikkelig helsehjelp og andre bistandsbehov fra helse- og omsorgstjenesten som oppstår akutt. Bestemmelsen kan også gi rett i de tilfeller pårørende som normalt ivaretar omsorgsbehovet til brukeren, brått blir syk slik at det skjer en akutt endring av brukers tjenestebehov.

Det er en forutsetning at kommunen er i stand til å gi forsvarlig hjelp. Dersom kommunen ut fra en medisinskfaglig vurdering ikke kan gi forsvarlig hjelp, må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Etter **andre ledd** har pasient og bruker rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Bestemmelsen speiler kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd](#).

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov. Kravet om forsvarlighet følger både av [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og av [helsepersonelloven](#). Det er vanskelig å angi presist på et overordnet nivå hva som tilfredsstillende kravet til nødvendig og forsvarlig hjelp. Omfang og nivå på hjelpen må vurderes konkret, og ulike momenter knyttet til den enkeltes situasjon vil være relevante i vurderingen. Ved beslutning om tjenestenivå og -omfang kan det legges vekt på hensynet til kommunens ressurser og prioriteringer. Loven setter imidlertid en minstandard som kommunene ikke kan gå under. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen» Rt.1990 s. 874.

Selv om en person har et rettskrav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester» betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen,

som for eksempel en institusjonsplass. Det er kommunen som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. En kommune kan altså fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon, om det vurderes som et forsvarlig tilbud.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Helselovenes formålsbestemmelser angir lovenes overordnede hensyn, og kommunen skal derfor ta hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Se også pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd om retten til medvirkning. Kravet i helse- og omsorgstjenesteloven om at tjenestene skal være forsvarlige innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste, for eksempel institusjonsplass, er eneste alternativ for å kunne yte et forsvarlig tilbud i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på den bestemte tjenesten.

I bestemmelsens **tredje ledd** er det presisert at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#) første ledd bokstav b. Henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 viser at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under, og er en del av, det generelle forsvarlighetskravet. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Se også [forskrift om en verdig eldreomsorg](#)¹⁵ som presiserer begrepet «verdig tjenestetilbud» ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for, for eksempel boform, kosthold, personlig hygiene, lindrende behandling, å bevare eller øke mulighet til å fungere i hverdagen og legetilsyn.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene¹⁶ stiller nærmere krav til prosedyrer i kommunene som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende sine grunnleggende behov.

Etter **fjerde ledd** skal kommunen gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysningene vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Pasienter og brukere skal altså få nødvendige opplysninger for å kunne ivareta rettighetene sine. Det innebærer for eksempel at kommunen skal orientere om muligheter for å få avlastning i hjemmet når en pasient får avslag på søknad om sykehjemsplass.

Forskriftshjemmelen i **femte ledd** er ikke benyttet.

¹⁵ [Forskrift om en verdig eldreomsorg \(verdighetsgarantien\) 12. november 2010 nr. 1426](#)

¹⁶ [Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.](#)

§ 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten¹⁷

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-1](#).

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten¹⁸. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

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

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

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

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

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

De regionale helseforetakene kan bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.

Kommentarer til § 2-1 b:

Bestemmelsen regulerer rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjeneste er ikke definert i helselovgivningen, men er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være flytende. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven¹⁹ fremgår det at

¹⁷ Forskrift gitt med hjemmel i § 2-1 b:

[01.12.2000 nr. 1208](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

¹⁸ § 2-1b andre ledd er endret ved lov 21. juni 2013 nr. 79 og trådte i kraft 1. november 2015. Se [Prop. 118 L \(2012-2013\)](#) og [Innst. 388 L \(2012-2013\)](#) Endringen innebærer bl.a. at skillet mellom pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som har behov for helsehjelp faller bort.

¹⁹ [Ot.prp. nr. 10 \(1998-99\)](#) s. 119

«Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå.» Dette vil kunne endre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endring i organiseringen av helsetjenestene.

I praksis vil spesialisthelsetjenesten omfatte de helsetjenester som de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon. Det avgjørende er imidlertid at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd om nødvendig helsehjelp i kommunen og § 2-1 b andre ledd må ses i sammenheng. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken spesialisthelsetjenesten eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må pasienten vurderes. Dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlige helse- og omsorgstjenester, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfeller hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsmyndighetene måtte vurdere ut fra de konkrete omstendighetene hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Første ledd fastslår at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-1](#).²⁰

Dette innebærer en plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer med helsepersonellens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, jf. [helsepersonelloven § 7](#).²¹

En øyeblikkelig hjelp-situasjon vil som et alminnelig utgangspunkt være en situasjon der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art. Pasienten har behov for behandling umiddelbart, til forskjell fra planlagt behandling der det kan gå noe tid fra pasienten blir henvist til pasienten får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.²² For psykisk helsevern gir [psykisk helsevernforskriften](#)²³ § 1 nærmere bestemmelser om når plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer.

Det fremgår av **andre ledd første setning** at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a er en pasient definert som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Når det ikke er tale om øyeblikkelig hjelp, kommer pasienten vanligvis i kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennom en henvisning fra helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel en henvisning fra fastlegen.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp bestemmes av hva som faller inn under begrepet helsehjelp, og hvilken hjelp som er nødvendig. Begrepet helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og

²⁰ Se [rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

²¹ Se [rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.](#)

²² I en øyeblikkelig hjelp-situasjon hvor pasienten har behov for behandling umiddelbart, har pasienten ikke rett til å velge behandlingssted, se mer om dette under kommentaren til § 2-4.

²³ Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

omsorgsformål, jf. § 1-3 bokstav c. Om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients tilstand.

Vilkårene er nærmere presisert i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd ([prioriteringsforskriften](#)).

Det fremgår av [§ 2 i prioriteringsforskriften](#) at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, når:

a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og

b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen.

Begge vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er en helsefaglig vurdering av behov som, i tillegg til en kostnad/nytte-vurdering, avgjør om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. En helsefaglig vurdering av behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil inneholde en avveining av ulike hensyn, herunder om spesialisthelsetjenestens kompetanse er nødvendig for å behandle tilstanden.

Retten til nødvendig helsehjelp omfatter i utgangspunktet ikke eksperimentell eller utprøvende behandling, jf. [prioriteringsforskriften § 3 andre ledd](#).

Spesialisthelsetjenesten står ikke helt fritt til å vurdere hvilken helsehjelp pasienten skal få tilbud om. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har vedkommende pasient også et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Så lenge pasienten får forsvarlig helsehjelp har imidlertid ikke pasienten et rettslig krav på å få bistand fra spesialisthelsetjenesten til annen type helsehjelp enn den spesialisthelsetjenesten tilbyr. Det gjelder selv om pasienten selv betaler for dette. Se [Helse- og omsorgsdepartementets brev 2. oktober 2015](#) til de regionale helseforetakene vedrørende spørsmål om plikt til å bistå pasienter med administrering av legemidler som pasientene på egen hånd har finansiert.

I [prioriteringsforskriften § 2a](#) er det tydeliggjort at alvorlighet og hastegrad skal vurderes når det skal settes frist for når helsehjelp senest skal starte for rettighetspasienter. Det følger av bestemmelsen at det i prioriteringen mellom pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

Det er laget veiledere i prioriteringer på flere fagområder. [Prioriteringsveilederne](#)²⁴ skal være en støtte for spesialisthelsetjenesten når den vurderer om en pasient har rett til nødvendig

²⁴ Mer om prioriteringsveiledere på <http://www.helsedirektoratet.no/prioritering>

helsehjelp eller ikke. Hvis pasienten henvises videre i spesialisthelsetjenesten skal det som hovedregel ikke gjøres nye rettighetsvurderinger i det videre forløpet.

I **andre ledd andre setning** pålegges spesialisthelsetjenesten å fastsette en konkret, individuell frist for når en pasient senest skal få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasienten har et rettslig krav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten har en tilsvarende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av sin materielle rettighet. Fristen vil ikke bare gjelde behandling i snever forstand, men også retten til tiltak som har for eksempel forebyggende, diagnostiserende og rehabiliterende formål, jf. § 1-3 bokstav c. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Av **tredje setning** i andre ledd fremgår det at fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Fristen gjelder enten oppstart av utredning eller oppstart av behandling. Hvorvidt pasienten har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Dersom det i løpet av vurderingsperioden er mulig med stor grad av sannsynlighet å fastslå hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal starte. I de tilfeller der det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å fastslå hva som sannsynligvis er pasientens tilstand og det derfor ikke er mulig å fastslå hva som vil være egnet behandling, vil pasientens tilstand anses å være uavklart. Fristen skal da settes til når utredning senest skal starte. For nærmere informasjon om hva som ligger i avklart eller uavklart tilstand vises til. [Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne – kapittel 5](#)

Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Prioriteringsveilederne inneholder veiledende frister for ulike tilstander og pasientgrupper, som spesialisthelsetjenesten kan bruke som utgangspunkt når de vurderer hvilken frist som skal settes for den enkelte pasient. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering av hvorfor veilederens anbefaling ikke følges. Fristen skal settes til det tidspunktet som faglig forsvarlighet krever at pasienten *senest* skal få helsehjelp i form av utredning eller behandling.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt enn fristen som er satt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, vil det følge av kravet til forsvarlig helsetjeneste i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt, og det er ikke nødvendig å sette en ny, kortere frist.

Hvis en pasient får et forløp som består av flere ledd (ved ulike avdelinger eller helseforetak), skal de interne henvisningene ikke vurderes med tanke på rettighet eller frist av avdelingen eller helseforetaket som mottar den interne henvisningen. Det er bare når en henvisning som er kommet til feil sted blir videresendt at mottakende avdeling/HF skal gjøre rettighetsvurdering og fastsette frist etter reglene her. Dette er forklart nærmere i prioriteringsveilederne.

I noen tilfeller oppdages forhold ved pasientens helsetilstand som ikke ble omtalt i den opprinnelige henvisningen. Nyoppdaget sykdomstilstand som er av en slik karakter at den normalt ville blitt henvist til en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten, bør henvises på vanlig måte til rett instans. En slik henvisning skal rettighetsvurderes med tanke på den nyoppdagete sykdomstilstanden. Det forutsettes også her at den vurderingen som er foretatt, og begrunnelsen for fastsettelse av en separat frist, dokumenteres i pasientens journal.

Den individuelle behandlingsfristen er fastsatt på grunnlag av en helsefaglig forsvarlighetsvurdering basert på de opplysningene om pasientens helsetilstand som forelå da henvisningen ble vurdert, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2](#). Fristen skal da settes til et konkret tidspunkt, som sikrer at behandlingen både kan påbegynnes og fullføres som et medisinsk forsvarlig forløp.

Pasientens rettighet etter denne bestemmelsen er oppfylt når helsehjelpen (utredning eller behandling) som pasienten er informert om, blir påbegynt innen den oppgitte fristen. Eventuelle møter til forundersøkelser eller samtaler om behandlingsforløpet før oppstart av helsehjelpen pasienten har fått rett til, innebærer ikke at fristen er innfridd.²⁵ Dersom den fastsatte fristen ikke kan oppfylles innenfor helseforetaket, plikter spesialisthelsetjenesten å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen, offentlig eller privat, i Norge eller utlandet (se fjerde ledd nedenfor).

Når fristen blir innfridd og pasienten mottar helsehjelp får spesialisthelsetjenesten ytterligere opplysninger om pasientens helsetilstand. Det er ofte først på dette stadiet det er mulig å stille en så presis diagnose at det kan legges en plan for videre behandling. Situasjonen kan da være at pasienten ikke lenger har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, for eksempel fordi fristen er fastsatt på grunnlag av en "i-verste-falls-vurdering". En kul i brystet viser seg likevel ikke å være kreft, men en helt ufarlig tilstand. I og med at pasienten har mottatt helsehjelp i form av videre undersøkelse og/eller behandling, slik hun eller han var vurdert å ha behov for, har pasienten fått oppfylt sine rettigheter. Spesialisthelsetjenesten har ivaretatt sine forpliktelser innenfor fristen, ved igangsetting av den videre undersøkelsen/behandlingen. De nye opplysningene som tilsier et endret behandlingsforløp skal dokumenteres, og vurderingen skal begrunnes i journalen, jf. [journalforskriften](#)²⁶ § 8.

Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Det innebærer at det ikke er anledning til å innkalle en pasient før fristen går ut, men så la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, slik at selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid. Dersom pasienten mener at hun eller han ikke har fått nødvendig helsehjelp kan pasienten klage til fylkesmannen etter reglene i kapittel 7. Se kommentaren til denne.

Det er presisert i **andre ledd fjerde setning**²⁷ at det enkelte regionale helseforetak avgjør hvilke institusjoner som skal ha fullmakt på vegne av dem til å avgjøre om pasienter som er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, har rett til nødvendig helsehjelp og fastsette individuelle behandlingsfrister. Se også åttende ledd hvor de regionale helseforetakene er gitt myndighet til å bestemme hvilke private virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis.

Det følger av **tredje ledd** at helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger som vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Opplysningsplikten innebærer at pasienten skal ha den konkrete informasjon vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette følger også av den generelle informasjonsplikten etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#). Det vil være viktig å opplyse pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp om retten til å få et alternativ tilbud gjennom Helfo pasientformidling ved fristbrudd (se kommentar til fjerde ledd nedenfor). Også informasjon om selve

²⁵ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene 14. mars 2012

²⁶ Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

²⁷ (Dette er en videreføring av tidligere 2-2 første ledd siste setning.)

vurderingen slik at pasienten blir i stand til å benytte retten til ny vurdering etter § 2-3, og retten til å klage til Fylkesmannen etter reglene i kapittel 7, er relevant her.

Fjerde ledd omtaler konsekvensen av at et regionalt helseforetak ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får helsehjelpen innen fristen. Det foreligger da et fristbrudd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne tilbud innenfor fristen, skal Helfo pasientformidling umiddelbart kontaktes. Se § 2-2 andre ledd.

Plikten til å sørge for at pasienten tilbys helsehjelp overføres ikke til Helfo pasientformidling etter et fristbrudd. Helfo har i henhold til lovverket kun en formidlingsoppgave. Helfo pasientformidling skal skaffe helsehjelp som omfatter de elementene som spesialisthelsetjenesten har satt fristen for. Gjelder rettigheten både diagnostikk og eventuelt forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, vil pasienten ved fristbrudd ha krav på at Helfo skaffer alt dette, gitt at den diagnostiske utredningen viser at disse formene for helsehjelp er nødvendig. Helfo kan fremskaffe tilbud i Norge eller i utlandet, men pasienten kan ikke selv velge tjenesteyter.

Ved et fristbrudd er det fremdeles det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp. Det regionale helseforetaket må derfor dekke kostnadene ved å tilby pasienten nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd](#).

Fristen for start av helsehjelp er satt på bakgrunn av en vurdering av medisinsk forsvarlighet. Dette tilsier at det også må tas utgangspunkt i den fastsatte fristdatoen ved prioriteringen av pasienter som har behov for samme ytelse. Hvis spesialisthelsetjenesten skal prioritere mellom en pasient som har opplevd fristbrudd og en pasient som ennå ikke har fått oppfylt sin rett til samme ytelse, skal utgangspunktet være at pasienten med frist som utløper først prioriteres. Det er følgelig i utgangspunktet ikke noe i veien for at et helseforetak ved henvendelse fra Helfo pasientformidling om å skaffe et tilbud til en pasient som har ventet over fristen, prioriterer vedkommende fremfor rettighetspasienter som har en frist fastsatt til en senere dato. Hvis helsetilstanden til en av pasientene forverres betydelig etter fristfastsettelsen, vil kravet til forsvarlighet innebære at den pasienten som har størst behov for helsehjelp prioriteres.

Etter **femte ledd** har rettighetspasienter rett til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Begrepet helsehjelp er definert i pasient og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. [Prioriteringsforskriften](#) inneholder nærmere bestemmelser om rett til helsehjelp i utlandet på grunn av manglende adekvat tilbud i Norge. Dersom pasienten kan tilbys adekvat helsehjelp i Norge, vil pasienten ikke ha en rett til å få dekket utgiftene til helsehjelp i andre land etter denne bestemmelsen. Dette gjelder selv om det kan være utviklet et mer avansert behandlingstilbud i utlandet. Det må foretas en individuell vurdering av den aktuelle pasientens behov for helsehjelp når det tas stilling til om det foreligger et adekvat behandlingstilbud i Norge²⁸. I vurderingen skal det ses hen til internasjonal, vitenskapelig dokumentasjon om behandling av den medisinske indikasjonen.

Eksperimentell eller utprøvende behandling omfattes som hovedregel ikke av bestemmelsen. Unntaksvis kan imidlertid enkeltpersoner med sjeldne sykdomstilstander i spesielle tilfeller få dekket eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet. Det vises til prioriteringsforskriften § 3 andre og tredje ledd. Manglende kapasitet og lang ventetid gir ikke rett til behandling i utlandet etter denne bestemmelsen, jf. prioriteringsforskriften § 3 siste ledd.

²⁸ Det er opprettet ett kontor for behandling av søknader om behandling i utlandet i hvert av de regionale helseforetakene. Informasjon om ordningen med utenlandsbehandling er lagt ut på deres hjemmesider, f.eks. <http://www.helse-midt.no/no/Pasient/Behandlingstilbud/Behandling-i-utlandet>

Spesialisthelsetjenesten skal sette en frist for når behandling i utlandet senest skal ytes, slik at disse pasientene får samme klare rettsstilling som pasienter som kan få helsehjelp i Norge, jf. prioriteringsforskriften § 4. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste får den nødvendige helsehjelpen innen den fastsatte fristen, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd. Det er Helfo pasientformidling som i slike tilfeller finner et tilbud til pasienten.

Klager på manglende oppfyllelse av retten etter femte ledd skal behandles av klagenemnda for utenlandssaker, jf. § 7-2 annet ledd og prioriteringsforskriften kapittel II²⁹.

I de tilfellene pasienten tilbys adekvat helsehjelp i Norge, men pasienten ønsker å motta tilsvarende helsehjelp fra en tjenesteyter i et annet EØS-land, kan pasienten søke Helfo om refusjon av behandlingsutgiftene etter [forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land](#)³⁰.

Sjette ledd gir Kongen hjemmel til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett til. Slike bestemmelser er gitt i prioriteringsforskriften § 2. Se nærmere omtale i kommentar til § 2-1 b andre ledd.

Etter **syvende ledd første setning** kan departementet gi nærmere bestemmelser om fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp, og om informasjon om tidsfristen. Bestemmelser om vurdering og fastsettelse av frist er gitt i [prioriteringsforskriften](#) § 4. Nærmere regler om informasjon til pasienten er gitt i prioriteringsforskriften § 5. Departementet er også gitt en særskilt hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om frist for helsehjelp for barn under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet³¹. Det er gitt nærmere regler i prioriteringsforskriften § 4a. For disse pasientene skal fristen for nødvendig helsehjelp ikke overstige 65 virkedager³² fra den dagen pasientens rett til helsehjelp ble vurdert. 65 virkedager er en maksimumsfrist. Spesialisthelsetjenesten skal vurdere pasientens tilstand konkret og individuelt, og faglig forsvarlighet kan tilsi at helsehjelpen må gis tidligere. I så fall skal fristen for start av helsehjelp settes kortere.

Etter **syvende ledd andre setning** kan departementet gi forskrifter om organisering av og oppgjør for helsetjenester pasienter mottar fra private eller utenlandske tjenesteytere etter fristbrudd. Systemet er nærmere beskrevet i kommentaren til § 2-1b fjerde ledd.

I **åttende ledd** gis de regionale helseforetakene myndighet til å bestemme hvilke private virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til spesialisthelsetjeneste og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. andre ledd. Retten til å delegere gjelder kun innenfor det området det er inngått avtale om. Det innebærer at dersom en virksomhet leverer et bredt spekter av spesialisthelsetjenester, men kun har avtale om å levere tjenester på et begrenset område, kan delegasjonen til å tildele pasientrettigheter kun gjelde den delen avtalen omhandler. Dersom avtalen for eksempel gjelder kneoperasjoner, vil den private virksomheten kun ha kompetanse til å rettighetsvurdere pasienter som er aktuelle for slik behandling.

Dersom private virksomheter som har fått delegert kompetanse til å rettighetsvurdere mottar henvisninger som tilsier at pasienten har behov for andre tjenester enn det den private etter

²⁹ Se også www.klagenemnda.no

³⁰ Mer om ordningen: <https://helsenorge.no/behandling-i-utlandet/sykehusbehandling-og-andre-spesialisthelsetjenester-i-eos-land>

³¹ Det er også gitt regler om vurderingsfrist, se kommentaren til § 2-2

³² Virkedager er mandag-fredag unntatt helligdager

avtalen kan levere, skal pasienten viderehenvises til det offentlige eller annen privat virksomhet som har kompetanse til å rettighetstildele på feltet.

Det er det regionale helseforetaket som har avtale med den private virksomheten som avgjør hvorvidt kompetanse til å rettighetstildele skal delegeres eller ikke. Det vil være naturlig å avgjøre dette ut fra en totalvurdering av for eksempel behovet i regionen, kompetansen til og kapasiteten i den private virksomheten og hensynet til effektiv ressursutnyttelse. Det regionale helseforetaket kan stille vilkår i forbindelse med delegasjon av vurderingskompetanse. Videre kan det regionale helseforetaket på ethvert tidspunkt trekke tilbake en slik delegasjon.

Det fremgår av **niende ledd** at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til spesialisthelsetjeneste og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. andre ledd. Hjemmelen gir departementet den samme kompetansen til å delegere vurderingskompetanse som er tillagt de regionale helseforetakene etter åttende ledd. Et aktuelt område å bruke hjemmelen på er overfor avtalespesialister.

§ 2-1 c Pasientrettigheter i fastlegeordningen³³

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd](#).

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

Kommentarer til § 2-1c:

Første ledd gir enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale eller hos et legesenter med fellesliste. Dette er en snevrere gruppe enn de som oppholder seg i en kommune og har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter § 2-1 a. Fastlegeordningen forutsetter at det er kontinuitet i lege-pasientforholdet. Det vil derfor ha lite hensikt å gi dem som midlertidig oppholder seg i en kommune, rett til fastlege. Med bosatt menes de som er registrert bosatt i en norsk kommune etter [lov 16. januar 1970 nr. 1 om folkeregistrering](#) og [forskrift 9. november 2007 nr. 1268 om folkeregistrering](#). Denne forståelsen av bosattbegrepet kommer også til uttrykk i [forskrift 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen](#)

Ved å knytte bosattbegrepet til folkeregisterloven vil imidlertid de som ikke har oppholdstillatelse falle utenom. Asylsøkere som oppholder seg i landet mens asylsøknaden behandles, vil ofte kunne ha behov for det allmennlegetilbudet fastlegeordningen innebærer. Derfor gis også asylsøkere og deres familie rett til å stå på liste hos fastlege, når de er medlem av folketrygden etter [forskrift 14. mai 2008 nr. 460 om tryggedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer](#). Se også [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente](#)(IS-1022)

Retten til fastlege er ikke begrenset til å gjelde i den kommune der innbyggeren er registrert bosatt. Det er adgang til å velge fastlege over kommunegrensene.

[Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene](#) gitt med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd](#) og [helsepersonelloven § 14](#) regulerer fastlegeordningen nærmere.

I **andre ledd** gis personer som står på fastleges liste rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året. Begrensningen gjelder ikke dersom lege skiftes som følge av flytting, eller dersom fastlegen reduserer listen. Skifte av fastlege meldes til Helfo³⁴ innen en nærmere fastsatt dato i hver måned, og får virkning fra måneden etter.

Personer som er tilknyttet en fastlege har rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 7³⁵. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av

³³ Forskrift hjemlet i 2-1c:

[2012-08-29 nr. 843 \(Helse- og omsorgsdepartementet\) Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen](#)

³⁴ Mer informasjon www.helfo.no

³⁵ [Forskrift 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen](#)

fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold som den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen, vurderingen av sykdommens alvorlighet eller behandlingsopplegget.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig ny vurdering.

I **tredje ledd** fremgår at rettighetene i første og andre ledd ikke gjelder i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd, jf. [fastlegeforskriften § 37](#). Retten til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter [§ 2-1 a](#) faller imidlertid ikke bort ved slik suspensjon.³⁶

I **fjerde ledd** gis særskilt hjemmel til å gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns rettigheter og plassering på liste.

[Forskrift 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen](#) er gitt med hjemmel i fjerde ledd. Enkelte av lovbestemmelsene om rett til å bytte fastlege og rett til ny vurdering gjentas og utdypes i forskriften.

Den nærmere reguleringen av retten til å stå på liste hos fastlege finnes i forskriftens § 2. Særskilt regulert er valg av fastlege for barn, der foreldrene i utgangspunktet er gitt bestemmelsesretten, men der bestemmelsesretten kan gå over på barneverntjenesten når omsorgsansvaret er overtatt, jf. § 5. Det følger av nevnte bestemmelse at den eller de som har foreldreansvaret velger fastlege for barn under 16 år. Dersom fastlege ikke velges aktivt, plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Hvis foreldrene har felles foreldreansvar og samme adresse, plasseres barnet på samme liste som mor. Har de felles foreldreansvar og forskjellig adresse, plasseres barnet på samme liste som den av foreldrene som har samme folkeregisteradresse som barnet. Hvis foreldrene ikke bor sammen og er uenige om valg av fastlege, kan den av foreldrene som er registrert på samme adresse som barnet velge uten at den andre kan motsette seg, jf. barneloven § 37³⁷.

Ved fylte 16 år, som er den helserettslige myndighetsalderen, treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret.

Når omsorgen og/eller foreldreansvaret er fratatt foreldrene, etter barneverntjenesteloven § 4-8, § 4-12 og § 4-20, er det barneverntjenesten som kan velge fastlege for barnet.

Retten til å bytte fastlege er regulert i § 6, og retten til ny vurdering i § 7.

³⁶ Det vises til [Ot.prp.nr.99 \(1998-1999\)](#) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

³⁷ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. 05. 2011

§ 2-1 d Rett til brukerstyrt personlig assistanse³⁸³⁹

Personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Retten omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 2 for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Helsetjenester i avlastningstiltak omfattes ikke.

Rettigheten omfatter ikke tjenester som krever flere enn én tjenesteyter til stede eller nattjenester, med mindre brukeren kontinuerlig har behov for slike tjenester.

Med langvarig behov i første ledd menes behov ut over 2 år.

Med stort behov i første ledd menes et tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Brukere med tjenestebehov på minst 25 timer per uke har likevel rett til å få tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse, med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen.

Kommentarer til § 2-1d:

Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2015 og regulerer retten til å få enkelte omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). BPA er en alternativ måte å organisere tjenester på for personer med nedsatt funksjonsevne. Målet er å bidra til at personer med bistandsbehov får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelsen.

I prinsippet innebærer BPA at brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak angir, kan brukeren styre hva assistentene skal gjøre og til hvilke tider assistanse skal gis.

Det fremgår av bestemmelsens **første ledd** at personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b](#) har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Begrepet «personlig assistanse» omfatter praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b](#).

Det fremgår videre at retten også omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 første ledd nr 2](#) for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

Helsetjenester er ikke omfattet av rettigheten. Når det gjelder personlig assistanse etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b](#), følger dette forutsetningsvis ved at slike tjenester ikke regnes som helsetjenester. Avlastningstiltak vil imidlertid i mange tilfelle også omfatte helsetjenester. Det er derfor presisert i lovteksten at helsetjenester i avlastningstiltak ikke omfattes av rettigheten.

Selv om helsetjenester ikke kan kreves organisert som BPA, kan kommunen likevel legge enkle helsetjenester inn i BPA-ordningen dersom kommunen og brukeren selv vurderer dette som forsvarlig og hensiktsmessig. En god rettesnor kan være at det folk til vanlig gjør selv bør også en ufaglært assistent kunne gjøre.

³⁸ Vedtatt ved lov 20. juni 2014 nr. 41. Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2015.

³⁹ [Forarbeidene](#) til bestemmelsen er [Prop. 86L \(2013-2014\) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven \(rett til brukerstyrt personlig assistanse\)](#)

Brukere som har en kognitiv funksjonsnedsettelse, psykisk sykdom eller er mindreårig, og derfor eller av andre grunner ikke kan ivareta arbeidslederoppgavene selv, er også omfattet av rettighetsbestemmelsen. Arbeidslederrollen ivaretas da av andre personer på vegne av eller i samarbeid med brukeren. Hvem som kan ivareta arbeidslederrollen på vegne av brukeren følger de alminnelige regler for fullmakt og representasjon. Aktuelle arbeidsledere vil være personer med foreldreansvar for mindreårige barn, verge med mandat på det personlige området, jf. vergemålsloven §§ 16 og 20 flg.

Helsedirektoratet har laget en håndbok [Opplæringshåndbok brukerstyrt personlig assistanse BPA \(IS-2313\)](#) som gir nærmere informasjon om hva det innebærer å få tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt ut et eget rundskriv om rettighetsbestemmelsen. [Rundskriv I-9/2015: Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse \(BPA\)](#)⁴⁰

Av **andre ledd** fremgår det at rettigheten ikke omfatter tjenester som krever flere enn én tjenesteyter til stede eller natttjenester, med mindre brukeren kontinuerlig har behov for slike tjenester. Med «kontinuerlig behov» siktes det til tilsyn med tilstedeværelse til enhver tid. Dette omfatter tjenestesituasjoner der kommunen må tilby én til én bemanning for at tjenesten skal være forsvarlig.

Det følger av dette at dersom brukeren i utgangspunktet omfattes av retten til BPA, men har et punktvist behov for to eller flere tjenesteytere til stede, vil disse timene ikke inngå i timegrunnlaget for rettighetsvurderingen. Med andre ord er det bare timene der personen har behov for én tjenesteyter som skal legges til grunn ved rettighetsvurderingen. I de periodene der personen har behov for to eller flere tjenesteytere, vil tjenestebehovet kunne dekkes enten ved at kommunen yter øvrige helse- og omsorgstjenester med det antall tjenesteytere personen har behov for, eller ved at personen får hele sitt assistansebehov dekket innenfor BPA-ordningen. Det vil også kunne dekkes ved at personens assistent og en tjenesteyter fra kommunen samarbeider om de oppgavene som krever to tjenesteytere. Kommunen må vurdere konkret og i samråd med brukeren hvilken løsning som er mest hensiktsmessig.

Dersom personen har behov for punktvis natttjenester, har personen ikke rett til BPA i dette tidsrommet. Om natten må personens bistandsbehov da dekkes i form av øvrige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Enkelte brukere har et så omfattende hjelpebehov også om natten at de må ha kontinuerlig én-til-én bemanning, eller kontinuerlig tilstedeværelse av flere enn én tjenesteyter. I slike tilfeller har personen rett til å få disse tjenestene organisert som BPA.

Det er presisert i **tredje ledd** at med langvarig behov menes behov ut over 2 år.

I **fjerde ledd** er det presisert at med stort behov menes et tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Videre fremgår det at brukere med tjenestebehov på minst 25 timer per uke likevel har rett til å få tjenester organisert som BPA med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen. Dette gjør det nødvendig å fastlegge hvor mange timer personlig assistanse, eventuelt avlastning, det er behov for i det enkelte tilfelle.

Tjenesteomfanget og type bistand ved BPA skal i utgangspunktet være det samme som ved beregning av timer til personlig assistanse som ikke er organisert som BPA. Retten til BPA berører med andre ord ikke tjenestemengden til brukeren.

⁴⁰ Sendt ut 18. desember 2015.

Om organiseringen av BPA-tjenestene vil medføre «vesentlig økt kostnad» for kommunen vil bero på en konkret helhetsvurdering, der størrelsen på den økte kostnaden vurderes ut fra de ressurser kommunen ellers ville brukt i den konkrete sak.

Ikke enhver økt kostnad vil føre til at rettigheten bortfaller. Økningen må være vesentlig. Det er stilt krav om at kommunen skal dokumentere dette, dvs. vise hvordan de er kommet frem til at organiseringen av tjenestetilbudet som BPA vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen. Det er ikke stilt formelle krav til dokumentasjonen.

En konsekvens av måten rettigheten er avgrenset på, er at enkelte brukere som har betydelig behov for regularitet og faste rammer i sitt tjenestetilbud, eller av andre grunner vil ha stor nytte av BPA, likevel vil falle utenfor rettigheten. Overfor slike brukere har kommunen likevel en plikt til å ha et tilbud om BPA, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8.

Det skal treffes vedtak om brukerstyrt personlig assistanse(BPA), jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Dersom bruker er misfornøyd med vedtaket for eksempel ved å ha fått avslag på søknad om BPA, kan vedtaket påklages til Fylkesmannen. Reglene for klage i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, herunder reglene om klagens form og innhold i § 7-3 og frist for klage i § 7-5 gjelder på vanlig måte.

Fylkesmannen kan prøve alle sider av saken når det gjelder spørsmålet om en bruker har rett til BPA etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1d. For spørsmål som hører inn under kommunens frie skjønn, som for eksempel hvem som skal være arbeidsgiver og hvordan utgiftsdekningen skal organiseres, skal Fylkesmannen i disse sakene legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 første ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

§ 2-1e Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.⁴¹

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, har rett til vedtak om dette.

Kommentarer til § 2-1 e:

Bestemmelsen ble vedtatt ved [lov 17. juni 2016 nr. 45](#). Første ledd trådte i kraft 1. juli 2016. Andre ledd trådte i kraft 1. juli 2017, jf. res 16. juni 2017 nr. 745

Første ledd er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Etter bestemmelsen har pasient eller bruker rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre vedkommende nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Pasienten eller brukeren skal i disse tilfellene tildeles opphold og kan ikke settes på venteliste.

Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

Av **andre ledd**, fremgår det at pasient eller bruker har rett til vedtak om vedkommende oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig etter § 3-2 a andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Det betyr blant annet at det er klagerett ved avslag. Innvilgende vedtak innebærer at pasienten eller brukeren er kvalifisert for langtidsopphold og settes på venteliste. Kommunen må treffe nytt vedtak når konkret plass tildeles.

Kommunens vedtak om hvorvidt en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsplass, skal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde både vedtak om umiddelbar tildeling av sykehjemsplass og vedtak om oppføring på venteliste.

En pasient eller bruker kan klage til fylkesmannen på vedtak om at vedkommende ikke fyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Dette vil i realiteten være en klage på at pasienten eller brukeren ikke settes på venteliste som følge av at vedkommende ikke vurderes til å oppfylle kommunens kriterier for opphold. Et vedtak om oppføring på venteliste må anses som et avslag på søknad om sykehjemsplass som kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Se mer informasjon om bestemmelsen i [Veileder for Saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8](#) – se særlig pkt. 3.1.3.

⁴¹ Forarbeidene: [Prop. 99L \(2015-2016\)](#) (Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister) og [Innst. 372 L \(2015-2016\)](#)

§ 2-2 Rett til vurdering⁴²

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Henvissende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. andre ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager.

Kommentarer til § 2-2:

Retten til vurdering har to hovedformål. For det første skal spesialisthelsetjenesten raskt vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal pasient og henviser raskt få tilbakemelding om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om. Rettigheten gjelder når pasienten blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og vurderingstema er om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Denne bestemmelsen gjelder ikke når pasienter som er blitt vurdert et annet sted i spesialisthelsetjenesten blir henvist videre. Vurderingen som er gjort innledningsvis gjelder for hele spesialisthelsetjenesten.

I **første ledd første setning** gis pasienter en rett til å få informasjon innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, om vedkommende pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten.⁴³ Hvis en henvisning blir sendt videre for å bli vurdert ved en annen avdeling eller et annet helseforetak, er fristen for å gi tilbakemelding 10 virkedager fra henvisningen opprinnelig ble mottatt av den første avdelingen/helseforetaket⁴⁴.

⁴² Forskrift gitt med hjemmel i § 2-2:

[01.12.2000 nr. 1208 \(Helse- og omsorgsdepartementet\) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd \(prioriteringsforskriften\)](#)

⁴³ Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid i [brev 13. mai 2016](#) kommet til at pasienter som henvises til «Raskere tilbake» - ordningen ikke skal rettighetsvurderes. Det vises til at ordningen er finansiert og organisert annerledes enn andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet med ordningen er å bidra til redusert sykefravær ved at personer som mottar sykepenger raskere kommer tilbake til arbeidslivet. «Raskere tilbake»-ordningen er ikke en del av det ordinære systemet. I brevet understreker departementet at det er viktig at pasienter som er aktuelle for ordningen får god informasjon om hva det vil si å bli henvist til «Raskere tilbake». Pasientene må få informasjon hvor det fremgår at de ved å velge dette sporet ikke vil få tildelt de rettighetene som man får ved en ordinær henvisning til spesialisthelsetjenesten.

⁴⁴ Datoen henvisningen ble mottatt i det første helseforetaket kalles ansiennitetsdato.

Første ledd andre setning presiserer at vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Det er viktig at den inneholder de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Opplysninger om aktuell diagnose/problemstilling og pasientens plager og symptomer må så langt som mulig spesifiseres. I tillegg til øvrige relevante pasientopplysninger, skal også henvisers vurderinger fremgå av henvisningen, herunder en vurdering av hastegrad og forventet utredning og behandling. Fastlegeforskriften⁴⁵ § 24 stiller også krav til fastlegers henvisningspraksis. Se [henvisningsveilederen](#)⁴⁶ for mer informasjon.

Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part. I etterkant bør spesialisthelsetjenesten ta kontakt med henviser for å gi veiledning slik at mangelfulle henvisninger unngås.

Mer informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten i [Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne kapittel 4.1](#).

Det fremgår av **første ledd tredje setning** at pasienten har rett til raskere vurdering enn 10 virkedager ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad, jf. prioriteringsforskriften § 2 a. Det innebærer at pasienter som henvises med mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig. Fristen på 10 virkedager er en maksimumsfrist, og det må vurderes i hvert enkelt tilfelle om det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge.

Spesialisthelsetjenesten må derfor ha et system som ivaretar at henvisningene vurderes uten unødig forsinkelse slik at pasientens rett til raskere undersøkelse/behandling blir innfridd.

I **første ledd fjerde setning** fremgår det at dersom pasienten vurderes til å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter.

For det første kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

For det andre kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten, skal det da opplyses om tidspunkt for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfeller hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke. Se også [prioriteringsforskriften § 5](#).

⁴⁵ Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene

⁴⁶ Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2015.) ligger på Helsedirektoratets nettsider under retningslinjer. Den skal være støtte for dem som henviser til spesialisthelsetjenesten. Veilederen skal bidra til at henvisninger inneholder den nødvendige informasjon så pasienten får best mulig vurdering og helsehjelp.

Helse- og omsorgsdepartementet har i [brev 13. juni 2016](#) presisert at hovedregelen er at alle pasienter som gis en juridisk frist, innen 4 måneder skal få en konkret dato og klokkeslett (time) i første svarbrev.

Det innebærer at pasienten i samme svarbrev vil få to tidspunkter å forholde seg til. Det er imidlertid avgjørende at det kommer frem at det første tidspunktet er det tidspunktet pasienten fysisk skal møte opp til enten utredning eller behandling, og at det andre tidspunktet er en juridisk frist som innebærer at hvis denne oversittes har pasienten krav på utredning eller behandling uten opphold. Det vises til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 som pålegger spesialisthelsetjenesten å gi informasjon som er tilpasset mottagernes individuelle forutsetninger.

Hvem kan rettighetsvurdere henvisninger

Det er ikke noen formelle krav til den som skal vurdere en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det er spesialisthelsetjenesten som avgjør hvilken spesialist som skal vurdere henvisningen. Av kravet til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4 følger det imidlertid at spesialisten som vurderer henvisningen må ha nødvendig faglig kompetanse innen fagområdet til å avgjøre om pasienten har behov for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og i så fall hvilken frist som skal settes for start helsehjelp i form av utredning eller behandling.

Særlig om vurderingsenheter

Pasientene skal ha informasjon om tidspunkt for oppstart av helsehjelpen⁴⁷. Det er ikke tilstrekkelig å gi informasjon om når behandling forventes å bli gitt. Formålet med kravet er å styrke pasientrettighetene ved å gi større forutsigbarhet for pasientene på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet. De samme hensynene gjelder også når vurderingen og utredningen/behandlingen skal gjøres på forskjellige steder. Retten til informasjon om oppstartstidspunkt gjelder derfor også hvor vurderingen skjer ett sted, for eksempel i en vurderingsenhet og utredning/behandling skal foregå et annet sted. For å ivareta pasientens rett til informasjon om tidspunkt for oppstart i første brev, kan vurderingsenheten kontakte institusjonen som skal gi helsehjelpen for å få opplyst når utredning eller behandling vil starte⁴⁸.

Av **andre ledd** følger det at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Dette for å tydeliggjøre at det ikke er anledning til å planlegge et pasientforløp som er uforsvarlig.

På samme måte tydeliggjøres det i **andre setning** i andre ledd at dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten, men dette kan ikke settes etter at fristen for når helsehjelp senest skal gis er gått ut. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt innenfor fristen, skal Helfo umiddelbart kontaktes, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

Utgangspunktet er at spesialisthelsetjenesten skal varsle fristbrudd umiddelbart når den ser at det er overveiende sannsynlig at det vil bli et fristbrudd^{49, 50}. Pasientene har rett til oppstart av helsehjelp før fristen, og hvis spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart før fristen, skal Helfo varsles umiddelbart slik at pasienten får oppfylt rettigheten sin.

⁴⁷ Fra 1. november 2015.

⁴⁸ Vurderingsenheten kan opplyse om dette i svarbrevet enten slik:

«Vi har vært i kontakt med XX som opplyser at du har fått time ved XX- avdeling, dato/klokkeslett og sted»

Eller slik: «Vi har vært i kontakt med XX som opplyser at du vil få time ved XX – avdeling i uke X. De har dessverre ikke mulighet til å gi deg et fast tidspunkt for timen din nå, men så snart de har funnet et tidspunkt, sender de deg en innkalling med tid og sted for oppmøte.

⁴⁹ Om varsling av fristbrudd, se <https://helfo.no/varsling-av-fristbrudd>

⁵⁰ Brukerveiledning for elektronisk varsling via Fristbruddportalen, se <https://helfo.no/veiledning-til-brukere-av-fristbruddportalen>

Hvis pasienten har fått tilbud om oppstart av helsehjelpen før fristen et annet sted i spesialisthelsetjenesten, men har takket nei og ønsker å stå på venteliste hos et bestemt behandlingssted, selv om pasienten vet at helsehjelp da starter etter fristen, skal ikke Helfo varsles. Pasienten har da valgt å utsette oppstart av behandling, og det foreligger ikke et fristbrudd. Pasienten må få god og tilstrekkelig informasjon om hva valget vil innebære.

Hvis behandlingsstedet har vært i kontakt med pasienten, og pasienten har sagt uttrykkelig at han eller hun ikke ønsker at Helfo kontaktes, skal heller ikke Helfo varsles. Hvis helsehjelpen starter etter fristen, skal det registreres⁵¹ og telles som et fristbrudd, men pasienten får ikke et alternativt tilbud gjennom Helfo. Pasienten skal ha god og tilstrekkelig informasjon slik at pasienten forstår hva valget innebærer. Hvilke vurderinger som er gjort og hvilken informasjon pasienten har fått dokumenteres i pasientens journal. Det vises for øvrig til Helse- og omsorgsdepartementet brev datert [november 2015 \(ref.13/5077\)](#).

Tredje ledd fastslår at pasienten har rett til å få opplyst om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 at pasienten, eller dennes representant, kan klage til Fylkesmannen, se kommentarene til § 7-2.

Pasienten kan klage på at retten til vurdering ikke er innfridd. Spørsmålet om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet beror på en konkret helhetsvurdering, hvor kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, vil veie tungt. I tillegg er det avgjørende om formålene med retten til vurdering er oppnådd.

Pasienten kan også klage over vurderingens kvalitet. Fylkesmannen kan overprøve alle sider av saken. Dersom pasienten gis medhold i klagen skal pasienten få oppfylt sin rett til vurdering. Hvis pasienten er uenig i det medisinske grunnlag som ligger til grunn for vurderingen, må pasienten be om en fornyet vurdering, se § 2-3 (nedenfor).

Fjerde ledd fastsetter en plikt for spesialisthelsetjenesten til å gi den samme informasjonen som pasienten får etter første og andre ledd, også til henvisende instans. I mange tilfeller skal pasienten tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet derfor viktig at den instansen som har henvist pasienten, som gjerne er fastlegen, er informert om hva som er status for vedkommende pasient i spesialisthelsetjenesten.

Femte ledd gjør unntak fra taushetsplikten. Den gir spesialisthelsetjenesten mulighet til uten hinder av taushetsplikten å gi nødvendige helseopplysninger til Helfo for å sikre at pasienten får helsehjelp innen forsvarlig tid. Det er kun helseopplysninger som er nødvendige for at Helfo kan ta kontakt med pasienten og formidle et alternativt tilbud som kan utleveres med hjemmel i denne bestemmelsen. Bestemmelsen skal bidra til å sikre at alle pasienter får et tilbud innen forsvarlig tid.

Sjette ledd gir departementet mulighet til å fastsette forskrift om hvor konkret tidspunktet for oppstart utredning eller behandling etter første ledd skal være, og at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn 10 virkedager. Slik forskrift er ikke gitt, men Helse- og omsorgsdepartementet har varslet⁵² at det vil bli utarbeidet en forskrift hvor kravet til konkret tidspunkt for oppstart utredning eller behandling vil fremgå.

Det skal føres venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse og behandling. Etter at sykehuset eller spesialistpoliklinikken har foretatt den nødvendige vurderingen av

⁵¹ Om ventelisterapportering til NPR, se NPR, se <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventelisterapportering-til-norsk-pasientregister-npr>

⁵² [Helse- og omsorgsdepartementets brev 13. juni 2016](#).

pasienten, samt eventuelt fastsatt en individuell frist for behandling, har institusjonene en plikt til å føre pasienten inn i ventelisten over pasientene, jf. [forskrift om ventelisteregistrering](#) med merknader⁵³. Fristen som er fastsatt i medhold av § 2-1 b andre ledd skal fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, jf. § 2-1 b første ledd, skal ikke registreres på venteliste. Pasienter har ikke rett til å stå på venteliste flere steder samtidig for samme tilstand. Institusjonene skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert.

⁵³ [Forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering](#)

§ 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. Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og sosialtjenesten.

Kommentarer til § 2-3:

Bestemmelsen gir pasienter rett til en fornyet vurdering av sin helsetilstand. Retten oppstår når pasienten har fått informasjon om utfallet av vurderingen etter § 2-2. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til ønsket om en fornyet vurdering sammenlignet med den første vurderingen av helsetilstanden som ble gjort i henhold til § 2-2. Den nye vurderingen foretas på bakgrunn av den medisinske indikasjonen som ligger til grunn i den første vurderingen spesialisthelsetjenesten har foretatt. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen eller vurderingen av sykdommens alvorlighet, eller det kan være uenighet med hensyn til behandlingsopplegget som er skissert. Kravet vil også kunne fremmes dersom pasienten ønsker en fornyet vurdering "for sikkerhets skyld", kanskje på grunn av en fornemmelse av at noe er galt. Pasienten behøver ikke begrunne sitt ønske om fornyet vurdering. En henvisning til fornyet vurdering trenger ikke besvares av spesialisthelsetjenesten innen fristen på 10 virkedager, jf. § 2-2.

Pasienten må bli henvist fra en allmennlege for at spesialisthelsetjenesten skal gjøre en fornyet vurdering etter denne bestemmelsen. Hvis allmennlegen mener at det ikke er grunner som tilsier at pasienten har noe å vinne på en fornyet vurdering, kan ikke pasienten kreve dette. Det kan for eksempel dreie seg om situasjoner der pasienten allerede er grundig utredet og konklusjonene ut fra faglige vurderinger ikke synes tvilsomme, men hvor pasienten likevel har vanskelig med å forsones seg med diagnosen. På den annen side må legen ha saklig grunn for å la være å henvise en pasient som ønsker det til en fornyet vurdering. Allmennlegen kan altså ikke la være å henvise en pasient til fornyet vurdering ut fra utenforliggende hensyn.

Pasienter har rett til å be om fornyet vurdering hos offentlige virksomheter og hos private virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter⁵⁴, se § 2-4 første ledd jf. 2-1 b åttende ledd.

Forny et vurdering kan bare kreves en gang for samme tilstand, jf. **andre setning**. Hva som er samme eller ulike tilstander er langt på vei et faglig spørsmål, og vil måtte avgjøres konkret i forbindelse med anmodningen om forny et vurdering. For pasienter med kronisk sykdom må dette ikke praktiseres strengere enn at retten til forny et vurdering blir reell.

Pasienter som er vurdert for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, kan få en forny et vurdering etter henvisning fra allmennlege eller etter henvisning fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og sosialtjenesten, jf. **tredje setning**. Det er presisert i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-12](#) at spesialisthelsetjenesten skal vurdere henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet når henvisningen kommer fra de kommunale tjenestene. De samme tjenestene kan derfor også henvise til forny et vurdering etter bestemmelsen her.

Bestemmelsen gir bare pasienten rett til å få en forny et vurdering fra spesialisthelsetjenesten i Norge. Etter en konkret vurdering kan imidlertid pasientens

⁵⁴ Spørsmål om rett til forny et vurdering er diskutert i forbindelse med innføringen av fritt behandlingsvalg. [Prop. 56 L \(2014-2015\)](#) punkt 8.6

bostedsregion akseptere å dekke utgiftene ved en fornyet vurdering i utlandet⁵⁵.

Innholdet i en fornyet vurdering vil svare til innholdet i en vurdering etter § 2-2. Det må altså vurderes om pasienten har behov for helsehjelp i form av utredning og/eller behandling. Legen som foretar den nye vurderingen skal avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest må ytes pasienten, jf. § 2-1b andre ledd. Kravet til forsvarlighet avgjør om pasienten må undersøkes klinisk av den nye spesialisten eller om en ny vurdering basert på henvisningen med sakens dokumenter er tilstrekkelig. Bestemmelsen gir ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, så lenge det ikke er nødvendig for å foreta en forsvarlig vurdering.

En ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Fornyet vurdering er noe annet enn en klage, og den nye vurderingen er ikke nødvendigvis bedre enn den opprinnelige. Den nye vurderingen har ikke forrang fremfor den første vurderingen når det gjelder hva som skal legges til grunn ved senere behandling. Pasienten kan i samråd med henvisende lege velge hvilken av vurderingene som legges til grunn for henvisning til behandling, se [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#) om pasientens rett til medvirkning og [§ 3-2](#) om pasientens rett til informasjon.

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

Det følger av [pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2](#) at pasienten, eller dennes representant, kan klage til Fylkesmannen hvis rettigheten til fornyet vurdering ikke blir oppfylt. Pasienten kan klage på at retten til fornyet vurdering ikke er innfridd. Hvis den nye vurderingen er gjennomført på en uforsvarlig måte, kan pasienten klage over dette. Fylkesmannen kan overprøve alle sider av saken. Hvis pasienten får medhold i klagen, skal pasienten få oppfylt sin rett til fornyet vurdering.

Retten til fornyet vurdering er først og fremst knyttet til vurdering og oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som er under utredning eller behandling for sin tilstand kan også ha ønske om å få en vurdering, en "second opinion", fra en annen behandler i spesialisthelsetjenesten, jf. også retten til medvirkning etter § 3-1. Det er ikke noe i veien for at en lege i spesialisthelsetjenesten henviser en pasient til vurdering hos en annen spesialist. Etter helsepersonelloven § 4 andre ledd har legen plikt til å innhente bistand der dette er nødvendig og mulig, slik at behandlingen blir forsvarlig. På samme måte som ved fornyet vurdering etter § 2-3 vil legen som skal henvise pasienten videre måtte vurdere om pasienten har noe å vinne på en slik "second opinion". Pasienter som ønsker behandling et annet sted i spesialisthelsetjenesten, kan også benytte seg av retten til å velge behandlingssted, jf. § 2-4. I så fall må behandlende enhet eller helsepersonell bistå pasienten⁵⁶.

⁵⁵ Brev fra Helsedepartementet 25. juli 2003 som viser til Ot.prp. nr. 12(1998-99)

⁵⁶ [Helsedirektoratets brev 8. oktober 2015 \(ref. 15/8034\)](#) omhandler blant annet rett til fritt sykehusvalg for pasient som er i døgntilrettelagt behandling

§ 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg

Pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes, jf. § 2-2. Pasienten kan bare velge virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter etter § 2-1 b.

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-1 b andre ledd, kan velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasienten kan bare velge privat virksomhet som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift med hjemmel i [spesialisthelsetjenesteloven § 4-3](#).

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter [psykisk helsevernloven kapittel 3](#), gjelder ikke retten etter første og andre ledd dersom dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#), dersom dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første og andre ledd gjelder ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgetten etter bestemmelsen her.

Kommentarer til § 2- 4:

Generelt om retten til fritt behandlingsvalg

Den 1. november 2015 ble ordningen fritt sykehusvalg utvidet, og navnet ble endret til fritt behandlingsvalg. Ordningen gir pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder i hele landet.

Formålet med rettigheten er å sikre medbestemmelse for pasienten og bidra til lik tilgang på helsetjenester. Rettigheten skal dessuten bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede helse- og omsorgssektoren, også den private delen.

Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal vurderes (se første ledd) og hvor helsehjelpen skal finne sted (se andre ledd).

Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter.

Et grunnleggende vilkår for valgetten er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som spesialisthelsetjenesten har vurdert at pasienten har behov for. På www.helsenorge.no/velg-behandlingssted ligger informasjon om hvilke virksomheter pasienten kan velge mellom.

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen, for eksempel operasjon i ett sykehus og rehabilitering i et annet. Pasienten kan også velge å bytte behandlingssted mens pasienten er i behandling⁵⁷.

⁵⁷ Helsedirektoratets brev [8. oktober 2015](#) (ref. 15/8034) omhandler blant annet rett til fritt sykehusvalg for pasient som er i døgntillegning

Pasienten kan også velge mellom ulike behandlingssteder i et helseforetak. Hvis et helseforetak består av flere geografisk atskilte behandlingssteder/sykehus, kan pasienten velge behandlingssted innenfor helseforetaket. Også habiliteringstjenester i sykehus, både til barn og voksne, er omfattet av fritt behandlingsvalg^{58 59}, i den grad den aktuelle bistanden fra spesialisthelsetjenesten er rettet mot pasienten. Direktoratet har lagt til grunn at retten ikke gjelder dersom bistanden fra spesialisthelsetjenesten er rettet mot kommunene ved utforming, gjennomføring og evaluering av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav b og c⁶⁰.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har pasienten ikke rett til å velge. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt behandlingsvalg på vanlig måte.⁶¹

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at behandlingsskapasiteten for innbyggerne i regionen er tilstrekkelig utbygd, og for at pasientene får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Bosted er ikke et tillatt prioriteringskriterium når det gjelder pasienter som velger seg til et behandlingssted i sin bostedsregion.

Helseforetak kan som hovedregel heller ikke avvise henvisninger fra andre regioner, med mindre helseforetaket risikerer å ikke kunne oppfylle sitt sørge-for-ansvar overfor befolkningen i egen region, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a](#). For å kunne bruke dette unntaket må helseforetaket sannsynliggjøre at det står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å vurdere henvisningen/yte helsehjelp innen fristen til pasienter fra egen region, hvis det tar imot den aktuelle pasienten. Når behandlingsstedet avviser en henvisning skal henvisningen returneres til henvisende instans umiddelbart.

Det er bare adgang til å avvise pasienter frem til pasienten er registrert på venteliste, jf. [forskrift om ventelisteregistrering med merknader](#)⁶². Ved å sette en pasient på ventelisten forplikter behandlingsstedet seg til å yte den helsehjelpen vedkommende er henvist for. Et behandlingssted må derfor avgjøre om det har kapasitet til å behandle pasienten før en pasient som benytter fritt behandlingsvalg settes på ventelisten. Avgjørelsen må treffes straks etter at behandlingsstedet har mottatt henvisningen.

Når pasienter er gitt en rett til å velge behandlingssted på hvert trinn av helsehjelpen, innebærer det at også det behandlingsstedet pasienten ønsker seg til må legge den juridiske fristen til grunn. Fristen er fastsatt på et medisinskfaglig grunnlag etter en faglig vurdering av pasientens helsetilstand og uavhengig av kapasitetsvurderinger. Den juridiske fristen er bindende for spesialisthelsetjenesten som sådan, og fristen står fast uavhengig av om en senere faglig vurdering fraviker fra den første med hensyn til hvilken behandling som er nødvendig. I dialog med pasienten må det likevel være anledning til å legge inn helt nødvendig tid for praktisk gjennomføring av bytte av behandlingssted, så lenge forsvarlighetskravet ved dette ivaretas. Se for øvrig kommentarer til § 2-1 b.

Behandlings- og forpleiningsutgifter og utgifter til reise til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 5-2](#). Pasienter får som hovedregel dekket reise til behandlingssted innenfor bostedsregionen sin, unntatt en egenandel. Pasienter som benytter fritt behandlingsvalg og velger behandlingssted i en annen region, får dekket reiseutgifter, men betaler forhøyet egenandel

⁵⁸ Brev av 3. mai 2002 fra Helsedepartementet

⁵⁹ Nærmere omtale av retten til fritt behandlingsvalg i 1.3 i den Fagspesifikk innledningen – særlige juridiske spørsmål ved henvisninger til habiliteringstjenesten i [Prioriteringsveileder – habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten](#) og [Prioriteringsveileder – habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#)

⁶⁰ Helsedirektoratets brev [1. mars 2013](#) til Fylkesmannen i Buskerud (ref. 12/9975)

⁶¹ Direktoratet har i [brev 28. oktober 2014](#) (ref. 14/6024) pekt på vurderingstema knyttet til pasienters adgang til å velge å bli værende på en intensivavdeling når øyeblikkelig hjelp-fasen er over

⁶² <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-07-1233>

for reisen, jf. [syketransportforskriften](#) § 14. Når pasienter reiser til private radiologiske institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, gjelder en særregel⁶³.

Fra 1. juli 2007 omfatter retten til fritt behandlingsvalg også private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Det innebærer at pasienter fritt kan velge mellom både offentlige og private/ideelle rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseregioner.⁶⁴

Ytterligere kommentarer til bestemmelsen

I **første ledd** gis pasienter rett til å velge til hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes og vurderes. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har kompetanse til å tildele pasientrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Alle offentlige virksomheter har i utgangspunktet denne kompetansen. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasientrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd. Se kommentarer til disse. Det innebærer at en pasient først får rett til å velge en privat virksomhet uten vurderingskompetanse etter at pasienten er rettighetsvurdert, jf. andre ledd.

I forarbeidene til bestemmelsen er det nevnt et unntak fra hovedregelen i § 2-4 første ledd om at virksomheten som velges må ha vurderingskompetanse for at pasienter som ikke er vurdert skal kunne velge seg dit. Private radiologiske virksomheter gir svar på prøver, bildediagnostikk osv. som skal brukes for å vurdere videre forløp. For dem vil det ikke være aktuelt å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste og gi individuell juridisk frist. Pasienter blir ofte henvist til radiologiske undersøkelser som ledd i utredningen av om pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten. Forarbeidene presiserer at pasientens rett til å velge behandlingssted også omfatter private radiologiske virksomheter, selv om de ikke har vurderingskompetanse. Det er en forutsetning at pasienten har en henvisning til radiologiske tjenester. Forarbeidene nevner bare private radiologiske virksomheter. Også enkelte andre private virksomheter som utfører spesifikke diagnostiske tjenester etter avtale med de regionale helseforetakene kan være aktuelle. Ett eksempel kan være søvnlaboratorier som foretar søvnregistreringer. For at slike virksomheter skal komme inn under unntaket, må det regionale helseforetaket i sin avtale med den enkelte virksomheten ha åpnet for at virksomheten kan undersøke alle pasienter som har en henvisning til den aktuelle undersøkelsen, og det må dreie seg om undersøkelser som rekvireres for å vurdere om pasienter skal henvises til spesialisthelsetjenesten.

Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten skal fastlegen informere pasienten om retten til fritt behandlingsvalg. Fastlegen vil være pasientens viktigste rådgiver ved valg av behandlingssted, og kan bistå slik at pasienten treffer fornuftige valg. Fastlegens henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal også støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene skal være kjent med hvilken oppgavefordeling som fremgår av lover og forskrifter, samt hva som er avtalt lokalt mellom kommunen og

⁶³ Se nærmere informasjon på <https://helsenorge.no/rettigheter/pasientreiser>

⁶⁴ I Prop. 61L(2015-2016)64Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

helseforetaket, og må alltid gjøre en medisinsk vurdering i det enkelte tilfelle av hvor henvisning skal rettes⁶⁵.

Når pasienter får veiledning i forbindelse med valg av behandlingssted kan det også være aktuelt å vurdere hensiktsmessighet, for eksempel i hvor stor grad det er nødvendig med tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og pasientens bostedskommune og om stor avstand vil gjøre nødvendig samhandling vanskelig.

Henvisende fastlege har en rolle som medisinsk faglig koordinator, og skal derfor bidra til at henvisning kun sendes til ett sykehus av gangen, slik at pasientene kun står i én kø av gangen.

Også andre som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten må gi pasienten den informasjon han eller hun trenger for å ivareta sin rett, jf. § 2-1b tredje ledd.

I **andre ledd** gis pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller som er godkjent av Helfo etter [forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten](#)⁶⁶ som er gitt med hjemmel i [spesialisthelsetjenesteloven § 4-3](#). Etter at pasienten er vurdert å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, kan pasienten dermed velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet, jf. første ledd. Pasienten kan velge å motta helsehjelp hos virksomheter som har avtale med et RHF om å levere den typen helsehjelp pasienten har behov for. I tillegg kan pasienten velge virksomheter som er godkjent av Helfo for å levere den typen helsehjelp pasienten har behov for. Det er bestemt i forskriften om private virksomheter (se over) hvilke typer helsehjelp en virksomhet kan få godkjenning av Helfo til å levere. Oversikt over hvilke behandlingssteder som tilbyr hvilken type helsehjelp finnes på nettsiden helsenorge.no/velg-behandlingssted. Veiledning gis også på telefon 800 HELSE (800 43 573).

I **tredje ledd** fastslås det at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten har behov for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2. Det avgjørende for om pasienten kan velge et behandlingssted er ikke hvor i spesialisthelsetjenesten tilbudet er plassert, men hvilken funksjon det ivaretar. En sykehusavdeling som ivaretar lokalsykehusfunksjoner i sitt opptaksområde i tillegg til et spesialisert behandlingstilbud for et større område, kan ikke avvise pasienter som velger seg til lokalsykehusstilbudet med begrunnelsen at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå.

I **fjerde ledd** gis det kriterier for å nekte pasienter under tvungent psykisk helsevern rett til valg av fritt behandlingssted etter første og andre ledd. Retten gjelder tilsvarende som for andre pasienter, unntatt i tilfeller hvor dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet jf. **første setning**⁶⁷. Eksempler på slike tilfeller vil være hvor pasienten med stor sannsynlighet vil bli sykere av en flytting eller hvor pasientens tilstand tilsier et særskilt sikkerhetsnivå som ikke kan tilbys på den institusjon pasienten henvender seg til. Pasienten selv skal i utgangspunktet ikke behøve å grunngi sitt valg. Retten til fritt behandlingsvalg gjelder heller ikke når en rusmiddelavhengig tilbakeholdes i institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 eller 10-3, hvis det vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket, jf.

⁶⁵ Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene § 24.

⁶⁶ Forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten

⁶⁷ Tilføyd i 2007 [Ot.prp.nr.65 \(2005-2006\)](#).

andre setning⁶⁸. Samme begrensning gjelder for valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jf. **tredje setning**⁶⁹.

Femte ledd gir adgang til å fastsette nærmere regler om gjennomføringen av retten til å velge behandlingssted. Den gir adgang til å presisere nærmere hva som ligger i retten etter § 2-4, herunder de begrensningene som følger av lovbestemmelsen. Den gir ikke adgang til i forskrift å fastsette andre begrensninger i valgetten⁷⁰. Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

⁶⁸ Tilføyd i 2008 Ot.prp. nr. 53 (2006-2007)

⁶⁹ Tilføyd i 2008 [Ot.prp. nr. 53 \(2006-2007\)](#)

⁷⁰ Forarbeider [Ot.prp. nr. 53 \(2006-2007\)](#)

§ 2-5 Rett til individuell plan

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

Kommentarer til § 2-5:

Bestemmelsen gir pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Nærmere regler om hvem som skal utarbeide planen for pasienten og hvordan ulike deler av helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide er tatt inn i blant annet [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5](#), [psykisk helsevernloven § 4-1](#). Helsepersonelloven § 38 a har regler om plikt for helsepersonell til snarest mulig å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator.

I tillegg til disse lovbestemmelsene er det gitt nærmere bestemmelser i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)⁷¹. Det er også gitt ut en [veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).⁷²

I forbindelse med samhandlingsreformen er det gjort endringer i helselovgivningen som blant annet tydeliggjør plikten til å oppnevne koordinator. Ansvar for å sørge for utarbeidelse av individuell plan er lagt til kommunen når det er behov for tjenester fra begge nivåer, men helseforetaket har da plikt til å medvirke. Når det bare er behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, er det helseforetaket som har ansvar for at det blir utarbeidet individuell plan. Det er også lovfestet at alle kommuner og helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Denne enheten er gitt et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, utarbeidelse av prosedyrer med mer.

Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Det skal ikke utarbeides individuell plan uten at pasienten har samtykket til dette. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse, må samtykke innhentes fra den som har kompetanse til å samtykke på vegne av pasienten.

⁷¹ Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256

⁷² Veilederen skal hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering. Den er sist oppdatert 29. september 2015 og ligger på Helsedirektoratets nettsider under retningslinjer.

§ 2-5 a Rett til kontaktlege⁷³

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper rettigheten omfatter.

Kommentarer til § 2-5 a:

Bestemmelsen ble vedtatt ved [lov 11. desember 2015 nr. 97](#), og den gjelder fra 15. september 2016. Den gir pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten i en viss tidsperiode rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c](#).

Oppnevning av kontaktlege er en plikt for helseforetaket og en rett for pasienten.

Både vilkåret om at tilstanden (sykdommen, skaden eller lidelsen) må være alvorlig og vilkåret om «en viss varighet» må være oppfylt for at pasienten skal få rett til kontaktlege. Det innebærer at det må skje en helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle.

Om tilstanden (sykdom, skade eller lidelse) er «alvorlig» må som utgangspunkt avgjøres ut fra en objektiv faglig vurdering, og det må legges vekt på om tilstanden vil føre til risiko for alvorlig funksjonsnedsetning, invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser. Videre bør det også legges vekt på både på fysiske og psykiske følger av tilstanden. Det må også legges vekt på om pasienten i tillegg har en annen sykdom, skade eller lidelse. Etter en totalvurdering kan det gjøre at pasientens tilstand blir regnet som alvorlig.

Det fremgår av forarbeidene til bestemmelsen at terskelen for å oppnevne kontaktlege til barn skal være lav. Det innebærer at vurderingen av tilstanden og kravet til alvorlighet skal være mildere enn vurderingen av en tilsvarende tilstand hos voksne. Det blir vist til at barn som er syke er i en særlig sårbar situasjon og et godt forhold til en kontaktlege eller kontaktpsykolog er derfor ekstra viktig. En kontaktlege eller kontaktpsykolog som kan gi barnet og foreldrene god informasjon om hva som skal skje i forløpet, kan være med på å skape trygghet for barnet og foreldrene. Det kan igjen være med på å gjøre foreldrene bedre rustet til å ta seg av barnet på en god måte.

Det andre vilkåret for å få oppnevnt kontaktlege er at pasienten har behov for behandling eller oppfølging av en viss varighet.

Vilkåret om at pasienten skal ha «behov for behandling» av spesialisthelsetjenesten «av en viss varighet» skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for behandling over et tidsrom på mer enn 3–4 dager.

«Behov for oppfølging» av spesialisthelsetjenesten «av en viss varighet» skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for mer enn en enkel avtale om oppfølging. «Oppfølging» skal forstås slik at det omfatter mer enn det som kan regnes som «behandling». For at vilkåret skal være oppfylt må det være behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Behov for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen gir ikke pasienten krav på kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.

⁷³ Forarbeidene: [Prop. 125 L \(2014–2015\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. \(kontaktlege i spesialisthelsetjenesten m.m.\)](#) og [Innst. 49 L \(2015–2016\)](#)

Det fremgår av **andre ledd** at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper retten til kontaktlege omfatter. Det er ikke gitt slik forskrift, men det er utarbeidet en veileder som beskriver ordningen med kontaktlege nærmere. [Veileder IS-2466 Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#) er publisert på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Nærmere om helseforetakets plikt til å oppnevne kontaktlege følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c](#) som også ble vedtatt ved lov 11. desember 2015 nr. 97 og som gjelder fra 15. september 2016.

§ 2-6 Dekning av utgifter til pasientreiser

Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven eller som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familievernkontor og helsestasjon. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis, når ikke annet følger av forskrift gitt i medhold av femte ledd.

Ved beregning av stønaden skal en sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasienten eller ledsageren har hatt faktiske utgifter. Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer én vei, skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn. Gjør pasientens helsetilstand det nødvendig å bruke drosje eller bil, eller går det ikke rutegående transport, skal nødvendige faktiske utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved å bruke bil legges til grunn.

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller tilbud om gratis offentlig transport. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter til andre steder enn det geografisk nærmeste stedet, egenbetaling, minste reiseavstand, kjøregodtgjørelse, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlige tilfeller, utbetaling av refusjon og om frister for fremsetting av krav.

Kommentarer til § 2-6:

Pasienter og ledsagere har rett til å få dekket nødvendige utgifter i forbindelse med reise for å motta bestemte helsetjenester. Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester, [pasientreiseforskriften](#), trådte i kraft 1. oktober 2016 og erstattet den tidligere syketransportforskriften. Formålet med den nye forskriften er at pasientreiseordningen skulle bli enklere med standardsats, færre dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav.

Administreringen av pasientreiser i Norge er organisert gjennom 18 pasientreisekontor som er underlagt sine respektive helseforetak og et nasjonalt selskap, Pasientreiser HF, som er et nasjonalt foretak eid av de fire regionale helseforetakene. Pasientreiseforskriften kapittel 1 regulerer pasientens rett til dekning av utgifter, mens kapittel 2 gir nærmere regler om rett til dekning av reiseutgifter for ledsager og nære pårørende. Det fremgår av pasientreiseforskriften § 25 at pasienten som hovedregel må sette fram krav om dekning av utgifter senest seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram. De nærmere beregningsreglene for refusjon av reiseutgiftene fremgår av kapittel 3 i pasientreiseforskriften.

Første ledd:

Av første ledd første punktum fremgår det at pasienten og ledsageren har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven eller som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Pasientreiseforskriften § 1 regulerer dette nærmere. I forskriftens § 1 første ledd slås det fast at en pasient har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra spesialisthelsetjenester ved sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert

behandling for rusmiddelmisbruk. Institusjonen skal eies av et regionalt helseforetak eller ha avtale med regionalt helseforetak.

Etter pasientreiseforskriften § 1 andre ledd fremgår det at en pasient i tillegg har rett til å få dekket reise til og fra andre spesialisthelsetjenester som finansieres av et regionalt helseforetak og er

- a) det geografisk nærmeste stedet helsetjenesten kan gis,
- b) opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, legespesialister, psykologspesialister, laboratorier og røntgeninstitutter i den helseregionen pasienten er bosatt,
- c) legespesialister, psykologspesialister, laboratorier og røntgeninstitutter utenfor pasientens bostedsregion når de har avtale om å tilby helsehjelp med det regionale helseforetaket i den helseregionen pasienten er bosatt, eller
- d) en godkjent nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller en nasjonal kompetansetjeneste for det tilbudet som oppsøkes, jf. forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

I forskriftens § 1 tredje ledd er det regulert at rettighetene etter første og andre ledd også gjelder når pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg m.m. etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, med unntak av reise til private radiologiske virksomheter som kun dekkes til nærmeste sted.

Det følger av pasientreiseforskriften § 24 første ledd at pasienten ved hver enkelt reise skal betale en egenandel på kr 146 hver vei (kr 292 tur/retur). Når pasienten benytter retten til å velge behandlingssted etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 utenfor egen bostedsregion, skal pasienten betale en egenandel på kr 400 hver vei (kr 800 tur/retur). Pasienten skal likevel bare betale egenandel på kr 146 hver vei hvis helsetjenesten gis på det nærmeste stedet den kan gis, eller det regionale helseforetaket ikke tilbyr helsehjelpen i pasientens bostedsregion.

Det fremgår av pasientreiseforskriften § 24 annet ledd at det ikke skal betales egenandel for ledsager, barn under 16 år, ved reise for å undersøke eller behandle yrkesskade eller krigsskade, ved reise for å undersøke, behandle og kontrollere en allmennfarlig smittsom sykdom, ved reiser for å legges inn i tvungent psykisk helsevern, ved reise for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, ved pårørendes reise til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom som oppfyller vilkårene i § 19 bokstav b, ved reise for donor ved transplantasjon, ved overføring mellom institusjoner innad i et helseforetak og ved reise for å delta ved behandling av begjæring av svangerskapsbrudd i primærnemnd eller sentral klagenemnd.

Når det gjelder dekning av utgifter for ledsager og nære pårørende er deres rettigheter regulert nærmere i pasientreiseforskriften § 17 flg. I første ledd annet punktum er det regulert at utgifter til pasientreiser også dekkes ved helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familiekontor og helsestasjon. Etter første ledd tredje punktum kan departementet i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Pasientreiseforskriften § 2 regulerer nærmere dekning av reiseutgifter for helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5, mens forskriftens § 3 regulerer dekning av reiseutgifter familievernkontor, kommunale tilbud mv.

Andre ledd:

I andre ledd er det presisert at stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet

der helsetjenesten kan gis, med mindre annet følger av forskrift gitt i medhold av femte ledd. Etter pasientreiseforskriften § 20 første ledd dekkes reiseutgiftene fra oppholdsstedet til behandlingsstedet. Etter at helsehjelpen er gitt, dekkes reiseutgiftene fra behandlingsstedet til oppholdsstedet. Av forskriften § 20 andre ledd fremgår det at dersom pasienten reiser fra et annet oppholdssted enn bostedet, dekkes utgiftene likevel ikke utover kostnadene ved å reise fra eller til bostedet. Som bosted regnes også nødvendig midlertidig oppholdssted på grunn arbeid, studier, militærtjeneste og opphold på institusjon. I forskriften § 20 tredje ledd er det gitt unntaksbestemmelser dersom dekning fra bostedet ville påføre pasienten urimelig store reiseutgifter, helsehjelpen av hensyn til oppfølgingen ikke kunne ytes andre steder og behovet for helsehjelpen var uventet og oppstod på stedet.

Tredje ledd:

Av tredje ledd fremgår det at det ved beregningen av stønaden skal en sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasienten eller ledsageren har hatt faktiske utgifter og uansett hvilket transportmiddel som er brukt. Etter pasientreiseforskriften § 21 er det fastsatt at dersom pasienten reiser kortere enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med kr 2,30 per kilometer. Kan pasienten dokumentere at det ble benyttet passasjerbåt eller hurtigrute på strekningen, dekkes kostnaden til båt istedenfor sats per kilometer. Hvis pasienten kan dokumentere at det var nødvendig å benytte båt, snøscooter eller ATV, dekkes reiseutgiftene etter satsene i Statens reiseregulativ.

For reiser over 300 kilometer dekkes utgifter tilsvarende den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel på strekningen, i stedet for standardsats per kilometer. Det fremgår av pasientreiseforskriften § 21 tredje ledd annet punktum at dersom pasienten oppfyller vilkårene for å få dekket nødvendige dokumenterte utgifter etter § 22, dekkes reiseutgiftene likevel med standardsats per kilometer etter første ledd. Ved beregningen av om reisestrekningen er lenger enn 300 kilometer, omfattes ikke deler av reisen som er bestilt eller rekvirert av helseforetaket.

Av forskriftens § 21 femte ledd fremgår det at når pasienten ledsages på reisen etter forskriften § 17, har enten ledsageren eller pasienten rett til å få dekket reiseutgifter. Både pasienten og ledsageren har likevel rett til dekning med standardsats etter første ledd eller faktiske kostnader etter andre og fjerde ledd hvis det dokumenteres at rutegående transport er benyttet på strekningen.

Det følger av pasientreiseforskriften § 22 at pasienten har rett til å få dekket nødvendige dokumenterte utgifter til drosje eller dokumenterte utgifter til bilferge, bomvei, parkering og piggdekkavgift ved bruk av bil dekkes dersom reisen gjelder øyeblikkelig hjelp eller dersom pasientens behandler, oversykepleier, avdelingssykepleier og faglig ansvarlig på røntgenavdeling eller laboratorium på sykehus kan attestere et behov for drosje eller bil. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan attestere et slikt behov ved reise til institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Pasienten har etter pasientreiseforskriften § 22 også rett til å få dekket nødvendige utgifter til drosje eller dokumenterte utgifter til bilferge, bomvei, parkering og piggdekkavgift ved bruk av bil dersom pasientreisekontor eller en annen som har myndighet til det attesterer at manglende rutegående transport gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil.

Fjerde ledd:

Det følger av fjerde ledd at retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller tilbud om transport eller tilbud om gratis offentlig transport. I tillegg faller retten til dekning av utgifter bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Femte ledd:

Det fremgår av femte ledd at departementet kan gi forskrifter om blant annet dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter til fritt behandlingsvalg og regler om utbetaling av refusjon. Slike regler er gitt i pasientreiseforskriften.

Nærmere informasjon om ordningen finnes på www.pasientreiser.no. Pasienter som mener de ikke får oppfylt sine rettigheter etter bestemmelsen kan klage på vedtaket til Fylkesmannen.

§ 2-6a Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling

Er stønad etter § 2-6 utbetalt til noen som ikke hadde krav på den, kan stønaden kreves tilbake dersom mottakeren eller noen som opptrådte på vegne av mottakeren, forsto eller burde ha forstått at utbetalingen skyldtes en feil. Det samme gjelder dersom vedkommende har forårsaket utbetalingen ved forsettlig eller uaktsomt å gi feilaktige eller mangelfulle opplysninger

Krav etter første ledd skal rettes mot mottakeren av feilutbetalingen. Dekkes ikke kravet hos mottakeren, kan det rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har utvist forsett eller uaktsomhet etter første ledd.

Det skal settes fram krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd, med mindre særlige grunner taler mot det. Det legges blant annet vekt på graden av uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen og om feilen helt eller delvis kan tilskrives et regionalt helseforetak eller en underliggende virksomhet. Tilbakebetalingskravet kan settes til en del av det feilutbetalte beløpet. Har den som kravet retter seg mot opptrådt forsettlig, skal krav alltid fremmes, og beløpet kan ikke settes ned.

Feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro, kan kreves tilbake, begrenset til det beløpet som er i behold når mottakeren blir kjent med feilen. Ved vurderingen av om dette beløpet helt eller delvis skal kreves tilbake, legges det blant annet vekt på størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden feilutbetalingen og om mottakeren har innrettet seg i tillit til den.

Vedtak om tilbakekreving etter denne paragrafen er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved trekk i senere dekning av utgifter etter § 2-6 med forskrifter, eller inndrives etter reglene i lov 11. januar 2013 nr. 3 om Statens innkrevingssentral. Krav inndrives av Statens innkrevingssentral, med mindre departementet bestemmer noe annet.

Ved tilbakekreving etter første og andre ledd på grunnlag av forsett eller grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløpet som kreves tilbake

Kommentarer til § 2-6a:

Denne bestemmelsen trådte i kraft 1. oktober 2016. Bestemmelsen gir pasientreisekontorene adgang til å fatte vedtak om tilbakekreving ved feilutbetalte refusjoner. Bestemmelsen er utformet etter tilsvarende bestemmelser i folketrygdloven § 22-15, men inneholder likevel ikke en særregel for små beløp, slik som folketrygdloven § 22-15 sjette ledd. Beløpets størrelse skal likevel vektlegges i vurderingen av om det foreligger særlige grunner etter tredje ledd andre punktum. Videre skal beløpets størrelse vektlegges i vurderingen av krav etter fjerde ledd andre punktum.

Forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder for vedtak om tilbakekreving etter nye § 2-6 a. I tillegg er vedtak etter § 2-6a omfattet av de samme klagereglene som andre vedtak og avgjørelser etter pasient- og brukerrettighetsloven og kan påklages til fylkesmannen etter lovens kapittel 7.

Første ledd:

Etter § 2-6 kan pasientreiser innhente opplysninger elektronisk og ikke alltid før utbetalingen. Opplysningene vil være basert på pasientens egenerklæring og det vil ikke alltid foreligge registerinformasjon. Dette gjelder blant annet bekreftelse på at pasienten faktisk har møtt til behandling.

Utbetalingene vil i mange tilfeller være basert på stikkprøver og kontroller i etterkant, og en mer effektiv adgang til å kreve tilbake feilutbetalinger er en naturlig del av dette. Av

allmennpreventive hensyn er det viktig at tilbakesøkingen gjelder alle beløp som ikke er mottatt i aktsom god tro.

Bestemmelsen er utformet på en måte som gir pasientreisekontorene adgang til å foreta en bred og skjønnsmessig vurdering før de eventuelt vedtar hel eller delvis tilbakekreving.

Annet ledd:

Tilbakebetaling av feilutbetalte refusjoner kan også rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har opptrådt forsettlig eller uaktsomhet, tilsvarende som i folketrygdloven § 22-15 andre ledd.

Tredje ledd:

Krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd, kan bare frafalles når det foreligger særlige grunner. Av allmennpreventive hensyn er det viktig at tilbakesøkingen gjelder alle beløp som ikke er mottatt i aktsom god tro. Har den som kravet retter seg mot opptrådt forsettlig, bør krav aldri kunne frafalles.

Fjerde ledd:

Dersom feilutbetalte beløp er mottatt i aktsom god tro er tilbakekrevingsadgangen begrenset til det beløp som er i behold når mottakeren blir kjent med feilen. Denne bestemmelsen tilsvarer folketrygdloven § 22-15 femte ledd.

Pasientreisekontorene er gitt adgang til å foreta en bred og skjønnsmessig vurdering før de eventuelt vedtar hel eller delvis tilbakekreving. Det skal blant annet legges vekt på beløpets størrelse, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen og om feilen helt eller delvis kan tilskrives et regionalt helseforetak eller en underliggende virksomhet.

Femte ledd:

Det er inntatt en bestemmelse om at vedtak om tilbakekreving er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved at trekk i senere dekning av utgifter etter § 2-6 (motregning i senere refusjonsbeløp).

Sjette ledd:

Denne bestemmelsen tilsvarer folketrygdloven § 22-17a *første ledd*. Ved forsett eller grov uaktsomhet mot den kravet retter seg mot, skal det beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløpet som kreves tilbake.

§ 2-7 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder for vedtak som treffes etter § 2-6a, men ikke for andre vedtak etter dette kapitlet.

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven [§§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c](#), [3-6](#) og [3-8](#), som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven [kapittel IV](#) og [V](#) med de særlige bestemmelsene som følger av loven her. Tilsvarende gjelder for vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a⁷⁴.

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

Kommentarer til § 2-7:

Hovedregelen i norsk rett er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. Unntak fra forvaltningsloven må derfor ha begrunnelse.

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er først og fremst beregnet på tradisjonell forvaltningsvirksomhet. Det fremgår av forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven at det kan føre til feil bruk av ressurser og unødig byråkratisering som ikke er til beste for pasienten, hvis helsepersonell må arbeide innenfor rettslige rammer som både er krevende og uklare. Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak ikke gjelder for disse handlingene. Pasienten er best tjent med at helsepersonells ressurser benyttes til medisinsk faglig arbeid. Helselovgivningen har dessuten særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivaretatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage.

Det fremgår av **første ledd** at [forvaltningsloven kapittel IV](#) (om saksforberedelse ved enkeltvedtak) og [forvaltningsloven kapittel V](#) (om vedtak) gjelder for vedtak om tilbakekreving etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 a. Vedtak etter § 2-6 a er omfattet av de samme klagereglene som andre vedtak og avgjørelser etter pasient- og brukerrettighetsloven. Vedtakene skal således kunne påklages til fylkesmannen etter kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven.

For andre vedtak som treffes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 gjelder ikke forvaltningsloven kapittel IV og V om saksforberedelse ved enkeltvedtak og om enkeltvedtak. Dette omfatter de særlige saksbehandlingsreglene som gjelder for enkeltvedtaket og kravene til utformingen av vedtakene, herunder begrunnelsesplikten. I forarbeidene er det lagt avgjørende vekt på at disse bestemmelsene ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Beslutninger om tildeling av helsehjelp vil ofte ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra helsepersonells øvrige virksomhet og vil i hovedsak ikke være slike avgjørelser som forvaltningsloven kapittel IV og V er ment å regulere.

⁷⁴ Andre ledd andre setning ble vedtatt ved lov 17. juni 2016 nr. 45, men er ikke trådt i kraft.

Reglene i [forvaltningsloven kapittel II om habilitet](#) og [III om alminnelige saksbehandlingsregler](#) skal imidlertid gjelde både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten. Forvaltningsloven fikk utvidet anvendelse etter ikrafttredelse av helse- og omsorgstjenesteloven 1. januar 2012, da det før det var gjort unntak fra hele forvaltningsloven for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2.

I **andre ledd** er det gjort unntak fra unntaket for enkelte typer tjenester, dvs. at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak likevel gjelder for disse. Det dreier seg om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 første ledd nr. 6 \(bokstavene a til c\)](#), [§ 3-6](#) og [§ 3-8](#), dersom disse tjenestene skal gis i 14 dager eller mer. Disse bestemmelsene gjelder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, avlastningstiltak, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. Dette innebærer at forvaltningsloven kapittel IV og V om enkeltvedtak skal komme til anvendelse ved tildeling og bortfall av slike tjenester hvis de forventes å vare lenger enn to uker. Som begrunnelse er det i forarbeidene framhevet at tildeling av slike tjenester som regel ikke skjer under klinisk virksomhet, men via en egen enhet eller et tildelingskontor i kommunen, og derfor har mer til felles med tradisjonell forvaltningsvirksomhet.

Hensikten med bestemmelsen i andre ledd er å videreføre ordningen som tidligere fulgte av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Ved tildeling av tjenester som skal dekke akutte eller kortvarige behov som forventes å vare kortere enn to uker er det behov for fleksible og smidige ordninger. I slike tilfeller vil ikke reglene om enkeltvedtak komme til anvendelse, men de øvrige reglene i forvaltningsloven samt reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om rett til informasjon, medvirkning, klage mv. vil gjelde. Det kan være en risiko for at en to-ukers regel kan virke som et insentiv til å innvilge ytelser for en kortere periode enn det andre hensyn tilsier, eventuelt innvilge hjelp over en periode på to uker, som blir avløst av en ny kort periode. Av den grunn er det presisert i lovteksten at for vedtak om tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6](#), [§ 3-6](#) og [§ 3-8](#) «som forventes å vare lenger enn to uker», skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak følges. Det skal ikke være mulig å omgå to-ukersgrensen ved å treffe flere korttidsvedtak etter hverandre. Dersom det er grunn til å tro at behovet for tjenester regulert i de nevnte bestemmelsene vil gjelde for et tidsrom på over to uker, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges. Tjenester som isolert sett er kortvarige hver gang de ytes, men som skal ytes regelmessig over et lengre tidsrom, omfattes ikke av to-ukers regelen. For slike tjenester skal det treffes vedtak. Dette vil for eksempel være aktuelt ved avlastning og støttekontakt.

Vedtak om tildeling av tjenester skal iverksettes straks med mindre annet følger av vedtaket.

Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste, utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning og sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 1-5](#) er ikke omfattet av unntaksbestemmelsen. For disse tjenestene gjelder dermed ikke reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V uansett hvor lenge tjenesten forventes å vare.

Det fremgår av **andre ledd andre setning**⁷⁵ at kommunens vedtak om hvorvidt en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem, skal følge

⁷⁵ Ikke trådt i kraft ennå.

forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde både vedtak om umiddelbar tildeling av sykehjemsplass og vedtak om oppføring på venteliste.

I **tredje ledd**⁷⁶ er det unntak fra forvaltningsloven som er gitt av personvern hensyn. Dersom det er flere søkere for eksempel til en sykehjemsplass, vil søker ha krav på begrunnelse for hvorfor vedkommende ikke fikk plassen, men ikke innsyn i dokumenter og begrunnelser for andre søkere. Av samme grunn er vedkommende heller ikke gitt klagerett over at en annen søker er gitt rett til en knapphetstjeneste som vedkommende selv ikke har fått tilgang til.

⁷⁶ Dette var tidligere lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 femte ledd og sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd andre punktum.

§ 2-8 Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

Kommentarer til § 2-8:

Bestemmelsen kom inn i pasient- og brukerrettighetsloven i forbindelse med vedtagelsen av helse- og omsorgstjenesteloven og den samtidige opphevelsen av sosialtjenesteloven, som hadde en tilsvarende bestemmelse i § 4-4. Innholdet i bestemmelsen fremgår av forarbeidene til sosialtjenesteloven.⁷⁷

Etter bestemmelsen kan de som har særlig tyngende omsorgsarbeid kreve at kommunens helse- og omsorgstjeneste treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i. Bestemmelsen gir i seg selv ingen rett til tjenester fra kommunen, men gir en rett til vedtak som gir svar på om det skal settes inn hjelp og i tilfelle hvilke tiltak. Tiltakene skal ha som formål å lette omsorgsarbeidet, men de vil også påvirke kvaliteten og innholdet av den omsorg som gis.

Bestemmelsen skal bidra til økt rettssikkerhet for familier eller personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid, ved å sikre at kommunen ikke lar en søknad om hjelp bli liggende, for eksempel fordi kommunen ikke har et egnet tilbud. Et vedtak etter bestemmelsen kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

⁷⁷ Ot. prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester mv. punkt 4.4 og merknadene til paragrafene.

Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1 Pasientens eller brukers rett til medvirkning⁷⁸

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

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

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Kommentarer til § 3-1:

Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter. I denne bestemmelsen reguleres pasient eller brukers rett til medvirkning. I §§ 3-2, 3-3 og 3-4 reguleres retten til informasjon.

Første ledd første setning slår fast at pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføringen. Dette gjelder også når pasient eller bruker er barn. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient eller bruker på den ene siden og helse- og omsorgspersonell på den andre siden. Det forutsettes dermed et element av egeninnsats fra pasient eller brukers side for å kunne virkeliggjøre medvirkningsretten. Ut over det helt nødvendige for å få gjennomført for eksempel undersøkelsen, er det imidlertid opp til pasienten eller brukeren i hvor stor grad hun eller han ønsker å medvirke ytterligere.

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

Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten eller brukeren velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, jf. helsepersonelloven § 4.

⁷⁸ Endret ved lov 16. juni 2017 nr. 53 og i kraft fra 1. januar 2018. Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester m.m.)

En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i forbindelse med videre oppfølging av pasienten, for eksempel ved å spørre om pasienten responderer på behandling eller om annen type behandling skal forsøkes.

Dersom helsehjelpen evalueres av helsetjenesten, skal pasientene så langt det er mulig trekkes inn i evalueringen for å sikre en erfaringstilbakeføring.

For at medvirkningsretten skal bli reell, er det viktig at den tilpasses hver enkelt pasient eller brukers individuelle forutsetninger og behov. Det er derfor understreket i **første ledd tredje setning** at det skal tas utgangspunkt i den enkeltes evne til å motta og gi informasjon. Dette kan tilsi at bruk av tolk vil være nødvendig når pasienten eller brukeren har begrenset norskkunnskap. Er pasienten eller brukeren et barn må medvirkningens form tilpasses barnets evne til å gi og motta informasjon.

For å styrke mulighetene for medvirkning og bedret samhandling mellom pasient og helsepersonell er det gitt bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven⁷⁹ og spesialisthelsetjenesteloven⁸⁰ om at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan.

I tillegg skal henholdsvis kommunen og det aktuelle helseforetaket tilby koordinator. Dette er nærmere regulert i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#). Av forskriften § 1 framgår blant annet at formålet er å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. I §§ 21 og 22 står reglene om koordinator i henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Særlig om barn

Pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføringen. Dette gjelder også når pasient eller bruker er barn. Det følger av tredje setning at formen på medvirkningen skal tilpasses den enkelte sin evne til å gi og ta imot informasjon. Hva dette nærmere innebærer for barn konkretiseres i fjerde og femte punktum. Det fremgår av fjerde punktum at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal få informasjon og høres. Helsepersonell må altså legge til rette for at barn faktisk blir informert om tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder som finnes og som det eventuelt kan velges mellom. Det må også legges til rette for at barnet får komme med sine synspunkter. Det er midlertid helsepersonell som til slutt bestemmer. Heller ikke barn kan velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett.

Av femte punktum følger det at det skal legges vekt på hva barnet mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Det må altså foretas en modenhetsvurdering.

Ved utformingen av denne bestemmelsen som kom inn i loven fra 1. januar 2018 er det særlig sett hen til barnelova § 31, Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12. FNs barnekomité har utgitt [generelle kommentarer til barnekonvensjonen artikkel 12](#), der de blant annet konkretiserer hva som menes med at barnets synspunkter skal «tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet». Dette kan også brukes ved tolkningen av denne bestemmelsen.

Barnekomiteen understreker at barnets alder ikke alene skal være avgjørende for hvilken betydning man skal tillegge et barns synspunkter. Komiteen uttaler i punkt 29 og 30 «*Barns*

⁷⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7

⁸⁰ Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5, 2-5a og 2-5b.

forståelsesnivå er ikke bare en funksjon av deres biologiske alder. Forskning har vist at opplysning, erfaring, miljø, sosiale og kulturelle forventninger og graden av støtte og veiledning også bidrar til å utvikle et barns evne til å danne seg egne synspunkter. Det er derfor nødvendig å gjøre barnets synspunkter til gjenstand for vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Modenhhet referer til en persons evne til å forstå og vurdere hvilke implikasjoner en sak har, og barnets individuelle kapasitet skal vurderes. Modenhhet er vanskelig å definere. I forbindelse med artikkel 12 er det snakk om barnets evne til å gi uttrykk for sine synspunkter i en sak på en fornuftig og selvstendig måte. Det må også tas i betraktning hvilke følger saken kan få for barnet. Jo større virkning utfallet av saken har på barnets liv, desto mer relevant er en kompetent vurdering av barnets modenhhet.»

I tillegg til at pasient eller brukere gis rett til medvirkning under gjennomføringen av helse- og omsorgshjelpen gis pasient og bruker i **andre ledd** rett til medvirkning ved «utformingen av tjenestetilbudet», det vil si under saksbehandlingen og frem til vedtak fattes.

Andre ledd første setning forutsetter at kommunen så langt som mulig samarbeider med bruker og pasient når tjenestetilbudet utformes.

Etter **andre setning i andre ledd** skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 første ledd nr. 6](#), [§ 3-6](#) og [§ 3-8](#). Bestemmelsen viderefører sosialtjenesteloven § 8-4, som ble opphevet 1. januar 2012. Det er et viktig prinsipp at tjenestetilbudet så langt som mulig bør ta hensyn til den enkeltes spesielle behov og ønsker. Kommunen må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løsninger. Vedkommende må da tas med på råd. Dette er viktigere jo mer vesentlig tjenesten er for brukerens eller pasientens velferd og livssituasjon. Bestemmelsen i [§ 3-2 første ledd nr. 6](#) omfatter blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, praktisk bistand, opplæring, støttekontakt, plass i institusjon (også sykehjem) og avlastningstiltak. §§ [3-6](#) og [3-8](#) gjelder henholdsvis omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. Det er kommunen som i utgangspunktet utformer tjenestetilbudet og velger hjelpeform.

Etter **tredje ledd** har også pasientens nærmeste pårørende under visse forutsetninger rett til å medvirke. Hvem som er nærmeste pårørende er regulert i [§ 1-3 bokstav b](#). Nærmeste pårørendes medvirkningsrett foreligger dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, jf. [§ 4-3](#). En slik medvirkningsrett foreligger hvor pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, på grunn av psykiske forstyrrelser eller lignende, jf. [§ 4-3](#) eller dersom pasienten er et barn uten samtykkekompetanse. Det fremgår av tredje ledd at nærmeste pårørende ikke er gitt en selvstendig medvirkningsrett, men en rett til å medvirke "sammen med" pasienten. Det vil være pasientens tilstand og funksjonsnivå som tilsier i hvilken utstrekning pasienten selv kan medvirke, eller om nærmeste pårørende må ivareta retten til å medvirke på en mer selvstendig måte, for eksempel når barnet er svært lite. Medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester omfatter det å være tilstede når helsehjelp ytes. Retten til medvirkning gjelder likevel bare så langt den vurderes å være i pasientens interesse. Medvirkningsretten må altså i representasjonssituasjoner alltid utøves i pasientens egen interesse.

Fjerde ledd: Medvirkningsretten innebærer også at pasienten eller brukeren kan be om at andre personer skal delta under undersøkelsen eller behandlingen. Det kan for eksempel gjelde ledsager ved gynekologisk undersøkelse eller fars⁸¹ eller medmors (eventuelt en

⁸¹ Retten for moren til å ha barnets far eller medmor, eller en annen person som står henne nær, til stede under fødselen, var tidligere særlig regulert i barneloven § 1 a. Denne bestemmelsen ble opphevet 1. juli 2014 fordi morens rett til å ha noen med ved fødselen reguleres av pasient-

annen person som står mor nær) deltakelse under fødsel. Et annet eksempel er en ledsagers deltakelse ved undersøkelse av en person med psykisk utviklingshemning. I fjerde ledd er det presisert at den enkelte pasient eller brukers ønske om at andre personer skal være tilstede når helse- og omsorgstjenester gis, «som hovedregel⁸²» skal imøtekommes.

Retten til å være tilstede/medvirke etter tredje og fjerde ledd må imidlertid ikke gå på bekostning av det forsvarlige⁸³. Dersom medvirkning i form av tilstedeværelse kan føre til at helsehjelpen ikke kan gjennomføres på forsvarlig måte, vil medvirkningen ikke være i pasientens interesse. Det er helsepersonellens ansvar å påse at behandlingen er forsvarlig. Dette innebærer at det også er helsepersonellet som etter en konkret vurdering må avgjøre om pårørende kan være tilstede når helsehjelp ytes. Ved vurderingen, vil det være relevant å legge vekt på hvordan pårørendes tilstedeværelse antas å ville påvirke pasienten i behandlingssituasjonen. Helsepersonell som den profesjonelle part må imidlertid forventes å kunne utføre helsehjelpen med andre tilstede. Det vil derfor kun være i unntakstilfeller at helsepersonell kan nekte pårørende å være tilstede ved ytelse av helsehjelpen.

Foreldre har som følge av foreldreansvaret rett til å være til stede under undersøkelser av sine barn, men også foreldre som ikke har del i foreldreansvaret kan ha rett til å være tilstede siden de har rett til å samtykke til helsehjelp i visse tilfeller. Se § 4-4 andre ledd bokstav a og kommentaren til denne. Barns rett til samvær med foreldre under opphold i helseinstitusjon er nærmere regulert i [§ 6-2](#). Se kommentaren til denne bestemmelsen.

I en behandlingssituasjon kan det bli spørsmål om studenter eller turnuskandidater eller helsepersonell under videreutdanning kan delta under undersøkelse og behandling av pasienter. En slik deltakelse er en viktig del av opplæring og utdanning av helsepersonell. Pasientene har imidlertid anledning til å nekte for eksempel lege- eller sykepleierstudenter å delta under undersøkelse og behandling.

og brukerrettighetsloven § 3-1 fjerde ledd. Bestemmelsen ble derfor ansett overflødig

⁸² Før helse- og omsorgstjenesteloven skulle den enkeltes rett imøtekommes «så langt som mulig». Pasienten eller brukerens rettighet er følgelig styrket.

⁸³ Se Helse- og omsorgsdepartementets brev 13. juni 2014 til Legeforeningen

§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon

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

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

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

Dersom pasienten eller brukeren⁸⁴ blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

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.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Kommentarer til § 3-2:

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve medvirkningsretten og for å kunne gi gyldig samtykke til helsehjelp. Bestemmelsen angir hovedregelen om pasienters og brukeres rett til informasjon. De tre første leddene gjelder imidlertid kun for pasienter. Dette fordi disse er innrettet mot og begrunnet ut fra særlige hensyn som gjør seg gjeldende ved ytelse av helsehjelp, og ikke er direkte overførbare til situasjoner der brukere mottar kommunale omsorgstjenester som ikke er helsehjelp.⁸⁵

Det helsepersonell som yter helsehjelpen har plikt til å gi informasjon, jf. helsepersonelloven § 10 første ledd. Det kan for eksempel være legen som utfører operasjonen eller sykepleieren som gir pleien. Det helsepersonell som er i kontakt med pasienten, vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Dette vil blant annet si å besvare spørsmål innenfor sitt kompetanseområde og henvise videre til kompetent helsepersonell ved behov. Se [rundskrivet til helsepersonelloven](#).

I helseinstitusjon skal det utpekes en person som skal gi informasjon, se [helsepersonelloven § 10 første ledd](#). Den som er utpekt som ansvarlig for å gi informasjon i helseinstitusjon, har ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen tilfredsstiller de kravene som stilles i loven. Det er også denne personen som pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon. For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes. Det vil dermed være arbeidsgiver (den systemansvarlige) som har ansvaret for å sikre informasjonsrutiner i helseinstitusjoner. Alle som gir informasjon må sikre at informasjonen tilfredsstiller de kravene som loven stiller

⁸⁴ Bestemmelsen er endret ved lov 7. juni 2013 nr. 29. Fjerde ledd er endret og et nytt femte ledd er tilføyd. Endringen trådte i kraft 1. januar 2014.

⁸⁵ For en nærmere omtale av bakgrunnen for dette, se [Prop. 91L \(2010-2011\)](#) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) side 359

Bestemmelsen må sees i sammenheng med [helsepersonelloven § 10](#) og [forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#).

Barn på helseinstitusjoner er gitt særlige rettigheter, jf. kapittel 6 og forskrift av 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon. I [forskriften § 16](#) er det gitt egne informasjonsbestemmelser for å sikre at barn, foreldre og ansatte er kjent med de særlige rettigheter barn i helseinstitusjon har. Forskriften skal utleveres til foreldre og barn samtidig med meldingen om innleggelsesdato, og senest ved selve innleggelsen. Helsepersonell på avdelinger som mottar barn skal være godt kjent med forskriftens innhold.

Etter **første ledd** skal pasienten ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, det vil si den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Kvalitetskravene som stilles skal tilfredsstillende kravet om informert samtykke i § 4-1, og kravet til forsvarlig behandling i [helsepersonelloven § 4](#). Informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Bestemmelsen gjelder også rett til informasjon fra apotek om legemidler og om bruken av dem. Informasjonskravet må imidlertid avpasses etter situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser og i øyeblikkelig hjelp situasjoner er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Bruk av tolk vil i mange tilfelle være nødvendig når pasienten har begrenset norskkunnskap.

Andre ledd slår fast at pasienten kan nekte å motta informasjon. Helsepersonell skal innenfor visse grenser respektere pasientens ønske om ikke å bli informert, men retten til å nekte å motta informasjon kan ikke gjelde uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre kan tilsi at pasienten bør informeres selv om pasienten ikke selv ønsker det. Det kan også foreligge annet lovgrunnlag for å informere pasienten, uavhengig av pasientens vilje. [Smittevernloven § 2-1](#) som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, kan tilsi at informasjon skal gis til tross for at pasienten ikke ønsker det. Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell og kravet til informert samtykke vil ofte medføre at helsehjelp ikke kan gis dersom informasjon ikke blir gitt. Helsehjelp er avhengig av samtykke, og for et gyldig samtykke, jf. § 4-1 kreves at pasienten må ha fått «nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen»

Overfor en pasient som ikke ønsker informasjon, må det presiseres dersom det foreligger en situasjon hvor informasjonen er av en slik karakter at den kan ha betydning for videre muligheter for å gi helsehjelp. Likeledes må pasienten orienteres om konsekvensen av at han eller hun fortsatt ikke gis slik informasjon. I situasjoner der informasjon ikke blir gitt til pasienten, skal dette begrunnes og nedtegnes i journalen, jf. § 3-5 tredje ledd og [helsepersonelloven § 40](#) og [journalforskriften § 8](#). At pasienten har nektet å motta informasjon kan få betydning i tilsyns – og erstatningsrettslig sammenheng.

Etter **tredje ledd** skal informasjon ikke gis dersom det foreligger nødrettslig grunnlag for å utelate informasjon, både av hensyn til pasienten selv og til hans eller hennes omgivelser. Det skal imidlertid mye til for å unnlate å gi informasjon ut fra nødrettsbetraktninger. I forarbeidene nevnes som eksempel tilfeller der det for eksempel er diagnostisert en svært alvorlig somatisk sykdom samtidig som pasienten er inne i en psykisk ustabil periode. Dersom pasienten får vite om den alvorlige diagnosen på et slikt tidspunkt kan det innebære fare for pasientens liv eller fare for alvorlig helseskade hos pasienten. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon. Når det gjelder det å beskytte pasientens nærstående ved å unnlate å informere pasienten kreves det mer enn at det er uheldig. Det må i følge

forarbeidene være en reell fare for konsekvenser av et visst omfang for pasientens nærstående.

Begrunnelsen for at informasjon som nevnt i tredje ledd ikke gis, skal nedtegnes i journalen, jf. [helsepersonelloven § 40](#), [journalforskriften § 8](#) og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 tredje ledd.

Fjerde ledd⁸⁶ gjelder både pasient og bruker og **første setning** fastslår at brukere og pasienter har rett til informasjon dersom de blir påført skade, eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med behandlingen.

Informasjonsansvaret er lagt til virksomheten(systemnivå) der pasienten eller brukeren mottar helse- og omsorgstjenester. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten vil omfattes av bestemmelsen⁸⁷. Ansvar for å sørge for at slik informasjon gis vil i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ligge på kommunen og på helseinstitusjonen i spesialisthelsetjenesten. Det enkelte helsepersonell har allerede i stor grad en selvstendig informasjonsplikt til pasienter ved pasientskader. Hensikten med en ytterligere synliggjøring og presisering av ansvar på systemnivå er å bidra til at ansvaret for å gi informasjon til pasient/pårørende ikke «pulveriseres» når flere helsepersonell har vært involvert i hendelsen.

Samtidig med informasjon om selve skaden skal pasient og bruker informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. Videre slås det fast at pasienter og brukere også skal få informasjon om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og om adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten (Fylkesmannen) om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4](#). Dette fremgår av **andre setning**.

Når det gjelder på hvilket tidspunkt, i hvilket omfang og i hvilken form informasjonen skal gis, legger Helsedirektoratet til grunn at helsetjenesten og helsepersonell vektlegger formålet med at informasjonen skal gis. Sentralt i pasientsikkerhetsarbeidet er å ta hånd om de pasienter og brukere som blir utsatt for skade, og for å bidra til tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Helsetjenesten må derfor organisere sin virksomhet slik at pasienter og brukere opplever åpenhet om hendelsen, og at de på et tidlig tidspunkt etter en hendelse har skjedd får god og tilstrekkelig informasjon om hendelsen. Hvordan informasjonen skal gis må tilpasses den enkelte pasient/brukers individuelle forutsetninger, se § 3-5 med merknader.

Informasjonsplikten skal avgrenses av taushetspliktreglene og ikke komme i konflikt med eventuell politietterforskning. Dersom det er iverksatt politietterforskning må informasjon gis i samråd med politiet.

Femte ledd⁸⁸ presiserer en informasjonsplikt som inntreffer overfor pasienter og brukere som er blitt påført skade eller alvorlige komplikasjoner og hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Pasienten eller brukeren skal i slike tilfelle informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Forbeholdet om påregnelig risiko innebærer at det må skilles mellom hendelser som kunne vært unngått og hendelser som er innenfor "påregnelig risiko". Det å bli behandlet for (alvorlig) sykdom vil alltid innebære en viss risiko og risikoen vil variere. For eksempel kan

⁸⁶ Endret ved lov 7. juni 2013 nr. 29, i kraft 1. januar 2014. Helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn laget en veileder IS-2213 om [«Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner»](#)

⁸⁷ Jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d](#).

⁸⁸ Tilføyd ved lov 7. juni 2013 nr. 29 som trådte i kraft 1. januar 2014. [Prop. 100L \(2012-2013\)](#) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m. . Helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn laget en veileder IS-2213 om [«Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner»](#)

det ved noen operasjoner være en viss risiko for blodpropp til tross for at alle forhåndsregler er tatt. Dersom pasienten likevel får blodpropp er dette uønsket, men hendelsen er ikke uventet i forhold til påregnelig risiko. Bestemmelsen omhandler skader og dødsfall i helse- og omsorgstjenesten, utover slike som er påregnelige ut ifra pasientens tilstand og den risiko som følger av nødvendige undersøkelser eller behandling. I noen tilfelle kan være uklart om skaden eller dødsfallet var uventet i forhold til påregnelig risiko eller ikke. I slike tilfelle vil foreløpig informasjon om hva helse- og omsorgstjenesten vil foreta seg for å undersøke dette nærmere være aktuelt.

Helsetjenesten må tilrettelegge for at pasienter og brukere på et tidlig tidspunkt etter en hendelse har skjedd får god og tilstrekkelig informasjon om kvalitetssikringsarbeidet. I noen tilfeller vil det allerede da være kjent hva som gikk galt og hvilke tiltak som må iverksettes for å hindre liknende hendelser. I andre situasjoner kan det på et tidlig tidspunkt være usikkert hva som er årsaken til skaden eller dødsfallet. I slike situasjoner vil foreløpig informasjon om hva helse- og omsorgstjenesten vil foreta seg for å undersøke hva som var årsaken til hendelsen være relevant å informere om. Pasienten og brukeren bør i så fall tilbys å få en endelig tilbakemelding om mulige tiltak på et senere tidspunkt når årsaken til hendelsen er klarlagt.

Informasjonsplikten skal avgrenses av taushetspliktreglene og ikke komme i konflikt med eventuell politietterforskning. Dersom det er iverksatt politietterforskning må informasjon gis i samråd med politiet.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn laget en veileder som angir nærmere hva som ligger i informasjonsplikten. Den gir veiledning i når, hvordan og hvilken informasjon som skal gis. [Veileder IS-2213 Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner.](#)

Sjette ledd, som bare gjelder for pasienter, fastslår at dersom det etter at behandlingsopplegget er avsluttet viser seg at pasienten er påført betydelig skade eller det er oppstått alvorlige komplikasjoner som følge av helsehjelpen, skal pasienten informeres om dette. Dette er ikke bare et ansvar for helsepersonellet, men er også et virksomhetsansvar. For spesialisthelsetjenesten er denne plikten regulert i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-11](#). Det gjelder i utgangspunktet ingen grense i tid for hvor lenge etter utført behandling mv. helsetjenesten har plikt til å gi etterfølgende informasjon.

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

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

I **syvende ledd**⁸⁹ er brukers rett til informasjon innarbeidet. Etter bestemmelsen skal brukeren ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Bestemmelsen spiller personellets plikt til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 10](#), jf. [helse- og omsorgstjenesteloven §](#)

⁸⁹ Endret ved lov 24. juni 2011 nr. 30, i kraft 1. januar 2012.

[2-1](#) som gir helsepersonelloven anvendelse for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven. Informasjonen må være tilstrekkelig til at brukeren kan ivareta sine rettigheter, herunder bruke sin rett til medvirkning etter § 3-1.

§ 3-3 Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende⁹⁰

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

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

Dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde og femte ledd, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette.⁹¹

Kommentarer til § 3-3:

Bestemmelsen regulerer pasient eller brukers nærmeste pårørendes rett til informasjon.

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

Bestemmelsen gir bare «nærmeste pårørende» rett til informasjon. Helsepersonell trenger derfor ikke informere alle pårørende som oppregnes i § 1-3 bokstav b.

Uavhengig av samtykke har pårørende rett på informasjon i den utstrekning «forholdene tilsier det». Dette vil være tilfelle i situasjoner hvor det ikke er mulig å få pasientens samtykke på grunn av bevisstløshet eller psykiske forstyrrelser av ulike karakter, og av mer eller mindre forbigående art. I en tolkningsuttalelse⁹² av taushetspliktreglene kom Helsedirektoratet til at dagens lovgivning i gitte situasjoner ikke er til hinder for å gi opplysninger til politiet for at disse skal finne fram til og informere en pasients pårørende.

Dersom det ikke foreligger opplysninger om motsetninger mellom pasientens og nærmeste pårørendes interesser vil både hensynet til pasient og pårørende tilsi at informasjon i slike tilfeller blir gitt. Det legges til grunn at pasienten ville ha ønsket at informasjon ble formidlet til nærmeste pårørende. Desto mer alvorlig pasientens tilstand er, desto større anstrengelser kan kreves av helsepersonellet for å informere de pårørende.

For mer praktisk informasjon om hvordan pårørende kan involveres, se: [Pårørende – en ressurs Veileder IS-1512 om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester](#)⁹³.

Særlig om mindreårige barn som pårørende

Dersom en pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn har helsepersonell en plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging barnet kan ha som følge av forelderens tilstand. Med mindreårige barn menes barn under 18 år. Dette følger av [helsepersonelloven](#)

⁹⁰ Bruker ble tatt inn i bestemmelsen ved lov 16. juni 2017 nr. 53. Ikraft fra 1. januar 2018. Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

⁹¹ Vedtatt ved lov 7. juni 2013 nr. 29 og trådte i kraft 1. januar 2014.

⁹² Helsedirektoratets brev 20. august 2012

⁹³ Selv om denne primært retter seg mot psykiske helsetjenester har den overføringsverdi til somatiske helsetjenester.

[§ 10 a](#), som må ses i sammenheng med [spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a](#) som pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av denne gruppen barn. For mer informasjon se, [rundskriv IS-5/2010 Barn som pårørende](#)

Andre ledd regulerer informasjon til nærmeste pårørende til pasienter eller brukere over 16 år som av ulike grunner åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Hvem som kan være nærmeste pårørende er regulert i § 1-3 bokstav b. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon i lovens kapittel 4. For at de pårørende skal kunne ivareta pasientens rettigheter med hensyn til medvirkning til helsehjelp og kunne gi uttrykk for hva pasienten er best tjent med, se § 4 -6 andre ledd, må de ha tilfredsstillende informasjon. Retten til informasjon er i disse tilfellene sidestilt mellom pasienten selv og dennes nærmeste pårørende. Det betyr at nærmeste pårørende skal informeres på tilsvarende måte som pasienten selv etter bestemmelsen i § 3-2. Det vil ofte være grunn til å journalføre hvilken informasjon som er gitt til pårørende.

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

Første og andre ledd gjelder bare for pasienter, ikke for brukere.

Tredje ledd⁹⁴ i bestemmelsen slår fast at ved pasients eller brukers død og hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har nærmeste pårørende rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde og femte ledd, dersom taushetsplikten ikke er til hinder for dette. Ved vurdering av hvilke opplysninger som kan gis pårørende i den forbindelse må helsepersonellet blant annet vurdere om det foreligger «særlige grunner» som tilsier at nærmeste pårørende ikke skal gis innsyn i opplysningene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 og [helsepersonelloven § 24](#).

Bestemmelsen om nærmeste pårørendes rett til informasjon innebærer i praksis at nærmeste pårørende i slike tilfelle i utgangspunktet skal ha informasjon om retten til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og til å anmode tilsynsmyndigheten (Fylkesmannen) om å vurdere mulig pliktbrudd. Videre har nærmeste pårørende rett til informasjon om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Pasientens nærmeste pårørende er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Det legges til grunn at denne definisjonen også må anvendes når det skal avgjøres hvem som er brukerens nærmeste pårørende.

⁹⁴ [Prop.100L \(2012-2013\)](#) Proposisjon til Stortinget(forslag til lovvedtak) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.(styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.) Behandlingen i Stortinget – se [her](#)

§ 3-4 Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år⁹⁵

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

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

Uavhengig av pasientens eller brukerens alder, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukeren er under 18 år. Pasienten eller brukeren skal orienteres om at informasjonen gis.

Dersom det kan bli aktuelt å unnta informasjon fra foreldrene eller andre som har foreldreansvaret etter andre eller tredje ledd, skal pasienten eller brukeren så tidlig som mulig orienteres om retten til informasjon for foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og unntakene fra denne retten.

Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for barn under 18 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, gjelder første til femte ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

Kommentarer til § 3-4:

Bestemmelsen regulerer retten til informasjon når pasienten er mindreårig, det vil si under 18 år. Bestemmelsen gjelder både når barnet er pasient, og når barnet er bruker. Bestemmelsen ble endret fra 1.januar 2018.

Hovedregelen om at både pasienten eller brukeren under 16 år og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret skal informeres går fram av første ledd. Unntaket som gjelder for pasienter eller brukere mellom 12 og 16 år framgår av andre ledd. Unntaket som gjelder for pasient eller bruker under 16 år uavhengig av alder går fram av tredje ledd. Regelen om at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret likevel skal gis til foreldre eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukeren er under 18 år går fram av fjerde ledd. For pasienter og brukere mellom 16 og 18 år følger det av første og fjerde ledd at foreldre eller andre som har foreldreansvaret bare skal gis informasjon om det som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

Første ledd regulerer informasjon til barn og foreldre eller andre med foreldreansvaret.

Barnet selv har uavhengig av alder krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen, se § 3-2 og merknaden til den. Opplysningene må gis i samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvar og i en form som er tilpasset barnets alder og utvikling, se merknadene til § 3-5.

Videre er hovedregelen at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal gis informasjon når pasienten eller brukeren er under 16 år, det er med andre ord en opplysningsplikt for helsepersonell. Det å ha foreldreansvar for barn og ungdom innebærer å ha ansvar for å gi

⁹⁵ Endret ved lov 16. juni 2017 nr. 53 og i kraft fra 1. januar 2018. Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

de omsorg og omtanke. De som har foreldreansvar, har både rett og plikt til å ta avgjørelser på vegne av barn og unge når det gjelder personlige forhold, men de må trekke inn barn og unge selv etter hvert som de utvikler seg. I de aller fleste tilfeller er det foreldrene eller andre som har foreldreansvaret som er barn og unge sine nærmeste og som har de beste forutsetningene til å ta vare på dem. For barn og unge vil det vanligvis være helt naturlig og ønskelig at foreldrene blir informerte. Dess yngre barna er, dess viktigere er det at omsorgspersonene får grundig og god informasjon om den hjelpen som blir gitt til barna, for å kunne bidra til å ta vare på og følge de opp på best mulig måte.

Hovedregelen er altså at både pasienten eller brukeren under 16 år og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret skal informeres.

Bestemmelsen innebærer at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor foreldrene når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis. Se imidlertid bestemmelsens fjerde ledd.

Etter [barnelova § 47](#) har også den av foreldrene som ikke har foreldreansvaret rett til å få visse opplysninger om barnet, herunder opplysning fra helsetjenesten. Dette gjelder opplysninger som ikke på andre grunnlag er undergitt taushetsplikt. Informasjonsplikten inntreffer på anmodning i det enkelte tilfellet.

Nærmere om foreldreansvaret

Giftede foreldre har felles foreldreansvar for barna de har sammen. Fra 1. januar 2006 har samboende foreldre automatisk felles foreldreansvar for barn født etter nevnte tidspunkt. Dersom foreldrene ikke er gift eller bor sammen, har mor i utgangspunktet foreldreansvaret alene. Foreldrene kan avtale at de skal ha felles foreldreansvar, eller at far skal ha foreldreansvaret alene. Avtalen må sendes folkeregistermyndigheten (skattekontoret) for å være gyldig. Dersom foreldre som har felles foreldreansvar flytter fra hverandre, vil de fortsette å ha felles foreldreansvar med mindre de avtaler noe annet.⁹⁶

De nærmere reglene om foreldreansvaret følger særlig av barneloven kapittel 5. Det finnes også informasjon om [foreldreansvar på regjeringen.no/blid](#)

En forelder kan ha samværsrett selv om vedkommende ikke har del i foreldreansvaret, og en forelder kan ha del i foreldreansvaret uten å ha samværsrett.

Dersom fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har truffet vedtak om omsorgsovertakelse for et barn går ansvaret for den daglige omsorgen for barnet over på barneverntjenesten. Etter omsorgsovertakelsen vil foreldrene ha en begrenset innflytelse på hvordan den daglige omsorgen for barnet skal utøves. Foreldrene vil imidlertid fortsatt ha et restansvar for barnet dersom de ikke er fratatt foreldreansvaret etter [barnevernloven § 4-20](#). Blir foreldreansvaret fratatt foreldrene slik at barnet blir uten verge, skal fylkesnemnda snarest ta skritt til å få oppnevnt ny verge for barnet, jf. 4-20 første ledd. Dersom det blir gitt samtykke til adopsjon av et barn, går foreldreansvaret over på den som adopterer barnet.

Foreldres rett til informasjon om barnet reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4.

I **andre ledd** er det et unntak fra hovedregelen om at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal ha informasjon når barnet er under 16 år. Dette gjelder når pasienten

⁹⁶ Ved lov 31.mars 2017 nr. 13 er det vedtatt endringer i barneloven § 35. Utgangspunkt skal være felles foreldreansvar for alle, også for foreldre som ikke bor sammen når barnet blir født. Dersom foreldrene ikke bor sammen og mor ønsker foreldreansvaret alene skal hun kunne gi melding til folkeregistermyndigheten innen ett år fra den datoen farskap ble fastsatt. Tilsvarende gjelder der far ikke ønsker felles foreldreansvar. Når en av foreldren har gitt slik melding får mor foreldreansvaret alene. Forarbeidene er Prop 161 L (2015-2016) Endringer i barnelova mv. (likestilt foreldreskap) og Innst. 195 L (2016-2017). Det er ikke fastsatt når endringen trer i kraft.

eller brukeren er mellom 12 og 16 år, og av grunner som bør respekteres ikke ønsker at foreldrene skal informeres.

Det kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (for eksempel mishandlingssaker) og ulike overbevisningsgrunner. Et viktig hensyn bak bestemmelsen er å sikre at barn og unge oppsøker helsetjenesten, for eksempel helsesøster på skolen, når de har behov for det uten frykt for at foreldrene skal kobles inn. Dette kan være særlig aktuelt der det er et motsetningsforhold mellom barnet og foreldrene, eller der barnet har grunn til å frykte sterke represalier eller fordømmelse dersom foreldrene blir kjent med at barnet har vært i kontakt med helsetjenesten for eksempel for å få prevensjon eller behandling for kjønnssykdommer. Eksempler på grunner som bør respekteres kan være prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing.⁹⁷ Dette er også et unntak fra hovedregelen om at foreldrene har full samtykkekompetanse på vegne av barn under 16 år. Når foreldrene eller andre med samtykkekompetanse ikke får informasjon, kan de heller ikke samtykke. Se mer i kommentaren til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Barnets selvbestemmelsesrett vil altså i visse tilfeller kunne gå foran foreldrenes rett til å samtykke på barnets vegne før fylte 16 år. Begrunnelsen for foreldrenes bestemmelsesrett og informasjonsrett er å ivareta barnets interesser når barnet ikke selv er i stand til det. I den utstrekning barnet selv er i stand til å ivareta sine egne interesser på en fornuftig måte, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptrer til barnets beste, faller begrunnelsen for foreldrenes rettigheter bort.

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

Hovedregelen er at både barn og foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal informeres når det blir gitt helse- og omsorgstjenester til barn og unge under 16 år. **Tredje ledd** er også et unntak fra denne plikten. Den gjelder pasient og bruker under 16 år uavhengig av alder, det vil si også når en pasient eller bruker er under 12 år. Det er et snevert unntak avgrenset til at informasjon ikke skal gis til foreldre eller andre som har foreldreansvaret «dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det». Helsepersonell har en selvstendig plikt til å ta stilling til om det foreligger tungtveiende hensyn til barnet som gjør at foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke skal informeres. Barnet trenger altså ikke å ha bedt om det.

For pasienter og brukere mellom 12 og 16 år følger det av andre ledd at informasjon ikke skal gis til foreldre eller andre som har foreldreansvar når barnet av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Selv om et barn i denne aldersgruppen ikke har oppgitt noen slike grunner, må likevel helsepersonell vurdere om det foreligger tungtveiende hensyn til barnet som gjør at foreldrene eller andre med foreldreansvaret ikke skal informeres.

For at det skal foreligge tungtveiende hensyn, må pasienten eller brukeren være i, eller antas å være i, en situasjon som er alvorlig, eller som blir oppfattet som alvorlig av pasienten eller brukeren. Dette kan for eksempel være en alvorlig omsorgssviktsituasjon eller annen situasjon med alvorlig uro eller belastning, for eksempel knyttet til kjønnsidentitet, seksualitet eller psykososiale forhold.

⁹⁷ Abortloven setter ingen nedre aldersgrense for å begjære abort. Av [abortloven § 4 første ledd](#) fremgår det imidlertid at dersom jenta er under 16 år skal den eller de som har foreldreansvaret gis anledning til å uttale seg, medmindre «særlige grunner» taler mot det. Det antas at dette er en strengere regel med hensyn til å kunne la være å orientere foreldrene sammenlignet med pbrl. § 3-4 tredje ledd (grunner som bør respekteres). Abortloven går foran pasient- og brukerrettighetsloven som særlov på feltet. Adgangen til å unnlate å informere foreldrene er videre etter pasient- og brukerrettighetsloven enn etter abortloven.

Situasjonen må i tillegg være av en slik karakter at personellet vurderer det som best for pasienten eller brukeren at informasjonen ikke blir videreformidlet til foreldre eller andre som har foreldreansvaret. Det er vurderingen av hva som vil være til beste for barnet som skal være avgjørende. Å unnlate å gi informasjon videre vil kunne være best for barnet dersom slik videreformidling vil kunne sette barnet i en svært vanskelig og noen ganger farlig situasjon. Det samme gjelder dersom videreformidlingen vil kunne skade barnets tillit og hindre at barnet kommer fram med informasjon som kan føre til at barnet får hjelp.

Avgjørelsen av om det vil være best for barnet å ikke videreformidle informasjonen vil kunne være vanskelig å ta. Kommer det fram informasjon om alvorlig omsorgssvikt vil det som regel være klart at informasjon ikke skal gis videre. I andre tilfeller kan det være mer krevende å avgjøre om det å unnlate å informere foreldrene eller andre som har foreldreansvaret faktisk vil være det beste for barnet. Viktige hensyn vil kunne trekke i hver sin retning, og det må gjøres en avveining for å fastslå hvilke hensyn som skal tillegges avgjørende vekt for å sikre barnets behov på best mulig måte.

Hensynet til å få barnet til å åpne seg og fortelle om alvorlig uro eller belastning vil måtte veies mot hensynet til å trekke inn foreldrene for at de skal kunne hjelpe barnet. I de tilfeller der foreldre i utgangspunktet ikke blir trukket inn, og barn åpner seg, vil kjennskapen personellet har til barnet sin uro eller belastning føre til at barnet kan få hjelp til å forstå og håndtere situasjonen. Noen ganger vil personellet kunne hjelpe barnet med å avdramatisere situasjonen og dermed fjerne uroen eller belastningen. Andre ganger vil personellet kunne hjelpe ved å lytte, oppklare og gi barnet råd. I tilfeller der personell får kjennskap til en uro eller belastning et barn har, og ut fra situasjonen mener at det vil være best for barnet å trekke inn foreldrene, må personellet prøve å forklare barnet hvorfor dette er nødvendig.

Den som sitter på informasjon om en alvorlig situasjon for et barn kan imidlertid ikke la være å gjøre noe mer i saken. Dersom det foreligger opplysningsplikt til barnevernet skal opplysningene videreformidles, slik at barnevernet kan undersøke saken og sørge for at barnets interesser ivaretas, jf. helsepersonelloven § 33. Dersom vilkårene for meldeplikt/opplysningsplikt til barnevernet er oppfylt, har helsepersonell plikt til å videreformidle opplysningen til barneverntjenesten uavhengig av om barnet samtykker eller ikke.

Videre kan det foreligge plikt til å varsle politiet for å avverge skaden dersom opplysningene tilsier at barnet står i fare for å bli alvorlig skadet, jf. helsepersonellova § 31. Helsepersonell vil også etter denne bestemmelsen kunne ha en plikt til å videreformidle opplysningene uavhengig av om barnet samtykker eller ikke.

Dersom informasjonen mer vagt har ført til at det oppstår en mistanke om at barnet kan være i en alvorlig situasjon bør den som sitter på informasjonen, så langt det er mulig sørge for at barnet blir fulgt opp videre, slik at mistanken enten blir styrket eller avkreftet. Også der barnet ikke er i en mulig situasjon med alvorlig omsorgssvikt, men i en annen situasjon som blir oppfattet som alvorlig for barnet, bør den som sitter på informasjonen, så langt det er mulig sørge for at barnet blir fulgt opp videre. Den videre oppfølgingen kan bidra til at mistanken enten blir styrket eller avkreftet, og til at barnet får den hjelpen det eventuelt har behov for.

Dersom personell mener at det oppstår en situasjon der barnet kan ha behov for å snakke med helsepersonellet alene, må det legges til rette for at dette kan skje.

Etter hovedregelen har helsepersonell taushetsplikt overfor pårørende til pasienter og brukere som er over 16 år. For å unngå motstrid mellom denne regelen og pliktene knyttet til foreldreansvaret etter barneloven, er det tatt inn et unntak i **fjerde ledd**. Regelen er at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret skal gis til foreldre eller andre

som har foreldreansvaret når pasienten eller brukeren er under 18 år. Det er viktig å sikre at foreldrene eller andre som har foreldreansvaret får den nødvendige informasjon slik at de settes i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Noe annet kan føre til at foreldrene fratras omsorgsansvaret for barna sine. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, er avgrenset til informasjon som er nødvendig for at foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal kunne sikre foreldreomsorgen. Forhold som kan omfattes av unntaket kan for eksempel være opplysninger om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg og innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander. Det må vurderes konkret hvilken informasjon som i så fall skal gis, men informasjonsplikten vil normalt ikke omfatte en full redegjørelse for den generelle helsetilstanden, hvilke undersøkelser som er foretatt mv.

Fjerde ledd går foran tredje ledd og gjelder for alle pasienter og brukere under 18 år. Det innebærer at helsepersonell alltid skal gi foreldrene eller andre som har foreldreansvaret informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret.

Dersom helsepersonell i en situasjon som er omfattet av tredje ledd, altså at det foreligger tungtveiende hensyn, vurderer at situasjonen er slik at heller ikke denne begrensede informasjonen kan gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, må helsepersonellet vurdere om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten. Barneverntjenesten får da anledning til å vurdere omsorgssituasjonen til barnet og behovet for å sette i verk tiltak etter barnevernloven.

Av siste setning i fjerde ledd følger at pasienten eller brukeren skal orienteres i de tilfellene foreldre eller andre som har foreldreansvaret får informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Dette er viktig av hensyn til barn og unges tillit til helse- og omsorgstjenesten.

I **femte ledd** er det et krav om at pasienten eller brukeren så tidlig som mulig orienteres om retten foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har til å få informasjon, og unntak fra dette. Dette kravet gjelder når det kan bli aktuelt å unnta informasjon fra foreldrene eller andre som har foreldreansvaret etter andre eller tredje ledd. For at barn skal åpne seg og fortelle om forhold som er vonde, kan det være en forutsetning at de får vite at det de forteller, ikke automatisk blir videreformidlet til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret. Det kan dessuten være viktig at de får vite dette så tidlig som mulig, slik at de kan få opparbeidet seg den tilliten og tryggheten som kan gjøre at de våger å åpne seg og fortelle om forholdet. Et eksempel kan være når en 10-åring kommer til helsesøster og det oppstår mistanke om at barnet ikke har det bra hjemme. Dersom helsesøster kan trygge 10-åringen på at det hun eller han sier ikke automatisk vil bli videreformidlet til foreldrene, vil det kunne bidra til at barnet lettere tør å åpne seg. Det vil igjen kunne føre til at mistanken avkreftes eller forsterkes og at barnet får den hjelpen det trenger.

Sjette ledd: Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker kan vedta at omsorgen skal fratras foreldrene, jf. bl.a. barnevernloven §§ 4-8 og 4-12. I tillegg kan fylkesnemnda i noen tilfeller vedta at også foreldreansvaret skal fratras foreldrene, jf. barnevernloven § 4-20. Når fylkesnemnda vedtar at omsorgen skal fratras foreldrene går ikke foreldreansvaret i juridisk forstand over til barneverntjenesten. Det samme gjelder i de tilfeller hvor foreldrene også er fratatt foreldreansvaret. Barneverntjenesten vil likevel måtte ivareta en rekke funksjoner som ligger til foreldreansvaret, når enten omsorgen eller omsorgen og foreldreansvaret er fratatt foreldrene. Barneverntjenesten vil blant annet ha plikt til å sørge for at barnet får nødvendig medisinsk behandling. For å kunne ivareta dette ansvaret må også barneverntjenesten, herunder fosterforeldre eller institusjon, få nødvendig kunnskap om barnets helse og medisinske behandling. Av fjerde ledd fremgår derfor at barneverntjenesten skal ha informasjon som omhandlet i første og tredje ledd når omsorgen for barnet er overtatt etter [barnevernloven § 4-8](#) eller [§ 4-12](#). Det samme gjelder når det er truffet midlertidig vedtak om å plassere et barn utenfor hjemmet etter barnevernloven § 4-6 andre ledd. Slik vil man i

disse tilfellene sikre at så vel barnet selv som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og barneverntjenesten blir informert. Barneverntjenestens rett til å få informasjon gjelder de tilfeller hvor tjenesten overtar omsorgen for barn under 18 år.

Informasjonsplikten til barneverntjenesten kommer i tillegg til – ikke i stedet for – informasjonsplikten overfor foreldrene så sant de ikke også er fratatt foreldreansvaret etter [barnevernloven § 4-20](#)⁹⁸. Når det gjelder unntakene i andre og tredje ledd så må de også gjelde overfor barneverntjenesten. Så langt som mulig skal bestemmelsen tolkes i samsvar med barneloven og barnevernloven.

Reglene i § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal, jf. § 5-1 fjerde ledd. Dette betyr at for barn under 16 år har foreldrene rett til innsyn i journalen, med unntak av situasjoner hvor et barn over 12 år av grunn er som etter helsepersonells vurdering må respekteres ikke ønsker at foreldre skal få tilgang. Det samme gjelder for barn under 12 år dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot at informasjon gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, jf. tredje ledd. Det er ikke noe krav om at begge foreldrene med felles foreldreansvar samtykker for å få innsyn i barnets journal hos for eksempel fastlegen.

⁹⁸ Det følger av barnevernloven § 4-20 at dersom fylkesnemnda har vedtatt å overta omsorgen for et barn, så kan også fylkesnemnda vedta at foreldreansvaret i sin helhet skal fratas foreldrene.

§ 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.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

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

Kommentarer til § 3-5:

Bestemmelsen er en presisering av kravet om forsvarlige helsetjenester. Brudd på plikten til å gi informasjon kan være brudd på forsvarlighetskravet⁹⁹.

Det følger av **første ledd** at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Bestemmelsen gjelder for alle pasienter og brukere. Den må ses i sammenheng med § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen.

Enkelte grupper kan ha særlige behov for tilpasset informasjon. Disse kan være barn, personer med redusert eller manglende evne til å ivareta sine interesser, samt personer fra minoritetskulturer og personer med manglende kunnskaper i norsk. Både språklige og kulturelle forhold kan medføre behov for spesielt tilpasset informasjon. I de tilfeller hvor pasienten snakker og forstår norsk dårlig, og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Dette er også aktuelt for den samisktalende delen av befolkningen.

Også personer med nedsatt funksjonsevne, blant annet døve, hørselshemmede og synshemmede, har rett til spesielt tilpasset informasjon. Det er behandlingsansvarlig helsepersonell som har ansvaret for å tilrettelegge eller gi informasjonen. Det er følgelig helse- og omsorgspersonellet som har plikt til å vurdere behovet for og bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner¹⁰⁰.

Særlig om tolk

Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og for å kunne gi nødvendig informasjon og veiledning til pasienter og pårørende. Helsedirektoratet har utarbeidet en [veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)¹⁰¹ for å bidra til at helse- og omsorgspersonell vurderer behovet for og bestiller kvalifisert tolk, når det er nødvendig. I veilederen beskrives faglige og juridiske grunner til at helse- og omsorgstjenesten bør ha gode systemer for kommunikasjon via kvalifisert tolk. Den beskriver videre viktigheten av å benytte tolker, fremgangsmåte ved bestilling av tolk, og gode råd for gjennomføring av en tolket samtale. Videre omtales behovet for budsjettering av tolkebruk, rapportering og evaluering. Endelig omtales behovet for opplæring i kommunikasjon via tolk og ulike former for tolking.

⁹⁹ Se nærmere om dette i rundskriv til helsepersonelloven side 16-17.

¹⁰⁰ Dette følger også av IS-1924 - [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten](#) (2011) side 6.

¹⁰¹ IS-1924 - [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten](#) (2011)

Barn eller andre familiemedlemmer skal som hovedregel ikke brukes som tolk¹⁰²¹⁰³. Å bruke barn som tolk setter barn i en vanskelig rolle og kan være skadelig for barnet. Å tolke er et stort ansvar, som krever modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter. Situasjoner hvor det er behov for tolk kan også omhandle alvorlige forhold som barn ikke skal måtte ta stilling til. Å bruke barn som tolk kan være brudd på FNs barnekonvensjon artikkel 36.

Det er en egen tolketjeneste for døve, hørselshemmede og døvblinde, som er omtalt i kapittel 7 i [veilederen](#).

Fastlegen skal benytte tolk ved behov, noe som fremgår av [fastlegeforskriften § 28](#). Dette er en presisering av kravet om forsvarlige helsetjenester og det fremgår av merknaden til bestemmelsen at for å sikre forsvarlig behandling og at gitt informasjon blir oppfattet korrekt, kan det være nødvendig å bruke tolk. Det vil være et kommunalt ansvar å sørge for at tolk er tilgjengelig når det oppstår et behov, ettersom kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. I utgangspunktet vil det følgelig også være kommunen som må dekke eventuelle kostnader til bruk av tolk der dette er nødvendig for å kunne tilby en forsvarlig tjeneste. For at kommunen skal kunne oppfylle sitt ansvar må fastlegen informere kommunen om behovet for tolk i en konkret konsultasjon, eller ha avklart bruk av tolketjenester på forhånd generelt. Fastlegen bør videre opplyse om behov for tolk ved videre henvisninger til spesialisthelsetjenesten eller til andre kommunale tjenesteytere.

Dersom pasienten har representant, for eksempel fordi pasienten er mindreårig eller fordi vedkommende ikke har samtykkekompetanse, forholdene tilsier det eller vedkommende ikke kan ivareta sine interesser, skal informasjonen tilpasses både pasienten og representantens behov.

Andre ledd pålegger personellet så langt det er mulig å sikre at pasienten og brukeren har forstått informasjonen. Dette kan gjøres ved for eksempel å stille kontrollspørsmål, få pasienten til å gjenta, sette opp huskeliste for pasienten eller dele ut skriv med informasjonen.

Først og andre ledd omhandler kommunikasjonen mellom pasient/bruker og personellet. I **tredje ledd** innføres en dokumentasjonsplikt. Det skal nedtegnes i journalen at det er gitt informasjon og hovedinnholdet i den informasjonen som er gitt. Det er opplysning om den informasjon som er gitt etter §§ 3-2, 3-3 og 3-4 som skal nedtegnes i journalen. Opplysning om den informasjon som er gitt til nærmeste pårørende etter § 3-3 skal også nedtegnes i journalen. Å dokumentere hva som er gitt av informasjon er bl.a. viktig ved tilsyns- og erstatningssaker der det hevdes at informasjon ikke er gitt, mens helse- og omsorgspersonell mener at slik informasjon er gitt.

For personell som yter tjenester som ikke er å anse som helsehjelp, typisk personer som yter avlastning, praktisk bistand eller støttekontakttjenester, gjelder ikke helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt¹⁰⁴. Kommunens plikt til blant annet å sørge for forsvarlige tjenester, jf. [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1](#), forutsetter imidlertid at det skjer en dokumentasjon av nødvendige og relevante opplysninger også innenfor disse tjenestene. Kommunen må avgjøre i hvilken grad det er nødvendig å pålegge personellet som tildeler og yter omsorgstjenester dokumentasjonsplikt, og utarbeide rutiner for og krav til slik dokumentasjon. Dette omfatter også nødvendige og relevante opplysninger om informasjon som er gitt etter reglene i dette kapitlet.

¹⁰² Dette følger uttrykkelig av IS-1924 - [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten](#) (2011)

¹⁰³ Dette foreslås også i [Prop.65L \(2015-2016\)](#) Endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk) som er til behandling i Stortinget. Se [Stortingets sider](#)

¹⁰⁴ Jf. [forskrift 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2.](#)

§ 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.

Kommentarer til § 3-6:

Første ledd omhandler de generelle taushetspliktsbestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5. Med «personlige opplysninger» menes alle forhold som ikke er generelle og allmenngyldige, men som er knyttet til den enkelte personen. I tillegg til helseopplysninger vil det være opplysninger om sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold mv. Personvern hensyn tilsier at adgangen til å utlevere følsomme helseopplysninger til andre enn den opplysningene gjelder, bør være snever. Vern mot spredning av opplysninger henger nært sammen med helsepersonellens taushetsplikt

Det følger av **andre ledd** at den som opplysningene gjelder kan samtykke til at andre får innsyn i opplysninger som gjelder ham eller henne. Dette følger også av [helsepersonelloven § 22](#). Representasjonsreglene som helsepersonelloven § 22 viser til, gjelder tilsvarende. Det innebærer at for personer under 16 år er det som utgangspunkt foreldrene eller andre med foreldreansvar som har samtykkekompetanse.

Helsepersonells taushetsplikt og opplysningsrett følger av helsepersonelloven kapittel 5. Helsepersonells opplysningsplikt følger av helsepersonelloven kapittel 6 og helsepersonells meldeplikt følger av helsepersonelloven kapittel 7. For mer informasjon om disse bestemmelsene, se [rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer](#)

Etter **tredje ledd** skal den opplysningene gjelder ha informasjon dersom helsepersonell har utlevert taushetsbelagte opplysninger i kraft av opplysningsplikt. Det må vurderes konkret hvordan dette skal gjøres. For å gjennomføre dette kan helsepersonell informere pasienten muntlig eller sende kopi av de avgitte opplysningene til vedkommende. Begrensningen "så langt forholdene tilsier det" gjelder etter forarbeidene nødrettstilfeller der informasjon om at taushetsbelagte opplysninger er gitt til andre, kan sette liv eller helse i fare for pasienten eller andre.

Informasjon om at opplysninger er gitt kan også være aktuelt i andre sammenhenger hvor den opplysningen gjelder har gitt samtykke/tillatelse til at helsepersonell avgir taushetsbelagt informasjon. Dette gjelder for eksempel opplysninger til et forsikringsselskap.

Særlig om utlevering av informasjon mellom helsepersonell og forsikringsselskap

I forbindelse med utlevering av opplysninger til forsikringsselskaper uttaler Stortingets sosialkomite¹⁰⁵ at det må utarbeides gode rutiner, slik at de opplysninger som utleveres ikke kommer i konflikt med taushetsplikten. Journalopplysninger som utleveres kan inneholde sensitive opplysninger som forsikringsselskapet ikke uten videre bør ha tilgang til, eller

¹⁰⁵ [Innst.O.nr.91\(1998-99\)](#)

inneholde medisinske opplysninger som senere viser seg å være feilaktige. Det er heller ikke gitt at forsikringstakere uten videre overskuer konsekvensene av at opplysningene utleveres. Når leger etter samtykke fra pasienten bes om å utlevere pasientopplysninger til forsikringsselskaper, bør den lege som utsteder legeerklæringen gjøre pasienten oppmerksom på hvilke opplysninger som gis slik at det kan tas hensyn til reservasjoner pasienten måtte ha. Ved tilbakeholdelse av opplysninger ut fra pasientens ønske må legen vurdere om opplysningene kan ha betydning for vurderingen av pasientens helsetilstand fra forsikringsselskapets side og i så tilfelle gjøre oppmerksom på at visse opplysninger er holdt tilbake uten å angi opplysningene. Legen har et særlig ansvar for å se til at opplysninger i journalen som legen vet er feilaktige ikke videresendes til forsikringsselskapet. I helsepersonelloven § 15 er helsepersonells forhold til utlevering av helseopplysninger til forsikringsselskap nærmere regulert. Se [rundskriv til helsepersonelloven](#).

Det er visse opplysninger det er forbudt for forsikringsselskap å be om, motta, besitte eller bruke. Forbudet omfatter opplysninger fra prediktive genetiske tester¹⁰⁶. Dette er genetiske tester som blir foretatt uten at det foreligger symptomer på sykdommer, men blir utført for å forutsi (predikere) fremtidig risiko for sykdom. Dette er nærmere regulert i [bioteknologiloven § 5-8](#).

¹⁰⁶ Slike tester kan kun rekvireres av virksomhet som er godkjent etter [bioteknologiloven § 7-1](#).

Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp

§ 4-1 Hovedregel om samtykke

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

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

Kommentarer til § 4-1:

Første ledd første setning lovfester det generelle kravet til informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp. Samtykkekravet gjelder for alle former for helsehjelp, både somatisk og psykisk¹⁰⁷, som pasienter får eller medvirker til, det vil si pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling.

I enkelte tilfeller er det gitt unntak i særlovgivningen¹⁰⁸ fra kravet om samtykke for å yte helsehjelp.

Helsepersonell skal etter [helsepersonelloven § 7](#) om *øyeblikkelig hjelp* straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Det vil si at krav til helsepersonell om å gripe inn i nødrettslignende situasjoner, kan også føre til inngrep uten samtykke.¹⁰⁹

Det viktigste unntaket fra kravet til samtykke er innført i § 4-6 for pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg behandlingen. Dersom en pasient som er uten samtykkekompetanse, motsetter seg helsehjelp, kan nødvendig helsehjelp gis etter reglene i kapittel 4 A dersom vilkårene for øvrig er oppfylt¹¹⁰. Se nærmere om dette under merknadene til de enkelte bestemmelsene.

Hovedregelen er imidlertid at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke.

Nærmere om samtykket

Pasientens samtykke er bare gyldig dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. **første ledd andre setning**. Dette innebærer at pasientene må ha fått dekkende/tilstrekkelig informasjon om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med helsehjelpen.¹¹¹

Pasienten må gis informasjon om deltakerne i undersøkelsen eller behandlingen, for eksempel om det skal være studenter til stede. Pasienten har rett til å motsette seg at studenter eller andre observatører er tilstede.

¹⁰⁷ I henhold til [psykisk helsevernloven § 2-1](#) skal samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven også gjelde for psykisk helsevern med mindre annet følger av psykisk helsevernloven. Hovedregelen er derfor at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens samtykke. For mer informasjon om kravet til samtykke til helsehjelp for psykiske lidelser, se Helsedirektoratets rundskriv [IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer](#).

¹⁰⁸ Dette gjelder for eksempel i smittevernloven kapittel 5, psykisk helsevernloven kapittel 3 og 5 og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.
¹⁰⁹ En sak fra Høyesterett ([HR-2010-902-A - Rt-2010-612](#)) gjaldt om et kommunalt sykehjem kunne skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte bandasjer på en pasient mot pasientens vilje. Høyesterett (dissens 3-2) fant at sykehjemmet kunne stille vilkår for tjenestetilbudet, herunder vilkår med tvangselementer. Retten la videre vekt på at vask, sengetøyskift og sårstell ikke var urimelig byrdefullt for pasienten og at sykehjemmet hadde lagt til rette for at stellet kunne gjennomføres så skånsomt som mulig.

¹¹⁰ Reglene åpner for å gi tvangsmessig somatisk helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Dersom en pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg psykisk helsehjelp, skal reglene i psykisk helsevernloven følges.

¹¹¹ Se dom i Borgarting lagmannsrett. ([LB-2007-16311](#))

Kravene til informasjon er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven [kapittel 3](#). Informasjonen må tilpasses den enkelte pasient, inngrepets art og konsekvenser og omstendighetene for øvrig. Det kan ikke forventes at pasienten skal ha all tenkelig informasjon om tiltaket før samtykke gyldig kan gis. Det er derfor stilt krav om *nødvendig informasjon* om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen. Med andre ord skal det gis slik informasjon som gir et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Det skal altså som utgangspunkt gis informasjon som tilfredsstiller kravene i § 3-2, mens det for spesielle situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser må være tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. I øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det ofte ikke praktisk mulig å kreve informert samtykke.

Andre ledd i bestemmelsen fastslår at pasienten kan trekke tilbake samtykke til behandling. Det kan skje når som helst. Videre er det slått fast at helsepersonell plikter å gi nødvendig informasjon om følgene av at samtykket trekkes, og at behandlingen dermed må avsluttes.

Pasienter kan ha ulike grunner til å trekke et samtykke tilbake. For eksempel kan svært smertefull undersøkelse eller krevende psykiatrisk behandling få pasienten til å endre sin opprinnelige beslutning. Det er en forutsetning at pasienten har fått informasjon om slike byrder eller ulemper før samtykket gis, jf. første ledd.

Pasienten har krav på informasjon om følgene av at behandlingen må avsluttes fordi samtykket trekkes. Hvis avbrytelse av behandling kan føre til svært alvorlige helsemessige følger for pasienten, kan helsepersonellet i gitte situasjoner ha plikt til å fortsette helsehjelpen med hjemmel i [helsepersonelloven § 7](#). Det kan også tenkes at pasienten ikke lenger har samtykkekompetanse i forhold til å avslutte behandling. I slike tilfeller kan representert samtykke eller presumert samtykke gi nødvendig rettslig grunnlag for å fortsette behandlingen, med mindre pasienten motsetter seg gjennomføringen av tiltaket.

§ 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.

Kommentarer til § 4-2:

Bestemmelsen regulerer hvilke krav som skal stilles til samtykkets form. Det er i utgangspunktet ikke krav om skriftlig samtykke. Det kan enten gis uttrykkelig, skriftlig eller muntlig eller det kan gis stilltiende.

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

For å sikre at pasienten faktisk har fått tilstrekkelig informasjon og har overveid følgene av helsehjelpen, bør det vurderes om det i konkrete situasjoner skal stilles krav om skriftlighet. Et krav om skriftlig samtykke kan i større grad etterprøves og tydeliggjør at pasienten virkelig gir et samtykke. Et skriftlighetskrav kan også føre til at pasienten tenker seg grundigere om og vil på den måten øke kvaliteten på samtykket.

I enkelte situasjoner er det særskilt behov for etterprøvbarehet eller skriftlighet for å dokumentere at et frivillig samtykke foreligger og derfor stilt formkrav i særlovgivningen. Som eksempel kan nevnes [lov 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev \(transplantasjonslova\) § 6](#), [lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. § 2-5](#) (assistert befruktning), § 4-3 (fosterdiagnostikk), § 5-4 (genetisk undersøkelse) og § 6-4 (genterapi).

Dersom det er relevant og nødvendig skal journalen inneholde opplysninger om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp, jf. [journalforskriften § 8 første ledd bokstav j](#).

Andre ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om krav til skriftlig samtykke eller andre formkrav til samtykket ved visse former for helsehjelp. Slike forskrifter er ikke gitt.

§ 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse¹¹²

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse
- b) personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art.
- c) personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger 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 annet kvalifisert helsepersonell.

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.

Når det følger av § 3-4 tredje ledd at informasjon ikke skal gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og personen er under 12 år, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er strengt nødvendig, og som ikke er inngripende med hensyn til omfang og varighet. En slik avgjørelse kan bare tas i en begrenset periode frem til det kan innhentes samtykke.

Kommentarer til § 4-3:

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

Første ledd bokstav a slår fast hovedregelen om at personer over 18 år har kompetanse til å treffe avgjørelse i helsemessige spørsmål. Dette gjelder ikke dersom noe annet følger av § 4-7 (Om pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området). Se kommentaren til denne bestemmelsen. Videre kan noe annet følge av særlig lovbestemmelse, for eksempel må en person som hovedregel være 25 år for å kunne samtykke til å steriliseres, jf. [steriliseringsloven § 2](#).

Bokstav b fastsetter den "helserettslige myndighetsalder" til 16 år, med mindre unntak er gjort i lov eller noe annet fremkommer av *tiltakets art*. Det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år. Motsatt kan det også tenkes eksempler på avgjørelser som ikke bør tas før

¹¹² Endret ved lov 16. juni 2017 nr. 53 og i kraft fra 1. januar 2018. Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

myndighetsalderen på 18 år. Eksempel på dette er deltakelse i forskningsprosjekter eller eksperimentell behandling, smertefull eller risikofylt behandling og behandling som er irreversibel, herunder plastisk kirurgi. Helse- og omsorgsdepartementet har i rundskriv [L-8/2003 Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk](#) lagt til grunn en 18 årsgrense for å kunne samtykke til plastisk kirurgi. Det er derfor nødvendig med samtykke fra foreldre eller andre som har foreldreansvaret for å få gjennomført slike inngrep for ungdom under 18 år. Av [transplantasjonslova¹¹³ § 7](#) fremgår det at en person må være fylt 18 år for å ha rett til å samtykke til donasjon. Foreldre, eller andre som har foreldreansvaret etter barnelova, har rett til å samtykke til donasjon fra barn under 18 år.¹¹⁴ Dette gjelder likevel ikke dersom barnet selv motsetter seg donasjonen, jf. transplantasjonslova § 5. Dersom foreldrene har felles foreldreansvar må de være enige om å gi samtykke til donasjon.

I [lov 20. juni 2014 nr. 40 om rituell omskjæring av gutter¹¹⁵ § 8](#) er det fastsatt en 18 års grense for å kunne samtykke til rituell omskjæring. Rituell omskjæring av gutter under 18 år kan kun utføres etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret for gutten, men det er forbudt å utføre rituell omskjæring dersom gutten motsetter seg inngrepet, jf. § 8 andre ledd.

I andre situasjoner kan personer under 16 år være samtykkekompetente. I [veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemllestelse, Q-1145 B utgitt i 2008¹¹⁶](#), er det lagt til grunn at jenter etter en konkret vurdering vil kunne anses å ha samtykkekompetanse også før fylte 16 år i forhold til spørsmål om helsehjelp som følge av kjønnslemllestelse. Den som har det faglige ansvar for behandlingen må foreta en helhetsvurdering av dette spørsmålet. Det skal i vurderingen blant annet legges vekt på jentas alder, modenhet, omfanget av behandlingen, forhold i familien og hva som anses å være det beste for jenta. Bakgrunnen for dette er at foreldrenes bestemmelsesrett består i å ivareta barnets interesser når barnet ikke selv er i stand til det. I den utstrekning pasienten selv er i stand til å ivareta sine egne interesser på en fornuftig måte, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptre til barnets beste, faller begrunnelsen for foreldrenes bestemmelsesrett bort. Det som reguleres er kompetansen til å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp. Det er ingen formelle aldersgrenser for å oppsøke helsetjenesten eller helsepersonell for å få veiledning, råd og informasjon.

Se også veileder [IS-1746 Forebygging av kjønnslemllestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse – Veileder for helsestasjon og skolehelsetjenesten](#) utgitt av Helsedirektoratet februar 2011 og rundskriv 1-2/2010 Forebygging av kjønnslemllestelse – tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med innvandringsbakgrunn, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Bokstav c regulerer de begrensede tilfellene der barn mellom 12 og 16 år har selvstendig samtykkekompetanse. Det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om, jf. § 3-4 andre eller tredje ledd eller dersom det følger av «tiltakets art».

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres ikke ønsker dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd. Se merknad til bestemmelsen. Det er altså adgang til å tilbakeholde informasjon fra foreldrene i visse tilfeller. I de tilfeller foreldre ikke får informasjon om helsehjelpen vil de ikke ha forutsetning for å samtykke til

¹¹³ lov 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev

¹¹⁴ Det er særlige regler for uttak av organ, celler og vev fra personer mellom 12 og 18 år og uttak fra barn under 12 år. Se transplantasjonslova § 5 andre og tredje ledd.

¹¹⁵ I kraft fra 1. januar 2015. Forarbeidene: [Prop. 70 L \(2013-2014\)](#) og [Innst. 290 L \(2013-2014\)](#).

¹¹⁶ Utgitt i 2008 av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

helsehjelpen. I situasjoner hvor en pasient under 16 år, av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldre informeres og dermed heller ikke involveres vil vedkommende selv ha samtykkekompetansen. Det samme gjelder hvis helsepersonellet har kommet til at det foreligger tungtveiende hensyn til en pasient mellom 12 og 16 år som taler mot at foreldrene eller andre som har foreldreansvaret får informasjon om helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd. Se merknaden til bestemmelsen. Dersom foreldre ikke får informasjon om helsehjelpen vil de ikke ha forutsetning for å samtykke til helsehjelpen og pasienten i denne aldersgruppen vil ha samtykkekompetansen.

Personer mellom 12 og 16 år kan også ha samtykkekompetanse når det følger av «tiltakets art». Det kan være situasjoner der barn under 16 år ønsker helsehjelp som foreldre ikke samtykker til.

Etter første ledd er altså hovedregelen at personer over 16 år har samtykkekompetanse. I **andre ledd** reguleres når samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. En persons evne til å treffe avgjørelser i spørsmål som angår hans eller hennes helse, kan variere etter hva slags tiltak det gjelder. I andre ledd er det derfor slått fast at samtykkekompetansen kan falle bort for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder. Det må foretas en konkret vurdering av på hvilke områder pasienten har samtykkekompetanse.

For at samtykkekompetansen skal kunne sies å ha bortfalt kreves det at vedkommende **åpenbart** ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, det vil si begrunnelsen for at det er behov for å gi helsehjelp, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av å motta eller nekte helsehjelpen. Det skal med andre ord en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt å nekte å motta behandling. Siden beviskravet («åpenbart») er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente.

Det er de samme krav til personlige forutsetninger ved å samtykke til helsehjelp som ved å nekte helsehjelp. Det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av pasientens medisinske tilstand. Både for å samtykke og for å nekte kreves det et visst nivå av konsekvensinnsikt.

Det er tilstrekkelig med en såkalt alminnelig forståelse, det vil si at det ikke kan stilles spesielle eller strenge krav til forståelsen. Pasienten kan ha samtykkekompetanse selv om vedkommende ikke forstår medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. For å vurderes som samtykkekompetent kan det være tilstrekkelig at pasienten forstår nødvendigheten av helsehjelpen. På samme måte trenger ikke pasienten fullt ut å forstå alle konsekvenser av å nekte behandling.

Videre stilles det krav til **årsak** for bortfall av samtykkekompetansen. Samtykkekompetansen kan bare bortfalle dersom pasienten på grunn av "fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming" ikke er i stand til å forstå begrunnelsen. En mindre reduksjon i forstandsevnen, herunder lettere alderdomssvekkelse, er ikke tilstrekkelig.

Sentrale momenter i vurderingen av samtykkekompetanse, herunder verktøy med hjelpespørsmål

[§ 4-3](#) beskriver når samtykkekompetansen kan falle bort, hvem som beslutter dette og formkrav. Bestemmelsen sier imidlertid ingenting om hvordan selve vurderingen skal gjøres.

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke. Studier tyder på at manglende eller redusert samtykkekompetanse hos pasienten er relativt hyppig forekommende når beslutninger om helsehjelp skal fattes. Samtykkekompetanse **skal vurderes konkret** i forhold til den helsehjelpen som skal gis og

pasientens forutsetninger for å kunne samtykke skal optimaliseres. Selv om en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse vedrørende innleggelse, kan vedkommende likevel være samtykkekompetent til å vurdere for eksempel legemiddelbehandling. Kunnskap om pasientens kliniske tilstand er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er samtykkekompetent¹¹⁷.

Vurderinger av samtykkekompetanse kan noen ganger være utfordrende, andre ganger er det åpenbart for helsepersonellet om pasienten er samtykkekompetent eller mangler samtykkekompetanse. Å vurdere samtykkekompetanse inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser. Helselovgivningen inneholder enkelte bestemmelser om hva som skal vurderes og hvordan dette skal gjøres. Samtidig gis det rom for helsepersonells fagetiske standarder, vurderinger og skjønn.

Det er utviklet verktøy for hjelp ved vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter. Se nedenfor. Verktøyene er blant annet utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Det er i de tilfellene helsepersonellet er i tvil at det er nødvendig med en grundigere vurdering, herunder eventuell bruk av slike verktøy.

Verktøyene er ikke utviklet for å gi et eksakt svar, men mer for å hjelpe faglig ansvarlig til en strukturert dialog med pasienten. Disse vil kun være et supplement i en helhetsvurdering. Verktøyene fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et valg

Evnen til «å forstå relevant informasjon» handler om evnen til å ta imot opplysninger og forstå den informasjonen som blir gitt.

I vurderingen av pasientens evne til «anerkjennelse eller anvendelse av informasjonen i egen situasjon» er vurderingen orientert mot pasientens opplevelse av egen situasjon, og erkjennelse av hjelpebehov. Det er i denne sammenheng viktig at informasjonen som gis er knyttet til pasientens egen situasjon og at pasienten klarer å bruke denne informasjonen. Dersom pasienten ikke erkjenner lidelsen og at vedkommende har det vanskelig, og ikke vurderer eller føler at det er behov for hjelp, vil informasjonen ofte ikke kunne sies å være anerkjent i den aktuelle situasjonen.

Evnen til «å resonnere med relevant informasjon» dreier seg om vurdering av fordeler og ulemper knyttet til ulike handlingsalternativer. Denne evnen er særlig viktig for å kunne treffe et informert valg i en situasjon med flere ulike handlingsalternativer, der disse innebærer fordeler og ulemper som må holdes opp mot hverandre. Avveininger av slike alternativer vil avhenge av en rekke verdier og prioriteringer hos pasienten. Pasientens verdier og beslutninger kan stride mot helsepersonellets oppfatning av hva som er «til det beste for pasienten».

Evnen til «å uttrykke et valg» er rettet mot pasientens beslutning om behandling. At en pasient ikke kan snakke, er ikke ensbetydende med at vedkommende ikke kan kommunisere en avgjørelse. Noen kan gi uttrykk for et valg på ikke-verbal måte, ved skrift, eller respons med hender eller øyne. På den annen side kan ikke en pasient vurderes samtykkekompetent bare fordi vedkommende klarer å si «ja» eller «nei». I vurderingen må

¹¹⁷ Enkelte unntak kan tenkes, for eksempel komatøse pasienter, svært psykotiske eller svært demente pasienter.

det da også sees hen til om pasienten klarer å foretrekke ett av flere alternativer, på bakgrunn av tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at dette utgjør et kvalifisert valg.

Nedenfor følger eksempler på aktuelle spørsmål som kan være til hjelp ved vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Det bør tilstrebes at spørsmålene besvares mer utdypende enn med ja eller nei.

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å forstå sin helsetilstand og det som foreslås av helsehjelp:

- Hva tenker du om din situasjon/tilstand?
- Hvilke muligheter finnes i din situasjon/for din tilstand?
- Hva tenker du om nytten av behandling og sannsynligheten for at behandling vil hjelpe deg?
- Hva er risiko ved behandlingen og hva er sannsynligheten for at du kan få bivirkninger eller et uønsket resultat?
- Hva tror du vil skje med deg hvis ingenting blir gjort?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å anerkjenne hvordan denne informasjonen angår hans eller hennes egen situasjon:

- Fortell meg hva du egentlig tenker om din medisinske tilstand.
- Hvorfor tror du legen har anbefalt [navn på behandling eller undersøkelse] for deg?
- Tror du [navn på behandling/undersøkelse] er den beste behandlingen/undersøkelsen for deg? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hva tror du egentlig vil skje med deg hvis du sier ja til denne behandlingen? Hvis du sier nei?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å resonnerer med denne informasjonen på en måte som er konsistent med fakta og pasientens egne verdier:

- Hvilke faktorer/tema er mest viktig for deg for å kunne ta en beslutning om din behandling? Hva er det du tenker på når du vurderer hva du vil?
- Hvordan vurderer du fordelene opp mot ulempene ved behandlingen?
- Stoler du på legen din? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hva tror du vil skje med deg nå?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å kommunisere og uttrykke et valg klart:

- Du har fått mye informasjon om din tilstand. Har du bestemt deg for hvilke behandling som er best for deg akkurat nå?
- Vi har diskutert flere ulike alternativ, hva ønsker du å gjøre?

MacCAT-T er et verktøy som er utviklet for vurdering av samtykkekompetanse (i Grisso og Appelbaum, 1998). Det er ikke oversatt til norsk. [ACE \(Aid to Capacity Evaluation\)](#) er en enklere versjon som kan gjennomføres på 5-10 minutter. Den er oversatt til norsk av Dahlberg og Pedersen, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Det er mange misforståelser knyttet til å vurdere pasienters samtykkekompetanse, for eksempel:

- "pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse"
- "pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse"
- "når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger om helsehjelp"

- "mangel på samtykkekompetanse er permanent"
- «alle som er psykotiske/har diagnosen schizofreni mangler samtykkekompetanse»

Det er viktig at helsepersonell påser at slike «kjappe konklusjoner» og misforståelser ikke får påvirke vurdering av samtykkekompetanse.

Der pasienten mangler samtykkekompetanse bør helsepersonell og pårørendes kunnskap og synspunkter, samt pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier få en sentral rolle for å avgjøre hva som er i pasientens interesser.

Helsedirektoratet har laget et e-læringsprogram om samtykke til helsehjelp. Kurset gir en innføring i reglene om samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse. Kurset er beregnet på helsepersonell, og kan anvendes både som en introduksjon til temaet og som en oppfriskning av kunnskaper. Kurset ligger på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Tredje ledd fastslår at det er det helsepersonellet som yter helsehjelp som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Forarbeidene¹¹⁸ sier at det vil være den som har det faglige ansvar for behandlingen. Det fremgår videre av tredje ledd at helsepersonellet ut fra pasientens alder, modenhet mv. skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan treffe avgjørelse om helsehjelp. Konkrete enkeltavgjørelser i forebygging-, undersøkelses-, behandlings-, rehabilitering, samt pleie- og omsorgsspørsmål for myndige pasienter med nedsatt samtykkekompetanse skal også i så stor utstrekning som mulig tas av pasienten selv. Det vises i denne forbindelse til § 3-5 om informasjonens form.

Fjerde ledd fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse etter andre ledd skal for det første være begrunnet og skriftlig. I begrunnelsen skal det gå fram hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Det vil si at det blant annet må fremgå hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, herunder en kort oppsummering av spørsmål og svar fra den kliniske samtalen, og hva som er gjort for å informere pasienten. Ved bruk av hjelpeverktøy som beskrevet over, skal oppsummering av denne enten inngå i, eller henvises til, i avgjørelsen.

For det andre skal bestemmelsen sikre informasjon til de som kan samtykke på vegne av pasienten. Når pasientens pårørende får opplysning om årsakene til at helsepersonell anser pasientens samtykkekompetanse som bortfalt, kan de vurdere om det er grunnlag for fratakelse av den rettslige handleevne etter [vergemålsloven § 20](#). Det presiseres imidlertid at bortfallet av samtykkekompetanse i utgangspunktet bare gjelder de områdene hvor det antas at pasienten ikke er i stand til å ta en avgjørelse.

Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse kan påklages etter reglene i kapittel 7. Se merknaden til dette kapitlet.

Opplysninger om pasientens samtykke skal nedtegnes i pasientjournalen, jf. [forskrift om pasientjournal § 8](#) første ledd bokstav c og j.

Femte ledd¹¹⁹ regulerer forholdet mellom reglene om samtykke på vegne av personer uten samtykkekompetanse i kapittel 4 og tvangsreglene i psykisk helsevernloven. Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter andre ledd i denne bestemmelsen omfattes som utgangspunkt av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om representert samtykke.

¹¹⁸ Ot.prp. nr. 12 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) side 133.

¹¹⁹ Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2007. Se [Ot.prp. nr. 65 \(2005-2006\)](#) Psykisk helsevern og pasientrettighetsloven mv. punkt 6.3.3.

Det gjelder imidlertid ikke dersom det foreligger motstand fra pasienten eller vedkommende har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse¹²⁰. I disse tilfellene må undersøkelse og behandling eventuelt skje etter reglene om tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven kapittel 3. Unntaket er i forarbeidene begrunnet med faren for et tosporet system og risiko for omgåelse av de strenge vilkår for å bruke tvang i psykisk helsevernloven. Det ble derfor ikke åpnet for bruk av representert samtykke hvor pasienten har en alvorlig sinnslidelse, uavhengig av om det foreligger motstand fra pasienten eller ikke. Også pasienter med alvorlig sinnslidelse som samarbeider eller forholder seg passiv til tiltaket omfattes av unntaket. Ved motstand får representasjonsreglene uansett ikke anvendelse, noe som også presiseres i bestemmelsen.

Bestemmelsen innebærer altså at reglene om samtykke på vegne av personer uten samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, ikke kan benyttes som grunnlag for undersøkelse og behandling av personer som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse. Da må tvangsreglene i psykisk helsevernloven benyttes. Det samme gjelder for undersøkelse og behandling av psykiske lidelser for øvrig hvor personen motsetter seg helsehjelpen.

I **sjette ledd** er det en svært snever adgang for personell til å ta avgjørelser om helsehjelp overfor barn under 12 år i situasjoner der foreldre eller andre som har foreldreansvaret ikke skal informeres etter § 3-4 tredje ledd. Adgangen er begrenset til helsehjelp som ut i fra situasjonen er strengt nødvendig og som ikke er av inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. En slik avgjørelse kan bare tas i en begrenset periode frem til samtykke kan innhentes. Det følger av forarbeidene at helsepersonells mulighet til å ta avgjørelser om helsehjelp etter denne bestemmelsen skal være mer begrenset enn helsepersonells mulighet til å ta avgjørelser om helsehjelp for pasienter over 18 år etter § 4-6 første ledd.

Da dette gjelder situasjoner der barn er under 12 år, er det særlig viktig å se til at situasjonen så snart som mulig blir endret, slik at de som har omsorgen for barnet kan samtykke til helsehjelp for barnet. Når barn er så unge, vil det å være involvert i og ta ansvar for helsen til barnet være en viktig del av omsorgsfunksjonen.

Til grunn for avgjørelsen om ikke å informere foreldrene eller andre som har foreldreansvaret etter § 3-4 tredje ledd skal det ligge en vurdering av hva som er det beste for barnet. Denne vurderingen må også legges til grunn for vurderingen av om denne strengt nødvendige og begrensede helsehjelpen skal gis.

Vilkåret om at det bare kan tas avgjørelser om helsehjelp som er strengt nødvendig og som ikke er av inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet, innebærer at det verken blir åpnet for operative inngrep eller medisinerings. Det vil først og fremst åpne for at personell kan fortsette med å samtale med barnet for å prøve og avklare situasjonen nærmere, få bekreftet eller avkreftet en mistanke eller hjelpe barnet med å håndtere situasjonen. Det å hjelpe barnet med å håndtere situasjonen vil kunne være å bidra til at barnet blir trygg på at problemet kan og bør tas opp med foreldrene.

¹²⁰ For nærmere tolkning av begrepet «alvorlig sinnslidelse», se [rundskriv IS-9/2012](#) Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer side 37.

§ 4-4 Samtykke på vegne av barn¹²¹

Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år som kan samtykke etter § 4-3 første ledd bokstav c.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. [barnelova §§ 37 og 42 andre ledd](#). For en forelder gjelder dette uavhengig av om vedkommende har foreldreansvaret for barnet. Ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må likevel den som skal samtykke, ha foreldreansvaret for barnet.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Før slik helsehjelp gis skal begge foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, så langt som mulig, få si sin mening. En beslutning om slik helsehjelp kan påklages til Fylkesmannen etter kapittel 7. Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelder eller andre som har foreldreansvaret.

Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 annet ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.

Kommentarer til § 4-4:

Denne bestemmelsen regulerer hvem som kan samtykke til helsehjelp på vegne av barn under 16 år. Bestemmelsen er endret fra 1. januar 2018.

Første ledd fastsetter at kompetansen til å samtykke til helsehjelp ligger inn under foreldreansvaret. Hovedregelen er at begge foreldre skal samtykke til helsehjelp til barn under 16 år såfremt foreldrene har del i foreldreansvaret, noe som ofte vil være tilfelle også der den ene forelder ikke bor sammen med barnet. Foreldre som har felles foreldreansvar, må som hovedregel være enige for at samtykket skal være gyldig.

Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret i [barneloven § 30](#), slik at foreldre som ikke har foreldreansvar som hovedregel heller ikke har myndighet til å samtykke på vegne av barnet. Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap, og må derfor begge samtykke på vegne av barnet. Dette gjelder selv om foreldrene ikke bor sammen. Dersom en av foreldrene nekter, vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke.

Barneloven inneholder regler om blant annet foreldreansvar, fast bosted og samværsrett. Det følger av barneloven at gifte foreldre har felles foreldreansvar for barna de har sammen. Fra 1. januar 2006 har samboende foreldre automatisk felles foreldreansvar for barn født etter nevnte tidspunkt. Før 1. januar 2006 måtte ugifte foreldre sende melding til folkeregistermyndigheten om at de skulle ha felles foreldreansvar. Har de ikke sendt slik

¹²¹ Endret ved lov 16. juni 2017 nr. 53 og i kraft fra 1. januar 2018. Forarbeidene er Prop. 75 L (2016-2017) Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) Innst.361 L (2016-2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.)

melding, har mor foreldreansvaret alene.

Når foreldrene ikke er gift eller bor sammen, har mor i utgangspunktet foreldreansvaret alene. Foreldrene kan avtale at de skal ha felles foreldreansvar, eller at far skal ha foreldreansvaret alene. Avtalen må sendes folkeregistermyndigheten (skattekontoret) for å være gyldig. Når foreldre som har felles foreldreansvar flytter fra hverandre, vil de fortsette å ha felles foreldreansvar med mindre de avtaler noe annet.

Det er viktig å være oppmerksom på at en forelder kan ha samværsrett selv om vedkommende ikke har del i foreldreansvaret, og en forelder kan ha del i foreldreansvaret uten å ha samværsrett.

Hovedregelen om at kompetansen til å samtykke til helsehjelp ligger inn under foreldreansvaret når barnet er under 16 år gjelder ikke ubetinget. I noen tilfeller kan også barn under 16 år ha selvstendig samtykkerett. Det innebærer at barnets selvbestemmelsesrett i visse tilfeller går foran foreldrenes rett til å samtykke på barnets vegne før fylte 16 år. Av første ledd andre punktum går det fram at hovedregelen etter første punktum ikke gjelder for pasienter mellom 12 og 16 år når de har selvstendig samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c. Det innebærer at personer mellom 12 og 16 år selv kan samtykke til helsehjelp som gjelder forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om, jf. § 3-4 andre eller tredje ledd eller det følger av tiltakets art.

Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap og i utgangspunktet kreves samtykke fra begge foreldrene. Dersom en av foreldrene nekter foreligger ikke et gyldig samtykke. **Andre og tredje ledd**¹²² er unntak fra hovedregelen om at begge foreldrene må samtykke til helsehjelpen. Den gir én av foreldrene rett til å samtykke alene for visse typer helsehjelp og visse situasjoner.¹²³ Regelen dekker to situasjoner; der helsehjelpen er ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet (andre ledd) og der kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelpen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade (tredje ledd)

Når helsehjelpen er del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet

Andre ledd bestemmer at det er tilstrekkelig at én av foreldrene samtykker til helsehjelp som regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Slike avgjørelser regnes ikke som større avgjørelser i barnets liv som begge foreldre må samtykke til etter [barneloven § 30 første ledd](#), når de har felles foreldreansvar. Med helsehjelp som er ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet regnes for eksempel behandling av øreverk, halsbetennelse, influensa, skrubbsår og så videre. Eksempelene¹²⁴ som ikke er uttømmende, har det til felles at de er alminnelige, dagligdagse, ukompliserte og at det erfaringsmessig ikke oppstår uenighet om nødvendigheten av å oppsøke helsetjenesten i disse situasjonene. Selv om det kun er eksempler på somatiske lidelser som nevnes, kan det ikke utelukkes at også helsehjelp knyttet til psykisk helse¹²⁵ kan regnes som ledd i den daglige og ordinære

¹²² Hovedregelen er at begge foreldrene med foreldreansvar skal samtykke til helsehjelp til barnet under 16 år. Dette utgangspunktet har imidlertid i noen tilfeller medført at barn ikke har fått nødvendig og hensiktsmessig helsehjelp fordi den ene forelderen har motsatt seg dette, eller fordi det av andre grunner ikke har vært mulig å få innhente samtykke fra vedkommende. Dette er bakgrunnen for endringen i andre ledd som trådte i kraft 1. mai 2010. Se forarbeidene: [Ot. prp. nr. 104 \(2008-2009\) Om lov om endringer i barnelova mv. \(flytting, delt bosted, samvær, vold mv.\)](#) jf. [Prop. 14 L \(2008-2009\) Om lov om endringer i barnelova mv. \(flytting, delt bosted, samvær, vold mv.\)](#)

¹²³ I lov 20. juni 2014 nr. 40 om rituell omskjæring av gutter § 8 er det fastsatt at det er den eller de som har foreldreansvaret for gutten som skal samtykke til rituell omskjæring av gutter under 18 år. Det fremgår av forarbeidene at dersom begge foreldre har foreldreansvar, må begge foreldre samtykke til at det utføres rituell omskjæring. Rituell omskjæring er følgelig ikke en slik type inngrep at det vil være tilstrekkelig med samtykke fra kun én av foreldrene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd som åpner for at det for visse typer inngrep vil være tilstrekkelig at kun én av foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykker. Forarbeidene: [Prop. 70 L \(2013-2014\)](#) og [Innst. 290 L \(2013-2014\)](#).

¹²⁴ Eksempelene er hentet fra forarbeidene til bestemmelsen. Se fotnote 50.

¹²⁵ Det er vanlig å skille mellom psykiske plager (vansker) og psykiske lidelser. Med psykiske plager menes tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Se artikkel på Folkehelseinstituttets nettside: <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/ulike-psykiske-plager-og-lidelser>
De hyppigste lidelsene hos barn og unge: Angst, depresjon, atferdsforstyrrelser, ADHD, autismlignende forstyrrelser, spiseforstyrrelser og

omsorgen for barnet.

Helsehjelp som er del av den daglige og ordinære omsorgen for barn kan besluttes av den forelder som til enhver tid er sammen med barnet, og uavhengig av om foreldrene bor sammen eller hver for seg, eller har del i foreldreansvaret eller ikke. Det går direkte fram av andre ledd andre setning at en forelder som ikke har del i foreldreansvaret, kan samtykke alene til helsehjelp som blir regnet som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Det vil si at en samværsforelder, som ikke har del i foreldreansvaret, kan når barnet er på samvær ta det med på legevakten for behandling av halsbetennelse uten samtykke fra den andre forelderen.

Særlig om vaksinasjon av barn

Helse- og omsorgsdepartementet har i [brev 8. oktober 2015](#) kommet til at vaksinasjon som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet må regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Det er dermed tilstrekkelig at den ene av foreldrene eller andre som har foreldreansvaret samtykker til vaksinasjonen. Ved samtykke til vaksinasjon er det imidlertid et vilkår at den som samtykker har foreldreansvaret for barnet. Det følger av andre ledd siste setning.

Ved vaksinasjon *utenfor* barnevaksinasjonsprogrammet må begge foreldrene eller andre som har foreldreansvaret samtykke til vaksinasjonen. Dersom barnet likevel skal få vaksine utenfor barnevaksinasjonsprogrammet uten begges samtykke, må kvalifisert helsepersonell mene at vaksinen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd.

Særlig om henvisninger

En henvisning til spesialist kan være ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Når en lege henviser et barn til spesialist for videre utredning, skjer det fordi legen etter undersøkelse av barnet vurderer egen kompetanse som utilstrekkelig til å vurdere barnets behov for helsehjelp på en fullgod måte. Det er et råd til foreldrene om hvor de kan henvende seg for å få en mer kvalifisert vurdering, vedlagt informasjon som gjør den instansen som det henvises til i stand til å prioritere henvendelsen. Uavhengig av hva utrednings- og behandlingsbehovet består i, forventer normalt foreldre som oppsøker lege med sine barn å få en henvisning dersom kontakt med andre deler av helsetjenesten er nødvendig for å behandle eller utrede barnets behov nærmere. Dette er ofte et trivielt og ukomplisert tiltak. Den instansen som det henvises til må foreta en selvstendig vurdering av samtykkereglene. Det innebærer at instansen må vurdere om den aktuelle helsehjelpen som eventuelt følger av henvisningen faller utenfor den daglige og ordinære omsorgen. I så fall vil begge foreldrene måtte kontaktes for å gi samtykke til helsehjelpen.

Det kan imidlertid være gode grunner for å utvise varsomhet med å definere henvisningen som et ledd i den daglige og ordinære omsorgen når bakgrunnen er observasjoner fra kun den ene forelderen i forbindelse med samvær og det er grunn til å tro at det er en underliggende konflikt mellom foreldrene. Dette gjelder spesielt når det er grunn til å tro at det vil være uenighet mellom foreldrene om behovet for at barnet mottar helsehjelp. **Andre ledd** omfatter derfor ikke helsehjelp i form av henvisning til spesialist i tilfeller hvor det åpenbart er uenighet mellom foreldrene om helsehjelpen bør gis og behovet for helsehjelpen har en påstått tilknytning til den ene forelderens forhold til barnet.

I saker hvor henvisningen ikke kan sies å omfatte forhold som går inn under andre ledd, må legen informere den andre forelderen og be om samtykke til å gi en henvisning. Dette er i samsvar med lovens hovedregel om samtykke fra begge foreldrene med del i

foreldreansvaret er nødvendig for å yte helsehjelp til barn. Dersom den andre forelder ikke samtykker, må legen vurdere om vilkårene i § 4-4 tredje ledd er oppfylt, det vil si om henvisningen er «nødvendig for at barnet ikke skal ta skade». Se kommentaren nedenfor.

Når helsehjelpen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade

Tredje ledd regulerer situasjoner der foreldrene er uenige om hvorvidt barnet skal ha helsehjelp. Dette kan blant annet være aktuelt i forbindelse med familiekonflikter, vold, overgrep og lignende. Videre kan det være aktuelt i situasjoner hvor foreldrene har forskjellig oppfatning av om barnet bør gis helsehjelp eller ikke. Typisk kan tenkes situasjoner hvor en forelder ønsker at barnet skal gis alternativ behandling (og da i motsetning til skolemedisinsk behandling), mens den andre forelder mener skolemedisinsk behandling er nødvendig. Dersom helsepersonell mener skolemedisinsk behandling er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade, vil det være nok at den ene forelder samtykker til dette. Den andre forelder vil da ikke kunne hindre dette ved å nekte å samtykke.

Bestemmelsen regulerer også situasjoner der det ikke er mulig å få avklart begge foreldrenes synspunkter på ytelse av helsehjelpen, for eksempel fordi den ene forelder ikke er mulig å få tak i. I disse situasjonene kan den ene forelder alene gi samtykke til helsehjelp, forutsatt at kvalifisert helsepersonell anser helsehjelpen nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Dette er unntak fra hovedregelen i første ledd og hovedregelen i [barneloven § 30](#) om at større avgjørelser i barnets liv må tas av foreldrene i fellesskap når de har felles foreldreansvar.

Begge foreldre har rett til å samtykke alene til helsehjelp etter tredje ledd, forutsatt at de har del i foreldreansvaret. Adgangen til å samtykke henger altså ikke sammen med om forelder har del i foreldreansvaret.

Det er et vilkår at kvalifisert helsepersonell mener at barnet kan ta skade av ikke å få hjelpen. Med kvalifisert helsepersonell menes helsepersonell som har nødvendig faglig innsikt på området til å foreta en forsvarlig vurdering av risikobildet og behovet for helsehjelp. Det vil som oftest være den legen, psykologen eller tannlegen som er ansvarlig for helsehjelpen som bør foreta disse helsefaglige vurderingene.

Forutsetningen er at helsepersonell mener at barnet kan ta skade av ikke å få helsehjelpen. Hva som vil kunne være skadelig for barnet må vurderes konkret og vil til dels bero på et helsefaglig skjønn hos helsepersonellet. Både skader av somatisk og psykisk art er omfattet. Skadebegrepet vil derfor også omfatte tilfeller hvor det er viktig at barn får snakke med psykolog eller får et behandlingstilbud ved Barne- og ungdomspsykiatri (BUP).

Det må være risiko for noe mer enn en ubetydelig skade eller ubehag for barnet. Barnet vil typisk kunne ta skade dersom livskvaliteten uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Barnet vil også kunne ta skade dersom manglende helsehjelp medfører at det på et senere tidspunkt ikke er mulig å yte fullt ut effektiv helsehjelp, for eksempel i tilfeller hvor det er viktig å sette i gang behandling tidlig for å unngå mer risikofylt eller omfattende behandling senere. Muligheten for å forebygge helseproblemer bør tillegges stor vekt i vurderingen av hva én av foreldrene kan samtykke til av helsehjelp.

Hvorvidt helsehjelp skal gis og i så fall hva som kan gjøres etter kun én av foreldrenes samtykke, avhenger av helsepersonellens vurdering av hva som vil være forsvarlig helsehjelp i det konkrete tilfellet. Helsepersonellet må foreta en faglig vurdering av blant annet forholdets alvorlighet, tidsaspekt, konsekvenser av å utsette helsehjelpen og eventuell

risiko ved å yte helsehjelpen. Foreldrenes innsigelser og begrunnelser for disse vil også være en del av vurderingen.

I de tilfelle barnet ikke vil ta skade av ikke å få helsehjelpen, og det heller ikke dreier seg om helsehjelp ved vanlige barnesykdommer, vil det fortsatt være slik at helsehjelp gis til barnet etter samtykke fra begge foreldre med felles foreldreansvar.

Bestemmelsen gjelder også helsehjelp i form av henvisning. En av primærlegens kjerneoppgaver er å vise vei videre i helse- og omsorgstjenesten. Selv om en lege ikke anser seg som kompetent til å utrede og behandle barnet, vil legen likevel normalt være tilstrekkelig kvalifisert til å vurdere behovet for henvisning til annet helsepersonell som har den nødvendige kompetansen til faktisk å utrede og behandle barnet videre.

Når legen skal vurdere om henvisning er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade, tilsier legens manglende kompetanse og hensynet til barnets beste at terskelen for å henvise ikke blir for høy. Jo mer alvorlig utfall som kan tenkes for barnet ved manglende oppfølging, jo lavere terskel bør det oppstilles for å anse en henvisning som nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Det stilles mindre krav til risikovurderingen hos en primærlege som henviser til annen helsehjelp, enn til det helsepersonellet som er kvalifisert til å utrede og behandle barnet.

Innhenting av synspunkter fra foreldrene

Når kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelp er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade (*tredje ledd*), skal begge foreldrene som har del i foreldreansvaret så langt som mulig få si sin mening før det tas en avgjørelse om at helsehjelp skal gis, jf. **tredje ledd andre setning**. Dette skal sikre at den forelderen som motsetter seg helsehjelpen får legge fram sine eventuelle innvendinger, slik at helsepersonellet kan ta disse i betraktning i sin vurdering. Det er imidlertid ikke et absolutt krav at vedkommende skal uttale seg, det kan være tilfeller der vedkommende ikke er mulig å få tak i eller ikke vil uttale seg. Det kreves i følge forarbeidene til bestemmelsen en viss aktivitet av helsepersonellet for å forsøke å informere og innhente den andres syn, men det kreves ikke omfattende undersøkelser. Dersom man ved bruk av vanlige kommunikasjonsmåter som for eksempel telefon eller e-post ikke får tak i den andre, er dette normalt tilstrekkelig. Hvor mye arbeid man skal legge i å få kontakt må vurderes konkret, og det må sees hen til hvor mye helsehjelpen haster.

Når helsehjelpen er gitt, er ikke behovet for å informere den andre forelderen lenger begrunnet i innhenting av samtykke eller syn på helsehjelpen. Forventingene til hvilken informasjon som helsepersonellet på eget initiativ da skal formidle til den andre forelderen er derfor mer begrenset. Hvis begge foreldrene har foreldreansvar, vil det imidlertid i mange tilfeller være naturlig at helsepersonellet informerer begge foreldrene om den helsehjelpen som er gitt, videre oppfølging, resultater av prøver mv.

Dersom barnet gis helsehjelp som ledd i den daglige og ordinære omsorgen (*andre ledd*) er det ingen plikt til å høre begge foreldrene. Det anses ikke hensiktsmessig å kreve dette, da det dreier seg om et stort antall trivielle eller mindre alvorlige tilstander som behandles rutinemessig. Det er i disse tilfellene heller ikke naturlig å oppstille en plikt for helsepersonellet til på eget initiativ å informere den andre forelderen om helsehjelpen i ettertid. Det vil derfor i utgangspunktet være opp til foreldrene å kommunisere med hverandre om disse forholdene.

En forelder som har foreldreansvaret kan samtykke til vaksinasjonen alene. I noen tilfeller vil den andre forelderen være imot vaksinasjonen, likevel kan barnet vaksineres. For at tilliten til helsetjenesten skal kunne bevares også i slike situasjoner er informasjon og dialog viktig. I tilfeller der helsepersonell får kjennskap til at den andre forelderen er skeptisk til, eller motsetter seg vaksinasjonen, fremgår det av forarbeidene at helsepersonell likevel bør

vurdere om det er mulig og hensiktsmessig å snakke med denne forelderen før barnet vaksineres. (Dette til tross for at det ikke er noen plikt til å høre begge foreldrene etter andre ledd.) En av suksessfaktorene ved barnevaksinasjonsprogrammet er det personlige møtet mellom helsesøster og foreldre. Der blir det gitt tilpasset informasjon og foreldrene kan stille spørsmål og diskutere eventuelle bekymringer og skepsis. Dette kan bidra til at den forelderen som har motforestillinger mot at barnet blir vaksinert får lagt fram sine innvendinger og får diskutert sine bekymringer knyttet til vaksinasjonen. God informasjon om barnevaksinasjonsprogrammet og fordelene ved å følge programmet vil trolig i en del tilfeller fjerne bekymringer og skepsis. En slik samtale med helsepersonell kan også legge til rette for et godt eller bedre samarbeid mellom foreldrene.

Klageadgang

Av **tredje ledd tredje setning** fremgår at den av foreldrene som ikke får medhold hos helsepersonellet, kan klage avgjørelsen inn for Fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Se merknader til dette kapitlet. Klageadgangen gjelder både den forelderen som mener barnet bør få helsehjelpen og den som mener barnet ikke bør få helsehjelpen. Det fremgår av forarbeidene at helsepersonell skal orientere foreldrene om klageadgangen.

Det forutsettes at denne sakstypen behandles raskt hos Fylkesmannen. En eventuell klage skal normalt være ferdigbehandlet før det gis helsehjelp. Dersom helsepersonellet mener at barnet vil ta skade av å avvente klagebehandling, kan helsehjelpen likevel påbegynnes eller gis.

Tredje ledd fjerde setning bestemmer at Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil klagen er behandlet. Slik avslutning av behandlingen fordrer at det er grunn til tvil om begge foreldrene må samtykke til helsehjelpen og at det ikke vil være i strid med forsvarlighetskravet å stille behandlingen i ro.

Klageretten gjelder ikke for beslutning om å yte helsehjelp som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Helsehjelpen vil i slike tilfeller være så rutinemessig og lite inngripende at det er liten grunn til å overprøve den ene av foreldrene som ønsker helsehjelpen. Klageretten vil heller ikke ha noen funksjon i de tilfellene der helsehjelpen allerede er helt gjennomført. Da kan det eventuelt være aktuelt å be tilsynsmyndighetene om en vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 av om helsehjelpen har vært forsvarlig.

Foreldres rett til informasjon og medvirkning

Selv om bare én av foreldrene samtykker til helsehjelpen, gjelder fortsatt de alminnelige reglene i kapittel 3 om foreldrenes rett til informasjon og medvirkning ved ytelse av helsehjelp til barn. Dette betyr for eksempel at helsepersonell ikke kan unnlate å informere eller nekte en forelder informasjon om helsehjelpen utelukkende fordi vedkommende forelder i utgangspunktet ikke ønsket å samtykke til denne.

Pasient- og brukerrettighetslovens regulering av foreldres rett til informasjon om barn må også ses i sammenheng med de mer generelle bestemmelsene i barneloven som regulerer anledningen til å be om informasjon om barnet.

Fjerde ledd: Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven §§ [4-6 andre ledd](#), [4-8](#) og [4-12](#) har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp. Etter vedtak om omsorgsovertakelse vil foreldrene fremdeles kunne inneha foreldreansvaret. Det presiseres derfor i tredje ledd at barneverntjenesten tar avgjørelser om helsehjelp overfor barn under 16 år når omsorgen for barnet er overtatt etter nevnte bestemmelser. Bestemmelsens ordlyd skiller ikke mellom somatisk og psykisk helsehjelp

når det gjelder barneverntjenestens rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barn. For barn mellom 16 år og 18 år er barneverntjenestens kompetanse regulert i 4-5 andre ledd. Se kommentaren til denne.

Helsepersonell er forpliktet til å informere barneverntjenesten om forhold som kan begrunne vedtak om omsorgsovertakelse, se [helsepersonelloven § 33](#).

Barnets rett til å bli hørt

Selv om foreldrene eller andre med foreldreansvar har den formelle samtykkekompetansen er det likevel ikke slik at de i samarbeid med helsepersonell kan treffe avgjørelser uten å trekke barnet med i beslutningsprosessen. Barnets rett til deltakelse i avgjørelser som berører dem har fått gradvis større betydning både i internasjonal og nasjonal lovgivning.

Femte ledd regulerer når og hvordan barn skal høres ved samtykke til helsehjelp på vegne av barn. Bestemmelsen er ny fra 1. januar 2018.

Foreldre, andre som har foreldreansvaret eller barnevernstjenesten skal gi barnet informasjon og mulighet til å si sin mening før spørsmålet om samtykke blir avgjort, fra barnet er i stand til å danne seg egne synspunkt på det samtykket dreier seg om. Det skal gjelde senest fra barnet fyller 7 år. (jf. første setning). Barn har altså fått en ubetinget rett til å få uttale seg fra syvårsalderen. I tillegg er det en skjønnsmessig formulering om at også yngre barn enn 7 år har rett til å få informasjon og si sin mening fra de er i stand til å danne seg egne synspunkter.

Det skal videre legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med alder og modenhet, og fra fylte 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet mener.(jf. andre og tredje setning)

Selv om det er andre enn helsepersonell som har ansvaret for å gi barnet informasjon og mulighet til å si sin mening før samtykke til helsehjelp avgjøres kan det i enkelte situasjoner være behov for at helsepersonell snakker med foreldrene (eventuelt andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten) og barnet om dette.

Ved utformingen av nytt femte ledd er det særlig sett hen til barnelova § 31, Grunnlova § 104 og barnekonvensjonen artikkel 12. [Barnekonvensjonen](#)¹²⁶¹²⁷ [artikkel 12 \(1\)](#), slår fast at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har rett til fritt å gi uttrykk for disse i alle forhold som vedrører barnet, og at barnets syn skal tillegges «behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet». [Barneloven §§ 31](#) og 33 regulerer barns rett til å bli hørt og delta i avgjørelser om personlige forhold for barnet.

Barns rett til å bli hørt er også tatt inn i den nye grunnlovsbestemmelsen om barns rettigheter i § 104¹²⁸ hvor det fremgår at «*Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.*»

¹²⁶ Barnekonvensjonen gjelder som norsk rett og skal ved motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning

¹²⁷ FN's barnekomité har gitt følgende kommentar nr. 12 om barns rett til å bli hørt innenfor helsetjenesten:

«Barn, også små barn, skal involveres i beslutningsprosessene, på en måte som er i samsvar med deres gradvise utvikling. De skal informeres om foreslåtte behandlinger og hvordan disse behandlingene virker, og denne informasjonen skal også gis i et format som er hensiktsmessig og tilgjengelig (...).»

¹²⁸ Vedtatt 20. juni 2014 nr. 778 fra 27. mai 2014.

Grunnloven § 104 lyder som følgende:

«Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.»

§ 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.

Kommentarer til § 4-5:

I **første ledd** er det regulert hvem som kan samtykke for ungdom mellom 16 og 18 år, som av grunner som fremgår av § 4-3 første ledd bokstav b og § 4-3 andre ledd ikke har samtykkekompetanse. Det er bestemt at foreldrene eller andre med foreldreansvaret skal treffe avgjørelse i helse spørsmål når ungdom i denne aldersgruppen mangler samtykkekompetanse. Dette innebærer at samtykkekompetansen i disse tilfellene ligger hos foreldrene, og at kompetansen som følger av det å ha foreldreansvaret går foran selv om den helserettslige myndighetsalder er 16 år. Foreldreansvaret som et rettslig grunnlag for å samtykke opphører når ungdommen fyller 18 år. Da kommer de øvrige bestemmelsene i kapittel 4 til anvendelse.

Andre ledd fastsetter at avgjørelser om helsehjelp skal tas av barneverntjenesten dersom omsorgen for barn mellom 16 og 18 år er fratatt foreldrene etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12. Omsorgsovertakelser hvor barnet er under 16 år er regulert i § 4-4 tredje ledd¹²⁹, se merknaden til denne bestemmelsen.

I **tredje ledd** gjøres det unntak fra det som følger av første og andre ledd i tilfeller der ungdommen motsetter seg helsehjelpen. Verken foreldre eller barneverntjenesten kan samtykke til helsehjelp som ungdommen motsetter seg. Dette kan for eksempel føre til at foreldrene eller barneverntjenesten først har samtykket til helsehjelpen, som likevel ikke kan gjennomføres fordi ungdommen motsetter seg den. For å kunne iverksette helsehjelpen i slike situasjoner må det foreligge hjemmel i lov. Foreldre eller barneverntjenestens samtykke er således ikke tilstrekkelig. Nødrettsbestemmelsen i helsepersonelloven § 7 kan i noen tilfeller gi grunnlag for å gripe inn med behandling mot mindreåriges vilje, uavhengig av eventuelt samtykke fra foreldre/andre med foreldreansvar/barneverntjenesten. Nødvendig helsehjelp kan gis etter reglene i kapittel 4 A dersom vilkårene for øvrig er oppfylt. Se merknadene til kapittel 4A.

Ved undersøkelse og behandling av psykiske lidelser for ungdom mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, kan denne helsehjelpen kun gis med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd.

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker kan vedta behandlingstiltak uten samtykke, jf. barnevernloven §§ [4-10](#) og [4-11](#). Disse bestemmelsene retter seg imidlertid mot foreldrenes manglende samtykke.

¹²⁹ I § 4-4 tredje ledd er det også vist til [barnevernloven § 4-6 andre ledd](#).

§ 4-6 Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttet av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå av journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.

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

Kommentarer til § 4-6:

Første ledd fastslår at kompetansen til å treffe avgjørelse i helsespørsmål for myndige personer, dvs. personer over 18 år, uten samtykkekompetanse er lagt til helsepersonell som yter helsehjelpen dersom tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Dette gjelder imidlertid, i følge forarbeidene, bare dersom det kan antas at pasienten ville gitt sitt samtykke om vedkommende hadde vært samtykkekompetent, med andre ord et krav om antatt eller presumert, samtykke.

Kompetansen til å treffe avgjørelsen etter første ledd er lagt til det helsepersonell som yter helsehjelpen.

Kravet om antatt samtykke forutsetter at helsepersonell vurderer og tar stilling til hva pasienten ville ha ønsket om vedkommende hadde hatt evne til å treffe avgjørelse i spørsmål som gjelder hans eller hennes helse. Helsepersonellet må altså til en viss grad sette seg inn i pasientens behov.

Det antatte samtykke kan ikke legges til grunn som rettsgrunnlag for inngrep overfor pasienter uten samtykkekompetanse dersom tiltaket som ønskes iverksatt ville vært faglig unødvendig i en situasjon med tilfredsstillende tilgang på økonomiske ressurser. Antatt samtykke kan heller ikke legges til grunn for tiltak som pasienten oppfatter, eller antas å ville oppfatte, som nedverdiggende og krenkende. Dette er en presisering av grensene som antas å gjelde for det ulovfestede kravet om antatt samtykke.

At tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet betyr at operative inngrep ikke kan foretas, med mindre det følger av nødrettslige prinsipper eller at inngrepet er helt bagatellmessig. Som eksempel kan nevnes fjerning av fotvorter som hemmer gangen. Helsepersonellet kan heller ikke, med hjemmel i et antatt samtykke, gi pasienten medisiner som kan gi alvorlige bivirkninger. I de situasjoner hvor det ikke kan fastslås med sikkerhet at de gunstige virkningene av medisinen vil oppveie mulige bivirkninger, kan helsepersonell ikke legge til grunn et antatt samtykke. Dette vil kunne være tilfelle ved behandling av høyt blodtrykk med medisiner. Dersom tiltaket i utgangspunktet er lite inngripende, men tiltaket går over så langt tid at det med sannsynlighet vil medføre komplikasjoner eller bivirkninger, kan tiltaket heller ikke iverksettes med hjemmel i § 4-6 første ledd.

Andre ledd¹³⁰¹³¹ omhandler også representasjon der pasienten mangler samtykkekompetanse og ikke motsetter seg behandling, men tilfeller av mer inngripende karakter enn de som er omfattet av første ledd, jf. ordlyden «alvorlig inngrep». Grensen mellom første og andre ledd – hva som er alvorlig inngrep – er skjønnsmessig. Se omtalen til første ledd. Det kan også ses hen til 4 A-5 andre ledd¹³² hvor lovteksten gir retningslinjer på hva som er et alvorlig inngrep. I likhet med det som gjelder for avgjørelser etter første ledd, skal helsepersonell også treffe avgjørelser om helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, men med noe ulik prosessuell tilnærming fra første ledd. Forutsetningen for å gi slik helsehjelp er at hjelpen anses å være i pasientens interesse og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Et antatt (presumert) samtykke forutsetter at helsepersonell vurderer og tar konkret stilling til hva pasienten ville ha ønsket dersom vedkommende hadde hatt evne til selv å treffe avgjørelsen.

Andre ledd andre setning forutsetter at helsepersonell om mulig forhører seg med pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten eventuelt ville ha ønsket før avgjørelsen tas. Hvem som er nærmeste pårørende følger av § 1-3 bokstav b. Se omtale av denne. Pårørende vil i mange tilfelle sitte inne med informasjon om hva pasienten ville ha ønsket om han eller hun hadde vært i stand til å sette seg inn i situasjonen sin. Ordlyden «der det er mulig» er valgt fordi det i visse tilfelle kan være vanskelig å få tak i nærmeste pårørende, og fordi pasientens behov for helsehjelp tilsier at vedtak bør treffes før det er innhentet informasjon fra nærmeste pårørende. Det kan også tenkes at nærmeste pårørende ikke ønsker å gi informasjon.

Utrykket «den som er ansvarlig» peker på at det er den som har kompetanse til å avgjøre hvilken helsehjelp som skal ytes, som også skal bestemme at inngrepet skal gjennomføres. Utrykket blir brukt for å skille mot den som utfører selve inngrepet, se første ledd i bestemmelsen. Dette kan være samme personen, men trenger ikke være det. For eksempel kan en lege bestemme at en pasient skal få sterke smertestillende preparat, mens det er en sykepleier som setter sprøyta eller gir medisin i pilleform. Det er da legen som er «ansvarlig» for helsehjelpen. Kravet om å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell innebærer at det alltid skal være to fagpersoner som vurderer om helsehjelpen skal gis.

I **andre ledd siste setning** blir kravet til dokumentasjon presisert. Det skal fremgå av journalen hva pasientens nærmeste pårørende eventuelt har opplyst og hvilke oppfatninger annet kvalifisert helsepersonell har hatt. Presiseringen er egentlig overflødig ettersom dette følger av reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om journalføring. Av forarbeidene til bestemmelsen understrekes at dokumentasjonssplikten ble lovfestet for å sikre at rettssikkerhetshensynene til pasienten blir ivarettatt.

I **tredje ledd** er det gjort unntak fra helsepersonells inngrepskompetanse i første og andre ledd. Tiltak som pasienten motsetter seg, kan ikke iverksettes på bakgrunn av dette kompetansegrunnlaget. Tiltak som pasienter motsetter seg, krever hjemmel i lov. Når det gjelder somatisk helsehjelp kan kapittel 4A (Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.) åpne for å gjennomføre helsehjelp som pasienten motsetter seg. Se merknadene til dette kapitlet.

Det kan besluttet å yte helsehjelp også for psykiske lidelser etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Forutsetningen er at pasienten ikke har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse og at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. § 4-3 femte ledd. I så fall må helsehjelpen skje etter reglene i psykisk helsevernloven. Adgangen til å yte psykisk helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, er praktisk i forhold til blant annet personer med demens og

¹³⁰ [Ot. prp.nr. 64 Om lov om endringer i pasientlova og biobanklova](#) (helsehjelp og forskning – personer uten samtykkekompetanse)

¹³² I § 4A-5 andre ledd andre setning står følgende: I vurderingen av hva som er et alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand.

personer med psykisk utviklingshemning, men kan også være aktuell overfor andre pasienter uten samtykkekompetanse og som ikke har en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg hjelpen¹³³.

Det presiseres at nødrettsreglene i [helsepersonelloven § 7](#) kan hjemle adgang til å gi medisinsk behandling til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg dette.

¹³³ Se [rundskriv IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer](#) side 25.

§ 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker.

Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet, og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.

Denne bestemmelsen kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket.

Kommentarer til § 4-6a:

Bestemmelsen trådte i kraft 1. september 2013¹³⁴.

Bestemmelsen regulerer helse- og omsorgstjenestens adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Formålet med bestemmelsen er å understøtte et mest mulig selvstendig, trygt og verdig liv for personer med kognitiv svikt som er avhengige av helse- og omsorgstjenester. Det er ikke meningen å påtvinge velferdsteknologi uten at dette fremstår som et gode for pasienten.

Bestemmelsen gjelder varslings- og lokaliseringsteknologi. Med dette menes for det første teknologi for å varsle helse- og omsorgspersonell om endringer i situasjonen eller behov hos pasient eller bruker, og for det andre teknologi som kan beregne og opplyse om brukers eller pasients geografiske posisjon. Eksempler kan være fallalarmer, bevegelsesalarmer og GPS. Bestemmelsen er teknologinøytral, det vil si at også annen type teknologi som har til formål å varsle eller lokalisere en person er omfattet. Også teknologi som gjør bruk av lyd eller bilde kan omfattes, forutsatt at vilkårene for øvrig er oppfylt. Bestemmelsen gir likevel ikke hjemmel for kontinuerlig observasjon eller overvåkning med bilde eller lyd.

Første ledd fastsetter at helse- og omsorgstjenesten kan ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasienter eller brukere som mangler samtykkekompetanse.

Bestemmelsen regulerer ikke bruk av teknologi mellom private. Dersom private løsninger knyttes opp mot helse- og omsorgstjenesten vil reglene likevel gjelde, for eksempel i forbindelse med avlastning. Helse- og omsorgstjenesten er da ansvarlig for at vilkårene er oppfylt.

Reglene er arenanøytrale. Det vil si at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi skal kunne tas i bruk for pasienter og brukere uten samtykkekompetanse i *hele* helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukere som benytter slik teknologi i kommunen, vil dermed kunne nyttiggjøre seg slike hjelpemidler også under opphold i spesialisthelsetjenesten. Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan benyttes både som ledd i helse- og omsorgstjenester i hjemmet og som ledd i slike tjenester i institusjon. Formålet med bruk av

¹³⁴ og er nærmere omtalt i Prop. 90L (2012-2013)

teknologien kan likevel innebære at det kun er aktuelt med slike tiltak når det er helse- og omsorgspersonell i umiddelbar nærhet.

Bestemmelsen gjelder personer over 18 år uten samtykkekompetanse. For barn gjelder bestemmelsen i § 4-4 om foreldrenes samtykke til *helsehjelp* på vegne av barn, ellers gjelder vergemålsloven.

Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6, jf. **andre setning i første ledd**. Det vil si at medisinsk teknologi for varsling om endringer i helsetilstand, som for eksempel hjerteovervåkning, epilepsialarm, sensorteknologi, som varsler temperaturendringer, hjerterytme osv., reguleres av § 4-6 som tidligere.

Forvaltningslovens regler gjelder for avgjørelse om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Slike avgjørelser skal fattes i form av enkeltvedtak, jf. [forvaltningsloven § 2](#). Kompetanse til å beslutte bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi er lagt til helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d som den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Kommune og helseforetak kan delegere vedtakskompetansen på vanlig måte. For enkelte typer tiltak kan det også være hensiktsmessig og forsvarlig at private tilbydere treffer vedtak.

I forbindelse med vedtaket må helse- og omsorgstjenesten ta stilling til om pasienten eller brukeren mangler samtykkekompetanse. Det er presisert i **tredje setning** at reglene om samtykkekompetanse i §§ 4-1 til 4-3 gjelder tilsvarende også for brukere. Vurderingen innebærer helsefaglige vurderinger. Dersom vedtakskompetansen er gitt til personell uten tilstrekkelig helsefaglig kompetanse til å avgjøre om pasient eller bruker har samtykkekompetanse må det sikres at det foreligger en faglig forsvarlig vurdering av dette spørsmålet, for eksempel fra fastlegen.

Andre ledd stiller opp vilkår for at varslings- og lokaliseringsteknologi kan tas i bruk etter bestemmelsen. For det første må tiltaket være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren. For det andre skal tiltaket være i pasientens eller brukerens interesse. I andre setning gir loven veiledning med hensyn til den konkrete vurderingen som skal foretas. Det følger her at det blant annet skal legges vekt på om tiltaket står i *rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet*, og om det er *sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket*. Det følger videre av tredje setning at det, om mulig, skal innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.

I tillegg til vilkårene som følger direkte av lovteksten er det også nødvendig å vurdere om bruk av det aktuelle tiltaket i det enkelte tilfellet vil være i tråd med det grunnleggende kravet til faglig forsvarlighet, jf. [helse- og omsorgstjenesten § 4-1](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) og [helsepersonelloven § 4](#). Kravet påhviler både virksomheten og det enkelte personell som yter helse- og omsorgstjenester.

Et sentralt element i forsvarlighetsvurderingen vil være anvendeligheten av det aktuelle tekniske tiltaket, herunder om dette er egnet til å hindre eller begrense risiko for skade. Dette forutsetter at det gjøres en konkret vurdering av det individuelle risikobildet. Utgangspunkt må tas i tjenestemottakerens forutsetninger og evner, for eksempel om vedkommende kan ferdes trygt utendørs, vurdere temperatur og påkledning, bevegelsesmønster osv. Dette må vurderes i lys av risikobildet i nærområdet, for eksempel med hensyn til trafikk og innsjøer i nærheten. Det må også vurderes om utstyret er tilstrekkelig pålitelig.

For at det skal være forsvarlig å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi er det også nødvendig med klar ansvars plassering og tilstrekkelig rask tilgjengelighet for å kunne reagere til rett tid. Hvor rask responstid som er nødvendig vil avhenge av de konkrete farene for den konkrete personen i det konkrete nærmiljøet. Også helse- og omsorgstjenestens mulighet for opplæring og oppfølging av personellet knyttet til den konkrete teknologiske løsningen må vurderes.

Vilkåret om at tiltaket må være *nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren* forutsetter at det gjøres en konkret vurdering av behovet for å ta i bruk det aktuelle tiltaket. Begrunnelsen kan for eksempel være at det er risiko for å bli påkjørt, falle i vannet, falle og brette benet eller utsette seg for forfrysninger eller andre skader hvis vedkommende ikke blir funnet. Bestemmelsen gir kun hjemmel for å ta i bruk slike tiltak når risikoen gjelder tjenestemottakeren selv. Om vedkommende innebærer en risiko for andre gir dermed ikke grunn til å ta i bruk varslings- og lokaliseringssinnretninger etter denne bestemmelsen.

Loven stiller krav om at det foreligger en *risiko*. Se eksempler ovenfor. Både pasientens, brukerens og pårørendes opplevelse av utrygghet bør være et moment i risikovurderingen. Det kan ikke kreves at det allerede er skjedd en skade, men det må likevel foreligge noen objektive grunner for å oppfylle vilkåret, for eksempel at man har erfaring for at en bruker eller pasient ofte beveger seg rundt eller i retning av farlige områder, som trafikkerte veier eller innsjøer eller at vedkommende ikke finner veien hjem.

Bruk av det aktuelle tiltaket må være *nødvendig* for å hindre eller begrense den aktuelle risikoen. Om tiltaket er nødvendig må blant annet vurderes ut fra om det fremstår som det minst inngripende alternativet. Det må dermed vurderes om det finnes alternative og mindre inngripende tiltak som kan forebygge den aktuelle risikoen. For eksempel kan overskuelige omgivelser og aktivitetstilbud forebygge at personer med demens forlater boligen eller institusjonen, og dermed utsetter seg for risiko for skade. I mange tilfeller vil det å tilrettelegge livssituasjonene og tjenestetilbudet på en bedre måte være tilstrekkelig for å hindre den aktuelle risikoen.

Det er videre et vilkår at tiltaket skal være i *pasientens eller brukerens interesse*. Det skal i vurderingen legges vekt på om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket og at det skal innhentes informasjon fra brukerens eller pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket, der dette er mulig, jf. **andre ledd andre setning**. Dette er regulert på samme måte som i § 4-6 andre ledd som gir hjemmel for å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep til personer uten samtykkekompetanse, jf. ovenfor.

Utgangspunktet er hva som objektivt sett er til pasientens eller brukerens beste. Helse- og omsorgstjenesten må foreta en bred og konkret vurdering av fordeler og ulemper, med utgangspunkt i den enkeltes situasjon. Hvis det ikke er mulig å konkludere på hva vedkommende sannsynligvis ville ha ønsket må man falle tilbake på den objektive vurderingen av hva som vil være til personens beste.

I denne vurderingen vil hensynet til forholdsmessighet mellom tiltaket og hva man vil oppnå med tiltaket være et moment, det vil si at tiltaket står i et rimelig forhold til den aktuelle risikoen. Det kan også ses hen til hvor inngripende tiltaket vurderes å være for pasienten eller brukeren, og hvorvidt tiltaket samlet fremstår som det minst inngripende alternativet. Dette gjelder også med hensyn til valg av teknologi.

Vilkårene for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi gjelder ikke bare på vedtakstidspunktet, men så lenge det aktuelle tiltaket er i bruk. For å sikre dette må tiltaket være under jevnlig vurdering og avsluttes dersom behovet endres eller vilkårene av andre

grunner ikke lenger er oppfylt, for eksempel at bruk av lokaliseringsteknologi ikke lenger er forsvarlig.

Av **tredje ledd** fremgår det at bestemmelsen ikke kommer til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket. Slik motstand mot helsehjelp kan komme til uttrykk på ulike måter, for eksempel verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende, og i praksis vil spørsmålet ofte måtte avgjøres på bakgrunn av en tolking av reaksjonene til pasienten eller brukeren, noe som kan kreve god kjennskap til vedkommende. Forventet motstand er likestilt med uttrykt motstand. Motstand kan være et krevende avgrensningskriterium overfor personer med kognitiv svikt, ettersom disse ofte ikke vil kunne gi uttrykk for egenvilje og være konsistente i hva de uttrykker. Hvorvidt pasienten eller brukeren viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Ved tvil må det legges til grunn at vedkommende motsetter seg tiltaket.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A gir hjemmel for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor pasienter som motsetter seg helsehjelp, jf. loven § 4A-4, forutsatt at vilkårene for dette er oppfylt.

§ 4-7 Om pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området

Pasient som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter [vergemålsloven § 22 tredje ledd](#), skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av pasienten.

Kommentarer til § 4-7:

[Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål](#) trådte i kraft 1. juli 2013, og fra samme tidspunkt ble vergemålsloven av 1927 og umyndiggjøringsloven av 1898 opphevet og det tidligere umyndiggjøringsinstituttet avviklet. Dette har medført flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

Denne bestemmelsen gjelder for pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter [vergemålsloven § 22 tredje ledd](#). Samtykke til helsehjelp vil typisk være en disposisjon som faller innenfor «personlige forhold» etter vergemålsloven § 22 tredje ledd. At bestemmelsen gjelder pasienter som er «fratatt rettslig handleevne på det personlige området», innebærer at den gjelder i alle tilfeller der fratakelsen gjelder en eller annen form for personlige forhold, jf. vergemålsloven § 22 tredje ledd. Det er ikke nødvendig at det i vedtaket er presisert at fratakelsen gjelder helserelaterte forhold¹³⁵.

Bestemmelsen omfatter ikke alle personer som er fratatt rettslig handleevne. En fratakelse av handleevnen bare på det økonomiske området trenger ikke å ha noe å si for evnen til å bestemme over helsemessige forhold. Og uansett kan § 4-3 andre ledd få anvendelse hvis personen mangler evne til å forstå hva samtykket omfatter.

Utgangspunktet er at også pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området skal sikres rett til å ta avgjørelse i spørsmål vedrørende helsehjelp i så stor utstrekning som det er mulig og tilrådelig. Der pasienten selv ikke er i stand til å ta avgjørelse, er det vergen som kan samtykke på vegne av pasienten. Vergen kan likevel ikke samtykke til tvang, jf. [vergemålsloven § 21 fjerde ledd](#). Det følger av forarbeidene¹³⁶ at begrensningen i vergemålsloven § 21 fjerde ledd både gjelder ved opprettelse av ordinært vergemål som omfatter personlige forhold, og ved fratakelse av rettslig handleevne i personlige forhold etter vergemålsloven § 22 tredje ledd.

4-8 Opphevet

(Opphevet ved lov 19 des 2008 nr. 109 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 19 des 2008 nr. 1444).)

¹³⁵ Jf. [Prop. 46L \(2012-13\) Endringer i vergemålsloven mv.](#) side 36.

¹³⁶ Jf. [Ot. prp. nr. 110 Om lov om vergemål \(vergemålsloven\)](#) side 61 og 180.

§ 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 over 18 år, og ikke fratatt rettslig handleevne på det personlige området, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Kommentarer til § 4-9:

[Helsepersonelloven § 7¹³⁷](#) regulerer helsepersonells plikt og rett til å yte øyeblikkelig hjelp dersom pasienten er i en akutt nødsituasjon og det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig for å hindre livstruende følger. Helsepersonelloven § 7 pålegger helsepersonell å gi hjelp også dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke eller han eller hun motsetter seg helsehjelpen. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 kan pasienten på visse vilkår "opphøve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp. Bestemmelsen gir tre unntak fra hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7. Det gjelder retten til å nekte blodoverføring eller å avbryte en sultestreik – når øvrige vilkår i bestemmelsen er oppfylt. I tillegg kan døende nekte livsforlengende behandling. Retten til å nekte akutt hjelp i disse situasjoner forutsetter at pasienten er over 18 år.

Første ledd gjelder bare for bestemte typer helsehjelp, nærmere bestemt der blod eller blodprodukter inngår og helsehjelp gitt for å avverge følgene av sultestreik. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke har rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling selv om pasienten vil kunne dø som følge av sin beslutning. Helsepersonell kan heller ikke gripe inn etter at pasienten har blitt bevisstløs. Når det gjelder sultestreik, vil dette ofte bli innledet utenfor helsetjenestens institusjoner. Uansett om sultestreiken gjennomføres utenfor helsevesenets institusjoner eller pasienten blir innlagt i sykehus, skal pasientens uttrykte vilje respekteres.

Bestemmelsens første ledd innebærer også at helsepersonellet skal respektere pasientens selvbestemmelsesrett når det gjelder reservasjon mot å motta blod eller blodprodukter, selv om dette innebærer at pasienten ikke får en optimal behandling og at behandlingen i sin ytterste konsekvens kan medføre at pasienten dør. Bestemmelsen medfører videre at helsepersonell ikke kan gjennomføre en blodoverføring dersom pasienten har avvist slik helsehjelp, selv om det viser seg for eksempel under en operasjon at anvendelse av blod eller blodprodukter er mer nødvendig enn først antatt. Dersom behandlingen av pasienten kan utsettes, må den som yter helsehjelp ta stilling til om vedkommende kan behandle pasienten selv om pasienten nekter å motta blod. Dersom helsepersonellet godtar dette, skal pasienten ikke gis blod eller blodprodukter, heller ikke hvis pasienten risikerer å dø av blodtap. Kan helsepersonellet ikke godta å behandle pasienten på disse vilkår, kan pasienten henvises til annet helsepersonell.

Hva som ligger i kravet om alvorlig overbevisning, er ikke omtalt i forarbeidene, men i juridisk litteratur¹³⁸ er det sagt at det ikke ligger et krav om en bestemt begrunnelse. En

¹³⁷ For en nærmere omtale av helsepersonelloven § 7, se [rundskriv til helsepersonelloven](#)

¹³⁸ Syses kommentarutgave til pasient- og brukerrettighetsloven (3 utgave) side 339.

alvorlig overbevisning kan for eksempel være politisk, moralsk eller religiøst motivert. Men det må stilles krav om både en viss fasthet og varighet. Overbevisningen må videre framstå som et uttrykk for en selvvalgt og rasjonell forestilling, og ikke for eksempel uttrykk for en alvorlig sinnslidelse. Dersom helsepersonell er i tvil om grunnlaget for å nekte blodoverføring, om pasienten er overbevist eller om pasienten har innsikt i konsekvensen av sin beslutning, så kan behandling gis.

Andre ledd gir døende¹³⁹ pasienter rett til å nekte å motta livsforlengende behandling, forutsatt at vilkårene som følger av tredje ledd er oppfylt. Bestemmelsen innebærer at pasienten kan nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, men bare til en viss livsforlengelse som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess. Bestemmelsen er begrunnet i respekten for pasientens rett til en naturlig og verdig død.

Pasienten kan beslutte at det ikke skal iverksettes ytterligere behandling, eller at pågående behandling avsluttes. Det kan for eksempel dreie seg om nedtrapping av legemidler, å avstå fra antimikrobiell behandling og ernærings- og væskebehandling, avstå fra teknisk organstøtte eller videre utredning og diagnostikk.

Pasienten kan motsette seg livsforlengende behandling, ikke pleie og omsorg. Dersom det er besluttet at livsforlengende behandling skal opphøre, skal behandlingen rettes mot pasientens plager og pleiebehov og eventuelt behov for eksistensiell og psykologisk støtte.

Dersom pasienten er ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende¹⁴⁰ gir uttrykk for tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres. Helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen skal dermed gjøre en selvstendig vurdering og treffe en beslutning.

I vurderingen av hva som må anses som pasientens ønske, skal helsepersonellet blant annet legge vekt på: om anmodningen blir fremsatt av en pårørende som har hatt nær kontakt med pasienten over lengre tid, om det er uenighet blant de pårørende, om det fremstår som sannsynlig at dette er pasientens formodede vilje i den aktuelle situasjon (det vil si at sykdommens art eller graden av smerte o.l. gjør det sannsynlig at pasienten ikke ønsker å forlenge livet) samt om de pårørendes synspunkter kan være motivert av andre hensyn enn hensynet til pasienten selv. Hvis helsepersonellet kommer til at det er pasientens selvstendige vilje ikke å få livsforlengende behandling, må helsepersonellet vurdere om «ønsket åpenbart bør respekteres».

Beslutninger om å sette i gang med eller avslutte livsforlengende behandling er ofte vanskelige. Helsedirektoratet har gitt ut nasjonal veileder om [«Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling»](#)¹⁴¹ som gir faglige, etiske og juridiske holdepunkter til vurderingene som skal gjøres.

Tredje ledd innebærer at helsepersonellet må forsikre seg om at pasienter som omhandlet i første og andre ledd er gitt tilstrekkelig informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen. Bestemmelsen gjelder bare for personer som har fylt 18 år, og har full samtykkekompetanse. Et barn har altså ikke rett etter denne bestemmelsen til å nekte helsehjelp på grunn av alvorlig overbevisning eller motsette seg livsforlengende behandling.

¹³⁹ Begrepet døende er her et objektivt vilkår som innebærer at pasienten innen nærmeste fremtid vil dø, og at det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring. Hva som menes med døende er ikke klart definert, og er et medisinsk begrep. Det kan være vanskelig å avgjøre om en alvorlig syk pasient kan anses som døende.

¹⁴⁰ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b og omtalen av denne bestemmelsen for hvem som er pasientens nærmeste pårørende.

¹⁴¹ [IS-2091, Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, utgitt 04/2009, revidert 07/2013](#)

Foreldre kan heller ikke på grunn av sin alvorlige overbevisning nekte blodoverføring på vegne av sine barn. I akutte situasjoner er helsepersonelloven § 7 tilstrekkelig hjemmel til å gi helsehjelp når den vurderes om «påtrengende nødvendig».

Bestemmelsene i § 4-9 er ikke ment å endre rettstilstanden når det gjelder foreldrenes manglende rett til å avslutte eller avslå nødvendig helsehjelp til sine barn. Det vil blant annet si at dersom foreldre ikke sørger for at sine barns medisinske behov blir ivaretatt, kan fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker treffe vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling, jf. barnevernloven §§ [4-10](#) og [4-11](#). Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker kan også treffe vedtak om omsorgsovertakelse dersom foreldre ikke sørger for at barns medisinske behov blir ivaretatt jf. [barnevernloven § 4-12](#)

Kapittel 4 A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

§ 4A-1 Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Kommentarer til § 4A-1:

Denne bestemmelsen omtaler formålet med reglene i kapittel 4A. Ved tvil om forståelsen av en annen bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A vil formålsbestemmelsen kunne gi viktige momenter til fortolkningen.

Det fremgår av **første ledd** at formålet er todelt:

For det *første* skal reglene sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Det er et grunnleggende prinsipp at pasienten selv skal samtykke til hjelpen. Samtykke fra andre er ikke tilstrekkelig grunnlag for å yte helsehjelp i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelpen. Reglene i kapittel 4A åpner for at denne helsehjelpen under visse vilkår kan gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

For det *andre* skal reglene forebygge og redusere bruken av tvang.

Formålet om forebygging og begrensningsregler av tvang kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte helsehjelp med tvang, særskilte saksbehandlingsregler og regler om overprøving og kontroll. Helsepersonell skal som hovedregel prøve tillitsskapende tiltak, slik at pasienten oppgir sin motstand mot helsehjelpen, før det eventuelt vurderes å yte helsehjelpen ved bruk av tvang. Tvangstiltak skal ikke brukes for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse.

Formålsbestemmelsens **andre ledd** understreker og fremhever at helsehjelpen må tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet. På bakgrunn av pasientens utsagn og oppførsel og den kjennskap helsepersonell og pårørende har til pasienten, må det legges til rette for at pasienten kan utøve sin selvbestemmelsesrett så langt som mulig.

Helsedirektoratet har laget et e-læringsprogram om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Kurset gir en innføring i reglene om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Temaer som omhandles er blant annet reglenes virkeområde, vilkår for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, gjennomføring av helsehjelpen, krav til vedtak og bestemmelsene om klage, overprøving og kontroll. Kurset er beregnet på helsepersonell, og kan anvendes både som en introduksjon til temaet og som en oppfriskning av kunnskaper. E-læringskurset finnes på [helsedirektoratets nettsider](#).

Helsedirektoratet har også laget et [e-læringsprogram om samtykke til helsehjelp](#), se kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

§ 4A-2 Virkeområde

Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen.

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i [lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern](#).

Kommentarer til § 4A-2:

Hvem gjelder kapittel 4A for?

Kapitlet gjelder for myndige og mindreårige over 16 år, dvs. personer over den helserettslige myndighetsalder, samt personer *fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd*.

Kapittel 4A gjelder kun for *pasienter* som mottar helsehjelp. Kapitlet 4A gir ikke adgang til å anvende tvang overfor *brukere* av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.

Gjelder pasienter som mangler samtykkekompetanse

Videre er det et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse. Om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, må vurderes etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Reglene gjelder uavhengig av årsaken til bortfall av samtykkekompetanse. Ulike sykdommer og tilstander kan påvirke pasientens samtykkekompetanse. Det kan for eksempel være demens, psykisk utviklingshemning, psykisk sykdom eller forskjellige former for hjerneskade. Til tross for at det er ulikheter mellom de ulike diagnosegruppene, er problemstillingene knyttet til manglende samtykkekompetanse og bruk av tvang for en stor del de samme.

Gjelder pasienter som motsetter seg helsehjelpen

Kapittel 4A gjelder i de tilfeller der pasienten motsetter seg tilbud om somatisk helsehjelp. Dersom pasient uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg helsehjelpen, gjelder reglene i [§ 4-6](#) og eventuelt [§ 4-6a](#).

Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen.

Tilgjengelig informasjon om pasienten og vedkommendes grunner for motstand skal inngå i beslutningsgrunnlaget når det treffes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Nærmeste pårørende kan ofte gi viktig informasjon. Helsepersonell som har arbeidet tett med pasienten over tid, kan også bidra med informasjon som klargjør hvilke ønsker og motforestillinger pasienten har med hensyn til den helsehjelpen som blir tilbudt. Det følger dessuten av kravet til faglig forsvarlig hjelp i [helsepersonelloven § 4](#) at den som tar avgjørelse om å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen, plikter å ta avgjørelsen på faglig forsvarlig grunnlag.

I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.

Også forventet motstand faller inn under de situasjonene som reguleres av kapittel 4A. Forventet motstand skal dermed likestilles med motstand som uttrykkes fysisk eller verbalt.

Et praktisk eksempel fra eldreomsorgen er pasienten med demens som stadig gir uttrykk for motvilje mot å ta nødvendige legemidler. Når helsepersonellet ut fra tidligere erfaringer med pasienten vet at pasienten høyst sannsynlig vil motsette seg tilbudet om medisin, kan det for eksempel være anledning til å gi medisin i syltetøy (forutsatt at vilkårene etter loven for øvrig er oppfylt).

Det kan likevel ikke legges til grunn at pasienten vil motsette seg helsehjelp i et konkret tilfelle, selv om pasienten generelt er lite samarbeidsvillig. Det kan altså ikke treffes vedtak om tvang basert på en generell forventning om motstand, med den hensikt å unngå en motstandssituasjon.

I den samlede vurderingen av om det skal ytes tvungen helsehjelp, skal det også legges vekt på *graden* av motstand. Dette blir nærmere omtalt i kommentarene til § 4A-3.

Hvilke former for helsehjelp omfattes

Helsehjelp etter kapittel 4A omfatter i utgangspunktet alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell, jf. [§ 1-3 bokstav c](#).

Det er likevel ikke all helsehjelp som kan gis til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Vilklårene i § 4A-3 må være oppfylt; blant annet må helsehjelpen være nødvendig i den forstand at pasienten risikerer vesentlig helseskade dersom den ikke gis. Vilklårene omtales nærmere under kommentarene til § 4A-3.

Nærmere om helsehjelpen

Med helsehjelp menes for det første *forebygging*, dvs. tiltak som tar sikte på å hindre at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning oppstår. Forebyggende helsehjelp vil bl.a. kunne være aktuelt innen tannhelsetjenesten.

Med diagnostisering (undersøkelse) menes de tiltak som blir gjennomført for å fastslå hvilken sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemning pasienten har. Diagnostisering er ofte en forutsetning for å finne ut om behandling er nødvendig. Manglende diagnostisering kan føre til at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp og at det oppstår vesentlig helseskade. Dersom vilklårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, er diagnostisering en form for helsehjelp som kan gjennomføres selv om pasienten motsetter seg hjelpen.

Helsehjelp med behandlende formål tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og dermed en endring i pasientens helsetilstand. Behovet for slik hjelp er i mange tilfelle slik at vilklårene i § 4A-3 må anses oppfylt.

Helsehjelp omfatter også handlinger som har helsebevarende formål, dvs. handlinger som ikke har som mål å helbrede, men å holde pasienten "så frisk som mulig" og hindre at tilstanden forverrer seg, eller å lindre tilstander eller smerter, for eksempel terminalpleie. Helsepersonellens mulighet til å vedta tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, begrenser likevel ikke pasientens rett til å nekte livsforlengende behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven [§ 4-9 andre ledd](#). Dersom en døende pasient har motsatt seg livsforlengende behandling innen vedkommende mistet evnen til å samtykke, skal

helsepersonellet respektere dette.

Helsehjelpen kan også være rehabiliterende eller habiliterende, dvs. at tapte funksjoner etter sykdom eller skade blir gjenopprettet og manglende funksjoner blir bygget opp. Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, er det adgang til å gi slik helsehjelp selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Med helsehjelp som har pleie- og omsorgsformål, menes helsehjelp som skal sikre et best mulig liv på tross av sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. Et praktisk eksempel er hjelp til personlig hygiene. Å unnlate å gi pleie og omsorg kan etter en konkret vurdering føre til vesentlig helseskade, for eksempel i tilfeller der det er nødvendig å dusje for å hindre at en alvorlig hudinfeksjon blir verre. Et annet eksempel er at regelmessig munnhygiene som regel vil være nødvendig for å forebygge tannrøte og tannkjøttbetennelser. Dersom vilkårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, vil det i slike tilfeller kunne være adgang til for eksempel å holde hender, føtter og hode under tannpuss, stell, dusjing og bading som pasienten motsetter seg.

Kapittel 4A kommer til anvendelse på helsehjelp som ytes av helsepersonell. For nærmere omtale av begrepet helsepersonell, se kommentarer til § 1-3 bokstav e. Hvem som kan fatte vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A følger av § 4A-5, se kommentarene til denne bestemmelsen.

Hvor gjelder kapittel 4A?

Reglene i kapittel 4A gjelder både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsehjelp gis ulike steder, i institusjon, for eksempel sykehjem eller sykehus, og hjemme hos pasienten, herunder i omsorgsboliger. Hovedregelen er at kapittel 4A gjelder uansett hvor helsepersonell yter helsehjelpen. Innleggelse og tilbakeholdelse, kan imidlertid bare skje i helseinstitusjon, jf. § 4A-4 andre ledd.

Med helseinstitusjon menes helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, herunder spesialiserte helseinstitusjoner (medregnet sykehus) og sykehjem.

Særskilt om geografisk virkeområde

Kapitlets geografiske virkeområde er det samme som for pasient- og brukerrettighetsloven for øvrig, jf. lovens § 1-2. Loven gjelder for den som oppholder seg i riket. Loven gjelder ikke Svalbard og Jan Mayen.

Enkelte bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven er også gitt anvendelse for norske borgere som mottar helsehjelp i utlandet, se nærmere under kommentarene til § 1-2, men kapittel 4A er ikke gitt slik anvendelse. Folkerettslige prinsipper setter begrensninger i staters adgang til å utøve tvang overfor personer som oppholder seg innenfor andre staters jurisdiksjon.

Helsedirektoratet har derfor lagt til grunn at kapittel 4A ikke kan anvendes i utlandet. Dette gjelder også om den aktuelle tvangen utføres av norsk helsepersonell overfor norske pasienter i forbindelse med behandlingsopphold og feriereiser i regi av norsk helseinstitusjon. Et antatt behov for bruk av tvungen helsehjelp for å unngå vesentlig helseskade, bør derfor være et moment i vurderingen når det overveies om en pasient uten samtykkekompetanse skal tilbys eller delta i slike reiser til utlandet.^{142 143}

¹⁴² Helsedirektoratets fortolkningssak om virkeområde i [brev 4. februar 2009 til Fylkesmannen i Aust-Agder](#) (jnr. 08/4894)

Forholdet til annet tvangsregelverk

Forholdet til [psykisk helsevernloven kapittel 3](#) – Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

Andre ledd avgrenser virkeområdet for reglene i kapittel 4A mot undersøkelser og behandling av psykiske lidelser¹⁴⁴ uten eget samtykke. Slik helsehjelp kan *bare* gis med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Dette er begrunnet i at man vil unngå et dobbelt sett tvangsregler for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten samtykke¹⁴⁵. I de tilfeller hvor det er nødvendig med helsehjelp for psykisk lidelse, og pasienten motsetter seg dette, taler rettssikkerhetshensyn for at psykisk helsevernlovens regler anvendes. Ved innføring av kapittel 4A ønsket lovgiver ikke å innføre et tosporet system med tvangsregler eller utvide adgangen til å yte helsehjelp for psykisk lidelse uten samtykke, utover de grenser som er satt i psykisk helsevernloven.

Dette innebærer at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke ikke kan iverksettes med hjemmel i kapittel 4A. Rettslig grunnlag for slik helsehjelp reguleres uttømmende av psykisk helsevernloven. Enkelte sykdommer med organisk årsak, for eksempel demens og fysiske skader, kan gi seg utslag i psykiske lidelser. Det fremgår av forarbeidene¹⁴⁶ at også slike psykiske følgelidelser skal behandles etter reglene i psykisk helsevernloven.

For pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, er det i psykisk helsevernloven gitt regler både om samtykke på vegne av pasienten (representasjonsregler) og tvangsregler¹⁴⁷.

Når det gjelder *representasjonsregler* fremgår det av [psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd](#) at samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for psykisk helsevern, herunder regler om samtykke på vegne av pasienten.

Dette innebærer blant annet at [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6](#) om samtykke på vegne av pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, som utgangspunkt kan benyttes som rettslig grunnlag for å gi psykisk helsehjelp. Det kan for eksempel være aktuelt for behandling av psykiske symptomer som følge av en demenstilstand. Det forutsetter imidlertid at pasienten samarbeider eller forholder seg passiv til tiltaket. Dersom pasienten motsetter seg kan det ikke gis helsehjelp etter bestemmelsen, jf. § 4-6 tredje ledd og [§ 4-3 femte ledd](#). Det kan heller ikke gis helsehjelp etter § 4-6 dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse, jf. § 4-3 femte ledd og kommentarer til denne bestemmelsen og neste avsnitt.

Tvangsregler for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse er gitt i psykisk helsevernloven kapittel 3. Hovedbestemmelsen for tvungent psykisk helsevern fremgår av [§ 3-3](#), som angir vilkårene som må være oppfylt før det kan fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern. Et hovedvilkår er at det foreligger en «alvorlig sinnslidelse». Kjerneområdet for begrepet er psykoselidelser, men også andre grensetilfeller kan omfattes. Om psykiske utslag av demens eller andre organiske sykdommer kan karakteriseres som alvorlig sinnslidelse, må vurderes konkret sett i forhold til om det kan sies å foreligge en psykose

¹⁴³ Dette er også lagt til grunn i veileder [IS-1560 «Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke. Gjennomføring av pasienttransporter er til og fra utlandet»](#), der presiseres at norske borgere som oppholder seg i utlandet er underlagt det aktuelle landets regler om tvungent psykisk helsevern for så vidt det er behov for slik helsehjelp

¹⁴⁴ Psykiske lidelser er samlebetegnelse på lidelser som rammer sinnet (psyken) i motsetning til kroppen (soma), dvs. somatiske lidelser. For en nærmere oversikt over hva som regnes som psykiske lidelser se: [ICD 10, Kapittel F «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser»](#)

¹⁴⁵ [Ot.prp. nr. 65 \(2005-2006\)](#) side 37 og [Ot.prp.nr.64 \(2005-2006\)](#) side 31.

¹⁴⁶ [Ot.prp. nr. 64 \(2005-2006\)](#) side 31.

¹⁴⁷ For nærmere omtale vises til [Rundskriv IS 9/2012 om psykisk helsevernloven](#).

eller om tilstanden får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at den kan sidestilles med en psykosetilstand. Oppsummert er aktuelle rettsgrunnlag for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke for personer over 16 år enten representert samtykke etter [§§ 4-5, 4-6](#) eller [4-7](#) hvor det ikke foreligger motstand eller en alvorlig sinnslidelse, eller reglene om tvungent vern etter [psykisk helsevernloven kapittel 3](#) hvor det er krav om alvorlig sinnslidelse. Foreligger det en alvorlig sinnslidelse kan psykisk helsehjelp kun baseres på pasientens eget samtykke eller vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Det kan ikke gis samtykke på vegne av pasienten.

Selv om bestemmelsene i kapittel 4A ikke gir hjemmel for tvungen behandling av psykiske lidelser, kan pasienter med psykiske lidelser likevel få *annen* helsehjelp etter disse bestemmelsene. Pasienter som mangler samtykkekompetansen på grunn av psykiske lidelser, vil nettopp være en av de gruppene som adgangen til å yte tvungen somatisk helsehjelp vil være aktuell overfor. Det er ikke til hinder for helsehjelp etter kapittel 4A at pasienten *samtidig* mottar helsehjelp for sine psykiske lidelser etter psykisk helsevernloven.

Helsehjelp etter kapittel 4A vil i utgangspunktet ikke være aktuelt overfor pasienter under *frivillig* psykisk helsevern, fordi frivillig vern forutsetter at pasienten har samtykkekompetanse. Det kan imidlertid tenkes tilfeller hvor en pasient er samtykkekompetent i forhold til behandling i det psykiske helsevern, men ikke i forhold til et konkret inngrep av somatisk karakter. Det kan være tilfelle ved for eksempel vrangforestillinger knyttet til et bestemt område. Da vil kapittel 4 A kunne brukes for å få gjennomført somatisk helsehjelp, dersom vilkårene for øvrig er oppfylt.

Helsehjelp etter kapittel 4A vil være mer aktuelt overfor pasienter som er under *tvungen* psykisk helsevern og som i tillegg har behov for somatisk helsehjelp. Psykisk helsevernloven forutsetter at pasienten uten eget samtykke kan gis helsehjelp i form av pleie og omsorg (stell, daglig hygiene og næringsinntak) slik at han eller hun ikke utsettes for helsefare, jf. [psykisk helsevernloven § 1-2](#). Ved behov for somatisk helsehjelp *ut* over dette og som pasienten motsetter seg, kan pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A gi adgang til å yte helsehjelpen.

Pasienter under tvungen psykisk helsevern kan ha midlertidig opphold på en institusjon som ikke er godkjent for tvungen vern, dersom dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. [psykisk helsevernloven § 3-5 andre ledd](#). Dette er en mulighet som kan benyttes når pasienten har en somatisk lidelse som det ikke kan gis forsvarlig helsehjelp for i en psykiatrisk institusjon. I slike tilfeller kan det være aktuelt å fatte vedtak om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A i forbindelse med den somatiske lidelsen.

Legemidler som gis til behandling av psykiske lidelser (psykofarmaka) faller utenfor virkeområdet til kapittel 4A. Dersom bruk av slike legemidler er nødvendig for å få gjennomført undersøkelse/behandling av en somatisk lidelse, vil dette imidlertid som utgangspunkt være innenfor rammen av de tiltak som er tillatte. Det er en forutsetning at bruk av psykofarmaka kun skjer med det formål å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen av den somatiske lidelsen. Så snart denne er gjennomført, må medisineringen opphøre. Å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle pasientens psykiske lidelse, vil være i strid med § 4 A-2 andre ledd.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Se Helsedirektoratets [brev av 25. mars 2009 til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag](#) jnr. 09/1654 og rundskrivet side 72.

Forholdet til [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) – Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir regler om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning som ledd i tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d](#). Det dreier seg om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon og avlastningstiltak. For tjenester som også omfatter helsehjelp for eksempel helsetjenester i hjemmet og opphold på sykehjem, gjelder kapittel 9 bare under utførelsen av pleie og omsorg. Bruk av tvang som ledd i somatisk helsehjelp til psykisk utviklingshemmede ut over dette, må hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Grensen mellom tvang som ledd i pleie- og omsorgstjenester som skal hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og tvang i forbindelse med helsehjelp som skal hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, kan være vanskelig å trekke. Hva som er riktig lovgrunnlag må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. I vurderingen kan det blant annet sees hen til hva slags hjelpebehov tiltaket har til formål å dekke, herunder om tiltaket har som direkte formål å avhjelpe en somatisk sykdomstilstand¹⁴⁹. Videre vil det kunne ses hen til hvem som har vurdert behovet for tiltaket, og om tiltaket må utføres av helsepersonell. Det vil også kunne ha betydning hva slags hjelp som ville vært alternativet dersom tiltaket ikke hadde kunnet benyttes.

Forholdet til [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10](#) – Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 inneholder regler om tilbakeholdelse av rusmiddelavhengige i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene gjelder rusmiddelavhengige med et omfattende misbruk hvor siktemålet er undersøkelse og tilrettelegging for behandling [§ 10-2](#), eller å hindre skade på foster [§ 10-3](#). Såkalt avtalt tvang etter [§ 10-4](#) er utelukket dersom personen mangler samtykkekompetanse, da et vilkår for å anvende bestemmelsen er at pasienten avgir et gyldig samtykke til tilbakeholdet.

Når det primære målet er å bruke tvang for å oppnå rusfrihet, er tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven det aktuelle hjemmelsgrunnlaget. Er siktemålet derimot en bedring av pasientens somatiske helsetilstand, vil pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A være et aktuelt hjemmelsgrunnlag dersom vilkårene er oppfylt.

Forholdet til [abortloven](#) og [steriliseringsloven](#)

Forholdet mellom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og abort- og steriliseringslovene er ikke regulert i loven eller omtalt i forarbeidene.

Departementet har i en uttalelse antatt at abortloven- og steriliseringsloven uttømmende regulerer abort- og sterilisering til pasienter uten samtykkekompetanse, og at pasient- og brukerrettighetsloven ikke kommer til anvendelse ved slik helsehjelp.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Helsedirektoratets [brev 19. oktober 2009](#) til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 09/5713 vedrørende bruk av epilepsialarmen overfor psykisk utviklingshemmede

¹⁵⁰ Helse- og omsorgsdepartementets [brev av 11. mai 2010](#) til Helsetilsynet i Telemark

§ 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Kommentarer til § 4A-3:

Krav om at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt

Første ledd fastslår at før det kan ytes helsehjelp til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonellet forsøke med tillitsskapende tiltak. Dette innebærer at helsepersonell skal forsøke å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang.

Helsepersonellet må prøve å få pasienten til å forstå at det er i hans eller hennes interesse å motta helsehjelpen. Sjansen for at pasienten aksepterer helsehjelpen, er større dersom han eller hun får anledning til å bli trygg på behandlingssituasjonen. Det er også viktig at helsepersonell tar hensyn til individuelle forhold hos pasienten

Dersom helsepersonellet lykkes med å overkomme pasientens motstand gjennom tillitsskapende tiltak, gis helsehjelpen i samsvar med reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Kravet om at tillitsskapende tiltak skal forsøkes, kan bare fravikes når det er åpenbart formålsløst. Dette er et strengt vilkår, og det skal mye til for at helsepersonell ikke skal forsøke tillitsskapende tiltak før tvungen helsehjelp eventuelt iverksettes.

Nærmere om tillitsskapende tiltak

I det følgende omtales noen *eksempler* på tillitsskapende tiltak som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Eksemplene på tiltak omfatter både tiltak som kan anvendes i en konkret situasjon med motstand, og tiltak som kan anvendes på litt lengre sikt for å oppnå en generell tillit hos pasienten som kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg tilbud om helsehjelp.

For det første er det visse faktorer ved behandlings- eller pleie- og omsorgsmiljøet generelt som kan være viktig for pasientens holdning til helsehjelpen han eller hun blir tilbudt.

Helhetlig tenkning. Det behøver ikke være manglende vilje eller motivasjon som ligger bak motstanden mot helsehjelpen, men at pasienten ikke oppfatter hva som skjer eller skal skje. Dette kan føre til at personene opplever stell, bad, munnhygiene, forflytning osv. som skremmende og at atferden er en måte å beskytte seg på. En viktig målsetning blir å få pasienten til å forstå hva som skjer eller skal skje. De fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare og være slik at de i seg selv gir informasjon om hva som skjer: Et bad bør ligne på et bad, håret legges hos "frisør" eller i omgivelser som ligner en frisørsalong, måltidene serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett å oppfatte hva som skjer osv.

De forskjellige situasjonene må tilrettelegges slik at de øker pasientens mulighet til å klare mest mulig selv og på den måten øke mestring. Det må være en helhetlig tenkning i hvordan omsorgsmiljøet skal fungere. Rolige omgivelser hvor aktiviteter er gjenkjennbare og trygge, samtidig som det er mulighet for stimulering og samvær med medpasienter og ansatte, vil da være en del av de tillitsskapende tiltakene.

Kjennskap til pasienten. Helsepersonell som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand. Ofte vil pasienten være mer komfortable med og ha større tillit til dette personellet. I tillegg har de ofte nyttig kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres for å motta helsehjelpen.

Det kan ta tid å bli kjent med en pasient. Det bør derfor være nok introduksjons- og opplæringsvakter til at både pasient og helsepersonell er relativt komfortable med hverandre.

Veiledning og erfaringsoverføring. Ved repeterende eller løpende helsehjelp til pasienter med store behov kan det være hensiktsmessig at en uerfaren som skal yte helsehjelpen får veiledning over tid av erfarent og fagutdannet personell. Slik fremmes god praksis, og uheldig praksis som resulterer i motstand hos pasienten, kan unngås (longitudinell veiledning). Det er også svært viktig at tillitsskapende tiltak som viser seg å ha god effekt for den enkelte pasient dokumenteres i journal, slik at disse opplysningene er tilgjengelig for de som yter helsehjelp til pasienten.

Refleksjonsgrupper e.l. Det har flere steder vist seg svært nyttig å ha jevnlige møter i refleksjonsgrupper, hvor helsepersonell får anledning til å drøfte situasjoner som er vanskelig, både juridisk og helsefaglig. Dette kan medføre større bevissthet og trygghet i forhold til forståelse av hva som er motstand og hva som oppleves og defineres som tvang. Kunnskapsoverføring mellom helsepersonellet for hvordan den enkelte kan håndtere de vanskelige situasjonene på best mulig måte for pasienten er svært viktig.

I den konkrete helsehjelpssituasjonen, er det også flere forhold som kan ha innvirkning på om pasienten vil motsette seg eller ikke:

Kartlegging av årsaker. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, bør om mulig årsaken til motstanden kartlegges. Kunnskap om årsaken kan gi helsepersonell mulighet for å tilrettelegge på en slik måte at pasienten oppgir motstand. Kilder til kunnskap kan være familie, pårørende eller personell i institusjoner, omsorgsboliger og lignende.

Tid. Bruk god tid når det er mulig. Pasienten bør få nødvendig tid til å forstå hva som skjer og innstille seg på å motta helsehjelpen. Det er ofte riktig å gi inntrykk av god tid også i hastesituasjoner.

Informasjon. Videre kan forklaring til pasienten for hvorfor helsehjelpen er nødvendig og hva konsekvensene av å unnlate helsehjelp vil være, avverge motstand. Dersom helsehjelpen er beskjedent, kan det legges vekt på å formidle dette. Gi løpende og tilpasset informasjon om situasjon, tilstand og prosedyre. Pek gjerne ut en informasjonsansvarlig.

Kommunikasjonsform. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen av frykt for at hjelpen skal påføre smerte og lignende, kan helsepersonellet forsøke å avdramatisere helsehjelpen gjennom sin opptreden, for eksempel gjennom stemmeleie og vektlegging av det positive ("Dette kommer til å gå bra"). Kommunikasjonen må også tilpasses til pasientens funksjonelle aldersnivå (hold i hånden, trøst).

Samarbeid med pårørende mv. Familie eller nærmeste pårørende kan gjennom sin tilstedeværelse være viktig for å unngå motstand, for eksempel i forbindelse med lege- og

tannlege besøk eller ved innleggelse i helseinstitusjon. Det samme gjelder pleie- og omsorgspersonell som pasienten har tillit til.

Litt om gangen. Der pasienten har motivasjon for å gjennomføre noe av helsehjelpen, men ikke alt på en gang, bør det vurderes om helsehjelpen kan ytes i doser som er tilpasset motivasjonen, i stedet for å gjennomføre hele behandlingen på én gang under tvang.

Tilvenning til helsehjelpen. Gradvis tilvenning (systematisk desensitivisering) til helsehjelpen kan være en løsning der tiden tillater dette. Når det er definert hva pasienten motsetter seg, kan en trinnvis tilvenning iverksettes, der hvert trinn er et skritt nærmere selve behandlingssituasjonen. Eksponeringen på hvert trinn vekker ubehag, men ikke så mye at pasienten yter motstand. Frivillighet på hvert trinn er viktig. Når pasienten har vent seg til eksponeringen, går man videre til neste trinn. Dermed tilvennes pasienten gradvis den behandlingen som han i utgangspunktet motsatte seg. Det er viktig at hvert trinn ikke innebærer større utfordringer enn hva pasienten mestrer.

Vilkår for å yte helsehjelp når pasienten motsetter seg

Av **andre ledd** følger det at dersom pasienten til tross for forsøk med tillitsskapende tiltak, opprettholder sin motstand, kan det være adgang til å gi pasienten helsehjelp dersom vilkårene i loven er oppfylt.

Det presiseres at i tillegg til kravet om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, må alle tre vilkårene i § 4A-3 andre ledd (a, b, c) være oppfylt for at det skal kunne fattes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A.

Andre ledd bokstav a: vesentlig helseskade

Skade på pasienten. Det er et vilkår for å yte helsehjelp etter kapittel 4A, at det kan føre til vesentlig helseskade på pasienten dersom man unnlater å gi helsehjelp. Det blir med andre ord stilt krav til konsekvensene av at helsehjelpen uteblir. Kapittel 4A gir ikke adgang til å yte helsehjelp på grunn av fare for skade på andre enn pasienten¹⁵¹.

Både fysisk og psykisk skade. Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Kapittel 4A kan altså gi adgang til å yte helsehjelp dersom unnlattelse kan føre til vesentlig psykisk helseskade, for eksempel smertetilstander. Det er viktig å være oppmerksom på at kapittel 4 A ikke gir adgang til å gripe inn med helsehjelp for en psykisk lidelse som allerede har oppstått. Dersom hensikten med helsehjelpen, for eksempel er å hindre utviklingen av en allerede eksisterende psykisk lidelse, må helsehjelpen gis etter reglene i psykisk helsevernloven, jf. § 4A-2 andre ledd. Se merknader til denne.

Helseskaden må være vesentlig. Helseskader kan i utgangspunktet være alt fra bagatellmessige til livstruende, men for at det skal kunne iverksettes helsehjelp som pasienten motsetter seg stiller § 4A-3 krav om at den forventede helseskaden må være *vesentlig*. At helseskaden må være *vesentlig*, vil si at den må ha et betydelig omfang og/eller alvorlige konsekvenser.

Kapittel 4A omfatter situasjoner som ikke er så alvorlige eller akutte ("påtrengende nødvendige") at de faller inn under adgangen til å yte øyeblikkelig hjelp etter [helsepersonelloven § 7](#), men der unnlattelse av å yte helsehjelp likevel kan føre til vesentlig helseskade.

Et praktisk eksempel fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen på grensen mellom

¹⁵¹ Ved fare for skade på andre personer eller på gjenstander gjelder [straffeloven §§ 47 og 48](#).

[helsepersonelloven § 7](#) og kapittel 4A, kan være en hjemmeboende pasient som etter hvert forfaller. Under sykebesøk observerer legen avmagring, inkontinens og diaré. Legen mener at det ikke er en øyeblikkelig hjelp-situasjon etter helsepersonelloven § 7, men at det er behov for utredning og behandling. Pasienten vurderes til ikke å være samtykkekompetent og motsetter seg all helsehjelp. Dersom legen etter å ha forsøkt å få pasienten til å ta imot hjelp frivillig, vurderer det slik at manglende behandling kan medføre vesentlig helseskade, kan kapittel 4A åpne for bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelpen.

Begrepet "vesentlig" innebærer at listen skal ligge høyt for bruk av tvang. Det vil likevel være en viss adgang for helsepersonellet til å utøve skjønn. For eksempel *kan* et ubehandlet sår eller et brokk i noen tilfeller føre til vesentlig helseskade dersom lidelsen ikke blir behandlet.

Undersøkelser. Begrepet helsehjelp omfatter ikke bare behandling, men også undersøkelse, se nærmere om helsehjelpen under § 4A-2. Undersøkelse er ofte en forutsetning for å finne ut om det er nødvendig med behandling. Konsekvensene av ikke å undersøke kan være store for pasienten. Dersom det for eksempel ikke er mulig å vinne pasientens tillit for å ta en frivillig blodprøve, kan helsepersonellet med hjemmel § 4A-3 likevel ta prøven hvis de vurderer at det er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade.

Forebygging. Forebyggende behandling kan være nødvendig for å hindre vesentlig helseskade. Behov for slik forebyggende behandling vil særlig kunne være aktuelt innen tannhelsetjenesten. Å unnlate å gi tannbehandling vil kunne føre til forverret tannhelsetilstand og gi vesentlig helseskade. Et praktisk eksempel kan være en pasient som har dårlig munnhygiene, men som fysisk motsetter seg både sjekk av tannstatus og eventuell tannbehandling. For å kunne gjennomføre nødvendige regelmessige undersøkelser på tannklinikken kan det være nødvendig å gi pasienten beroligende middel for at undersøkelsen og behandlingen kan skje på en forsvarlig og minst mulig inngripende måte. Slike tiltak kan omfattes av § 4A-3.

Helsebevaring. Noen former for helsehjelp har ikke som siktemål å helbrede, men å holde pasienten så frisk som mulig og hindre at tilstanden blir verre og forhindre at det oppstår vesentlig helseskade. Slik helsehjelp kan være aktuell for personer med kroniske lidelser, som for eksempel kols, revmatiske sykdommer med mer. For pasienten er det viktig å motta helsehjelp som bidrar til at de kan leve så normalt som mulig. Dersom vilkårene i § 4A-3 for øvrig er oppfylt, vil det være anledning til å gjennomføre helsehjelp med slike helsebevarende formål overfor pasient som motsetter seg dette.

Smertelindring. Videre kan smertefulle tilstander falle inn under begrepet vesentlig helseskader som omfattes av kapittel 4A. Dersom vilkårene for øvrig er oppfylt vil smertelindrende behandling, for eksempel i forbindelse med terminalpleie, kunne skje med hjemmel i kapittel 4A.

Pleie- og omsorg. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal dessuten sikre at pasienter uten samtykkekompetanse får helsehjelp i form av pleie- og omsorg. Pleie og omsorg kan blant annet være tiltak knyttet til personlig hygiene, nærings- og væskeinntak, tilsyn og andre grunnleggende behov.

Hvorvidt unnlatelse av pleie og omsorg, herunder gjennomføring av personlig hygiene vil føre til vesentlig helseskade, vil alltid avhenge av en helhetlig vurdering. Har en person diabetes med tendenser til sårdannelse på føtter og ben, vil stell og hygiene være avgjørende for å hindre forverring av en tilstand som kan ende opp i en vesentlig helseskade. Stell og massasje vil også kunne forebygge trykksår (liggesår) hos personer som på grunn av immobilitet, er utsatt for det. Videre vil manglende vask og stell av personer som er inkontinente kunne føre til vesentlig helseskade. Mangel på regelmessig munnhygiene er et annet eksempel på noe som kan føre til vesentlig helseskade.

Personer som ikke er inkontinente eller ikke har visse andre fysiske sykdommer eller skader, vil sjelden ta skade av ikke å vaske og stelle seg. Det vil vanligvis heller ikke være slik at manglede hårklipp eller barbering fører til vesentlig helseskade.

Når en person ikke har vasket seg eller byttet klær på flere måneder, vil det av naturlige årsaker kunne føre til at omgivelsene reagerer negativt på personen. I bofellesskap eller sykehjem vil det kunne føre til at personene blir sosialt isolert, og det vil være tilfeller hvor det kan hevdes at dette gjør en person deprimert og ensom. Dette vil normalt ikke åpne for tvungen vask, men kan heller brukes i argumentasjonen overfor personen om at vasking er nødvendig.

Avgrensning mot "helseplager". Det kan noen ganger være vanskelig å avgjøre om manglende helsehjelp fører til "helseskade" eller en "helseplage". Ut fra en naturlig forståelse er det likevel ofte slik at helseplager er mer diffuse, og derfor vanskeligere å avgrense i praksis. At unnlatelse av å gi helsehjelp vil kunne føre til helseplager er derfor ikke et selvstendig grunnlag for å yte helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Andre ledd bokstav b: helsehjelpen må anses som nødvendig

I tillegg til kravet om forsvarlig helsehjelp¹⁵² må helsehjelpen anses som *nødvendig*. Hva som er nødvendig, må avgjøres etter en konkret faglig vurdering av det helsemessige behovet til pasienten.

Vilkårene er ikke så strenge som for øyeblikkelig hjelp, der kravet er at helsehjelpen er «påtrengende nødvendig», se [helsepersonelloven § 7](#). Det er naturlig å ta utgangspunkt i begrepet "nødvendig helsehjelp" slik det er forstått i [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b](#), men avgrenset til helsehjelp som er nødvendig for å hindre *vesentlig* helseskade.

Det er ikke et krav etter § 4A-3 at helsehjelpen skal kunne gi fullstendig helbredelse. Helsehjelpen kan derfor bli ansett som nødvendig for å hindre vesentlig *økt* helseskade ved en kronisk sykdom.

Et praktisk eksempel kan være en person med psykisk utviklingshemning som har diabetes, og som er avhengig av insulin flere ganger om dagen. Han setter insulin selv, men må ha bistand eller kontroll av personell. Hjelpen kan oppleves som forstyrrende, og han motsetter seg derfor bistand. Dersom blodsukknivået blir for lavt, kan det oppstå alvorlige skader både akutt og på sikt.

Lagmannsretten vurderte i en dom fra 2010 at tilbakeholdelse i sykehjem var å anse som nødvendig helsehjelp til en KOLS-syk pasient som trengte oksygenbehandling. Pasienten bodde alene og hadde problemer med dosering av oksygentilførselen. Hun var dessuten avhengig av å røyke, noe som innebar at det etter gjeldende regelverk ikke var tillatt å oppbevare nødvendig oksygenutstyr i leiligheten. Løpende tilsyn fra hjemmesykepleie var forsøkt, men fungerte ikke. Retten fant at pasientens omfattende behov for helsehjelp, pleie og omsorg kun lot seg oppfylle på forsvarlig måte ved et fast opphold på et sykehjem eller ved en tilsvarende heldøgns helseinstitusjon.¹⁵³

Tiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelpen

Vilkåret overlapper til dels vilkåret om vesentlig helseskade og nødvendig helsehjelp, men inneholder i tillegg et krav om en forholdsmessighetsvurdering mellom behovet for helsehjelp og tvangen.

¹⁵² Se [helsepersonelloven § 4](#)

¹⁵³ [Gulating lagmannsrett-2010-82289](#)

Selv om det er fare for vesentlig helseskade dersom den nødvendige helsehjelpen ikke blir gitt, må helsepersonellet også vurdere om tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp. Tiltaket må virke klart mer positivt enn de negative konsekvensene av å bruke tvang, før kravet om forholdsmessighet skal anses oppfylt.

Et praktisk eksempel kan være en eldre pasient som blir sendt til tannlege for undersøkelse fordi hun de siste ukene har blitt stadig mer urolig. Det blir konstatert tannrotbetennelse, som trolig gir pasienten sterke smerter. Det er umulig å behandle pasienten uten å bruke tvang. Dersom en tannrotbetennelse ikke blir behandlet, kan den gi vesentlig helseskade. Her må de negative virkningene av tvangstiltaket, for eksempel i form av holding og narkose, veies opp mot de positive virkningene av helsehjelpen.

Lagmannsretten vurderte i en dom fra 2011 at tanntrekking i narkose og i forkant beltelegging for å transportere pasienten til sykehus, måtte anses som tiltak som sto i forhold til behovet for helsehjelpen. Pasienten hadde i en årrekke unngått tannbehandling og hadde pådratt seg infeksjoner i munnhule og kjeve, noe som i seg selv var å betegne som vesentlig helseskade, og som i ytterste fall kunne være dødelig. Sannsynligheten for infeksjonsspredning med fatale konsekvenser ble ansett å være liten, men ved eventuell spredning ville konsekvensene være så fatale at risikoen etter lagmannsrettens vurdering måtte betegnes som reell.¹⁵⁴

Helhetsvurdering

Dersom helsepersonellet konstaterer at vilkårene for tvungen helsehjelp i § 4A-3 **andre ledd** er oppfylt, skal det til slutt foretas en helhetsvurdering. Helsehjelpen kan bare gis når dette etter helhetsvurderingen fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Når pasienten motsetter seg helsehjelp, må terskelen for å yte helsehjelp ligge høyt. Helsepersonellet skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov. Hensynet til medpasienter eller arbeidssituasjonen til helsepersonellet er ikke grunnlag for å gi tvungen helsehjelp.

Helhetsvurderingen må på den ene siden legge vekt på hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett og hans eller hennes subjektive opplevelse av situasjonen. Det klare utgangspunktet i pasient- og brukerrettighetsloven er at pasienten selv skal samtykke til helsehjelp, og at det må være sterke og beskyttelsesverdige grunner for å fravike dette utgangspunktet.

På den andre siden må helhetsvurderingen også legge vekt på hensynet til pasientens objektive behov for helsehjelp. Her er utgangspunktet at helsetjenesten skal sørge for at pasienten får forsvarlig helsehjelp selv om han eller hun motsetter seg helsehjelpen. Motstanden kan ofte være et resultat av at pasienten på grunn av sin tilstand, ikke er i stand til å forstå hvilke helseskader som kan oppstå dersom helsehjelpen ikke blir gitt. Motstanden er derfor ikke nødvendigvis et uttrykk for at pasienten ønsker denne konsekvensen.

Det kan likevel tenkes tilfeller der pasienten har rimelige motforestillinger mot helsehjelpen selv om han eller hun mangler samtykkekompetanse. Pasientens ønsker og synspunkter fra tiden før vedkommende mistet samtykkekompetansen kan være viktige momenter i helhetsvurderingen. Pasienten kan for eksempel den gang ha uttrykt klare motforestillinger mot å ta en bestemt type legemidler.

I **tredje ledd** er det fremhevet to momenter som helsepersonellet særlig skal legge vekt på i

¹⁵⁴ [Borgarting lagmannsrett-2011-37799 \(RG-2011-436\)](#). Denne dommen ble anket inn for Høyesterett, men anken ble ikke tillatt fremmet ([HR-2011-852-U](#)).

helhetsvurderingen.

For det første skal det legges vekt på *graden av motstand*. Selv om vilkårene om vesentlig helseskade og nødvendig helsehjelp anses oppfylt, må behovet for helsehjelpen vurderes opp mot motstanden pasienten gir. Motstand, og særlig en åpenbar og tydelig motstand, må være et sentralt moment i vurderingen. En pasient kan for eksempel yte så sterk motstand at det ikke lenger blir forsvarlig å gi vedkommende helsehjelp.

Ved vurderingen av graden av motstand, bør det også se hen til pasientens evne til å uttrykke motstand. Enkelte pasienter kan av ulike grunner mangle fysisk eller verbal evne til å uttrykke tydelig motstand, men likevel ha sterk motstand mot et inngrep. Her blir kjennskap til pasienten av stor betydning for vurderingen. Det vises også til § 4A-2 og kommentarene til denne.

Videre skal det legges vekt på om det kan forventes at pasienten kan *gjenvinne samtykkekompetansen sin i nær framtid*. I så fall må helsepersonellet vurdere om tilbudet om helsehjelp kan utsettes til pasienten igjen er samtykkekompetent, uten at det oppstår risiko for vesentlig helseskade i mellomtiden. For eksempel kan samtykkekompetansen for mange pasienter med demens variere i løpet av dagen.

§ 4A-4 Gjennomføring av helsehjelpen

Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes.

Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger.

Kommentarer til § 4A-4:

Hva regnes som tvang eller andre tiltak for å omgå motstand?

Det følger av **første ledd** at dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelpen gjennomføres ved tvang eller ved andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Loven spesifiserer ikke uttømmende hvilke tiltak som kan tas i bruk. Det er vanskelig å gi en fullstendig oversikt over tenkelige tiltak. Det avgjørende er en vurdering av hvilket tiltak som vil være minst inngripende i det enkelte tilfelle. Blant annet vil transport til lege, tannlege eller liknende kunne være et aktuelt tiltak dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen og de andre vilkårene i loven er oppfylt.

Noen tiltak blir likevel regnet som så inngripende at de er særskilt omtalt i loven; dette gjelder innleggelse og tilbakeholdelse ved helseinstitusjon, varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak med belter og liknende. Disse omtales nærmere i dette kapitlet. Felles er at disse tiltakene har karakter av alvorlige integritetsinngripende tiltak etter legalitetsprinsippet og internasjonale konvensjoner, forutsetter en uttrykkelig hjemmel før de lovlig kan iverksettes.

I en konkret sak har Helsedirektoratet uttalt at tiltak som går ut på å bane seg adgang til en pasients hjem for å rydde og renovere er et så integritetsinngripende tiltak at det må hjemles eksplisitt. Det ble vist til den Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8 om retten til privatliv og hjem. Etter [EMK artikkel 8 \(2\)](#) kreves det en uttrykkelig lovhjemmel for at det skal kunne gjøres inngrep i denne retten. Tiltaket ble videre vurdert å reise problemer i forhold til straffelovgivningen, da det ikke foreligger hjemmel for helsepersonell til å bane seg adgang til en pasients hjem annet enn i rent nødrettslige tilfeller, dersom pasienten motsetter seg det.¹⁵⁵

Begrepet "tvang" omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten. Eksempler på konkrete tiltak som kan benyttes for at nødvendig helsehjelp skal kunne gjennomføres, er å holde pasienten i armer og ben. Dersom man likevel ikke får undersøkt pasienten, kan beroligende medisin eller narkose være et alternativ. Om pasienten skal få narkose, må vurderes opp mot andre tiltak for å få gjennomført helsehjelpen og de andre vilkårene i loven. Narkose er et alvorlig inngrep, og det skal tungtveiende grunner til for å gi pasienten narkose dersom vedkommende motsetter seg det.

"Andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten" er likestilt med tvang. Med dette menes tiltak som ikke er typiske tvangstiltak, men som brukes for å omgå motstand hos pasienten slik at helsehjelpen kan gjennomføres. Tiltak kan gjennomføres uten at motstanden kommer

¹⁵⁵ [Helsedirektoratets fortolkningssak 1. februar 2010 svar til Helsetilsynet i Østfold jnr. 10/254](#)

til uttrykk. Slike tilfeller omfattes av loven dersom bakgrunnen for at tiltaket blir gjennomført på denne måten, er å omgå motstand, jf. § 4A-3 andre ledd. Et praktisk eksempel er å røre legemiddel inn i syltetøyet til pasienten når helsepersonellet vet at vedkommende kommer til å motsette seg den nødvendige medisineringsen. Det forutsetter at det er forsvarlig å gi legemiddel på denne måten, da enkelte legemidler kan endre virkestoffer dersom de gis på annen måte enn forskrevet. Det vises for øvrig til omtalen av medisineringsen nedenfor. Et annet eksempel kan være bruk av narkose for å unngå at pasienten motsetter seg nødvendig tannbehandling.

Adgangen til å benytte ulike tiltak er avgrenset av vilkårene i loven og lovgivningen ellers. Helsepersonell plikter å utøve sin virksomhet faglig forsvarlig og omsorgsfullt, jf. helsepersonelloven § 4. Bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelp setter særlig store krav til tiltakets faglige og etiske fundament. Kravet om faglig forsvarlighet forutsetter at tiltakene som blir brukt, er alminnelig akseptert i fagmiljøet. Det forutsetter videre kunnskap om virkningen av tiltakene og om eventuelle uheldige konsekvenser av dem. Videre må de som skal gjennomføre tiltakene, mestre den aktuelle tvangsbruken. Det vises i den forbindelse til virksomhetenes ansvar for å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter, jf. [internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten § 4](#). Se for øvrig [helsepersonelloven § 5](#) om bruk av medhjelpere.

Grense for tvang

Ikke alle former for inngrep og påvirkninger kan regnes som tvang selv om pasienten ikke ønsker disse.

For eksempel vil ikke alminnelige oppfordringer og håndledelse eller andre milde fysiske påvirkninger blir ansett som tvang. Alminnelige oppfordringer kan være å overtale pasienten til å motta helsehjelp, muntlig veiledning, forklaringer, motivering og lignende. Andre fysiske påvirkninger kan ha samme formål som verbale anmodninger. Ledelse med hånden er antakelig den mest brukte typen av fysiske påvirkninger. Vanlig ledelse med hånden regnes ikke som tvang.

Dersom det vurderes som nødvendig å ty til kraftigere tiltak i form av holding og lignende for å yte helsehjelpen, må reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A følges.

Trusler eller stemmebruk som er egnet til å skape frykt eller underkastelse, for eksempel slik at pasienten ikke våger å uttrykke sin motstand, er ikke faglig eller etisk forsvarlig og kan ikke anvendes for å gjennomføre helsehjelp som pasienten motsetter seg eller antas å ville motsette seg.

Medisineringsen

Det forekommer at pasienter uten samtykkekompetanse yter motstand mot nødvendig helsehjelp i form av medisineringsen. Ettersom det kan oppleves svært krenkende og opprivende for en pasient å bli tvunget til å ta legemidler ved hjelp av fysisk makt, kan det i noen tilfeller være aktuelt å gi legemidlene ved å skjule dem i pasientens mat. Dersom dette blir gjort for å omgå motstand eller forventet motstand, gjelder kapittel 4A. Medisiner for behandling av psykiske lidelser kan ikke gis med hjemmel i kapittel 4A.

Det er bare adgang til å gi legemidler som er skjult for pasienten, når alternativet er mer belastende for pasienten enn den krenkelse som den skjulte medisineringsen representerer.

I noen tilfelle blir imidlertid legemidler blandet i mat eller drikke fordi pasienten har vansker med å ta legemidler i den formen det har, men uten at vedkommende motsetter seg å bli medisinerert. I denne situasjonen gjelder ikke kapittel 4A. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 følges.

Helsepersonellet må vurdere om det er forsvarlig å endre (knuse, dele eller liknende) legemiddelet. Blant annet må man med hjelp av kvalifisert personell, for eksempel farmasøyt, forsikre seg om at ikke egenskapene til virkestoffene i legemiddelet blir påvirket når formen på legemiddelet endres.

Bruk av reseptpliktig legemiddel regnes som et alvorlig inngrep. I slike tilfeller skal helsepersonellet, i tillegg til å følge alminnelige saksbehandlingsregler, innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om helsehjelp, jf. § 4A-5.

Legemidler kan gis med beroligende eller bedøvende formål, dersom det blir vurdert som nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Legemidler som gis til behandling av psykiske lidelser faller som nevnt utenfor virkeområdet til kapittel 4A. Dersom bruk av psykofarmaka er nødvendig for å få gjennomført undersøkelse av en somatisk lidelse, vil dette som utgangspunkt være innenfor rammen av de tiltak som er tillatte. Helsedirektoratet har vurdert problemstillingen og presiserer at det er en forutsetning at bruk av psykofarmaka kun skjer med det formål å få gjennomført undersøkelsen av den somatiske lidelsen. Så snart denne er gjennomført, må medisineringsen opphøre. Å fortsette bruk av psykofarmaka etter at undersøkelsen er gjennomført, og uten pasientens samtykke, for å behandle vedkommendes psykose, vil være i strid med § 4 A-2 andre ledd.¹⁵⁶

Et annet eksempel på at legemidler kan gis med beroligende eller bedøvende formål kan være bruk av narkose i forbindelse med tannbehandling. Det understrekes at bruk av narkose alltid er et alvorlig inngrep.

Pasienten skal som hovedregel informeres om alle vedtak. For å unngå at vedtak om helsehjelp ikke kan gjennomføres fordi pasienten ellers ville motsatt seg helsehjelpen, er det adgang til å gjøre unntak fra informasjonskravet, jf. § 4A-6. Et eksempel på dette kan være legemidler som blir skjult i maten.

Innleggelse og tilbakeholdelse

Andre ledd i § 4A- 4 åpner for at en pasient kan innlegges i eller holdes tilbake i helseinstitusjon dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Med helseinstitusjon menes helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, herunder spesialiserte helseinstitusjoner (medregnet sykehus) og sykehjem.

Omsorgsboliger er ikke omfattet av begrepet "helseinstitusjon".¹⁵⁷ Innleggelse og tilbakeholdelse som pasienten motsetter seg, kan derfor ikke skje i slike bo- og tjenestetilbud. Omsorgsbolig kan omorganiseres til helseinstitusjon under forutsetning av kravene til helseinstitusjon oppfylles og regelverket for disse følges.¹⁵⁸

Når loven skiller mellom "innleggelse" og "tilbakeholdelse" er hensikten å unngå at det blir truffet mer inngripende vedtak enn nødvendig i det konkrete tilfellet. For eksempel vil ikke innleggelse uten motstand være ensbetydende med at det ikke er behov for vedtak om tilbakeholdelse på et senere tidspunkt. Et vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 andre ledd må presisere hvilke gjennomføringstiltak helsehjelpen omfatter.

Vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, omfatter *ikke* andre tvangstiltak. Dersom det er behov for å bruke annen tvang for å gjennomføre helsehjelp under oppholdet i helseinstitusjonen, for eksempel tvungen medisinerings eller varslings- og lokaliseringssystem, må det treffes særskilt vedtak om dette.

¹⁵⁶ Se også Helsedirektoratets [brev 25. mars 2009](#) jnr. 09/1654

¹⁵⁷ Forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 2, if. § 1.

¹⁵⁸ Helsedirektoratets [brev 2. november 2012](#) til fylkesmannen i Østfold jnr. 12/8093

Nærmere om innleggelse

Når det treffes vedtak om helsehjelp, må helsepersonellet vurdere hvilke tiltak som skal brukes, for eksempel om det er nødvendig med innleggelse i helseinstitusjon.¹⁵⁹ I noen tilfeller er innleggelse en forutsetning for at helsepersonell skal kunne undersøke pasienten, behandle vedkommende eller gi annen helsehjelp.¹⁶⁰

Når det ikke lenger er mulig å gi forsvarlig helsehjelp i hjemmet, er det verken faglig eller etisk tilrådelig å vente med å legge inn en klart behandlings- og omsorgstrengende person til vilkårene for øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7 er oppfylt. På samme måten kan det være uheldig at en pasient må skrives ut igjen med en gang den akutte nødssituasjonen er over.

Utgangspunktet for en innleggelse er som oftest en søknad fra nærmeste pårørende. Det presiseres i denne sammenhengen at kapittel 4A ikke gir adgang til å flytte «plagsomme» personer fra hjemmet til en institusjon av hensyn til naboer og pårørende.

En pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg innleggelse, kan bare legges inn i helseinstitusjon når dette ut fra pasientens tilstand og behov vurderes å være den klart beste løsningen. Andre løsninger skal være utredet og vurdert før det treffes vedtak om innleggelse som pasienten motsetter seg. Det må for eksempel vurderes om pasienten har behov for et spesialisert tilbud innenfor psykisk helsevern, eller om det heller bør satses på et utvidet tilbud av hjemmetjenester. Det konkrete institusjonstilbudet må også vurderes.

Nærmere om tilbakeholdelse, herunder låsesystem

Det er i første rekke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og særlig i tjenesteytelse til personer med demens, det er behov for rettslig regulering av tilbakeholdelse. En typisk situasjon er at pasienten på grunn av desorientering og hukommelsessvikt forviller seg ut med fare for å bli alvorlig skadet i trafikken. Et annet eksempel er at pasienten kan komme alvorlig til skade eller miste livet, fordi vedkommende ikke er i stand til å finne veien tilbake til institusjonen eller oppsøke hjelp.

Det sentrale i begrepet "tilbakeholdelse" er om pasienten blir hindret i å forlate institusjonen, ikke først og fremst hvordan det blir gjort. Det er altså ikke avgjørende om man for eksempel låser døren med nøkkel, installerer skjulte eller kompliserte kodelåser, bruker elektronisk utstyr som automatisk låser dørene for visse pasienter, eller om personellet selv stopper i døren. Reglene skal følges uavhengig av virkemiddel. Det er imidlertid en forutsetning at det virkemiddelet som er det minst inngripende for pasienten benyttes. Reglene kommer også til anvendelse der hvor pasienten ikke er i stand til å yte fysisk motstand mot å være på institusjonen, men på annet vis uttrykker at vedkommende ikke vil være der. Spørsmålet om innleggelse og tilbakeholdelse mot pasientens vilje er behandlet i tre ulike rettsavgjørelser.¹⁶¹

I enkelte tilfeller kan bruk av varslingsystem som er knyttet til utgangsdør være det minst inngripende tiltaket for å holde tilbake en pasient/ hindre en pasient å forville seg ut uten tilsyn. Dette er det adgang til etter kapittel 4A, jf. nærmere omtale av varslings- og lokaliseringssystem i tredje ledd nedenfor. Det er bare utgangsdører og dører mellom avdelinger som kan holdes låste. Pasienter kan ikke holdes tilbake (isoleres) på egne rom.

¹⁵⁹ Vedtakskompetanse ved innleggelse i sykehjem, se [Helsedirektoratets brev 25. november 2008](#) til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 08/10268 og Helsedirektoratets brev [17. desember 2009](#) til Fylkesmannen i Oslo og Akershus jnr. 09/7634

¹⁶⁰ Ved spørsmål om vedtakskompetanse ved innleggelse i sykehjem, se Helsedirektoratets brev jnr. [brev 25. november 2008](#) til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 08/10268 og [17. desember 2009](#) til Fylkesmannen i Oslo og Akershus jnr. 09/7634

¹⁶¹ [Gulating lagmannsrett-2010-82289](#), Stavanger tingrett 11-094856 og Sør-Trøndelag tingrett 12-163570

Vedtak om helsehjelp som omfatter tilbakeholdelse, må treffes for den enkelte beboer. Det kan for eksempel ikke treffes et generelt vedtak om at dørene på et sykehjem eller en avdeling skal være låst. Men utgangshindrende tiltak kan få virkning for flere pasienter. Praktiske hensyn tilsier at det bør være adgang til å iverksette tiltak med en slik generell virkning. Det er likevel viktig at dette ikke blir brukt til å holde tilbake pasienter som det ikke er truffet tilbakeholdelsesvedtak overfor. Disse pasientene må sikres fri utgang ved bruk av nøkkel, kodekort eller liknende. Dersom det ikke lar seg gjøre, må man finne andre måter å holde den aktuelle beboeren tilbake på, for eksempel tettere oppfølging fra personalet.

Før vedtak om tilbakeholdelse fattes, skal andre tiltak være forsøkt. Når en pasient vandrer rundt eller ønsker å forlate institusjonen, kan dette skyldes dårlig tilrettelagt miljø eller mangel på meningsfull aktivitet, for eksempel for lite mosjon og frisk luft.

En pasient må ikke holdes tilbake i større grad enn det formålet med tilbakeholdelsen tilsier.

Bevegelseshindrende tiltak

Tredje ledd i § 4A- 4 åpner for at bevegelseshindrende tiltak kan brukes dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

[Sykehjemsforskriften § 3-3](#) gir hjemmel til bruk av beskyttelsestiltak ved behov for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere. Bestemmelsen i sykehjemsforskriften åpner ikke for bruk av tvangstiltak. I forarbeidene til kapittel 4A presiseres det at kapittelet i all hovedsak dekker de vernetiltakene som er omtalt i sykehjemsforskriften § 3-3, men til forskjell fra sykehjemsforskriften gir ikke kapittel 4A adgang til å fatte vedtak om tiltak for å ta vare på *andre* beboere ved et sykehjem. Andre personer kan sikres gjennom forebygging og tilrettelegging uten bruk av tiltak som pasienten motsetter seg¹⁶².

Vilkårene i § 4A-3 forplikter helsetjenesten til å legge tjenestene og institusjonen/boligen til rette på en slik måte at bevegelseshindrende tiltak ikke må brukes i større utstrekning enn nødvendig. Undersøkelser viser at slike tiltak ikke nødvendigvis hindrer skade. Enkelte studier viser faktisk at bevegelseshindrende tiltak kan øke skadefrekvensen.

Eksempel på bevegelseshindrende tiltak er bruk av stol- eller sengebelte og bord foran stoler. Bilbelte i forbindelse med transport av pasient til det sted der vedkommende skal motta helsehjelp, kan være et annet eksempel. I den grad bruk av sengehest er bevegelseshindrende for den enkelte, blir dette tiltaket også omfattet av kapittel 4A. Regelen vil ha betydning for personer som i tillegg til å mangle samtykkekompetanse, er sterkt fysisk svekket.

Et eksempel er pasienten som nylig har brukket benet. På grunn av demens er han ikke i stand til å ta vare på seg selv og forstå konsekvensene av det å reise seg. Hvis han reiser seg, kan han pådra seg nytt brudd som kan være fatalt. Pasienten har også belte for å hindre at han faller ut av sengen. Han er en del urolig og han tåler beroligende legemiddel svært dårlig. I stedet for å ligge utslått av medisin, har han lange perioder hvor han har glede av å sitte oppe selv om han er bundet fast.

Adgangen til å bruke bevegelseshindrende tiltak som ledd i helsehjelpen er ikke avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel institusjon. Det er likevel ikke faglig forsvarlig å bruke slike tiltak når det ikke er helsepersonell like ved som kan gi nødvendig tilsyn.

Regelen gir ikke adgang til å bruke bevegelseshindrende tiltak for å redusere mobiliteten når

¹⁶² [Ot.prp. nr. 64 \(2005-2006\) Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova \(helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse\)](#)

pasienten er aggressiv eller på annen måte kan oppleves som plagsom, jf. at det er et vilkår at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for *pasienten* selv. Dersom pasienten er til fare for *andre* kan det etter omstendighetene være aktuelt å anvende [straffeloven §§ 47 og 48](#) (nødrett og nødverge).

Varslings- og lokaliseringssystem

Videre åpner **4A-4 tredje ledd** for bruk av varslings- og lokaliseringssystem med tekniske innretninger for å gjennomføre nødvendig helsehjelp dersom vilkårene for bruk av tvang ellers er oppfylt. Det vil særlig være aktuelt å bruke varslings- og lokaliseringssystem i forbindelse med tilbakeholdelse, og som et mindre inngripende alternativ til bruk av bevegelseshindrende tiltak. Bruk av slike system kan likevel være svært inngripende og må ikke krenke den enkeltes menneskeverd ved unødig overvåking.

Formålet med å bruke teknisk utstyr skal ikke være å erstatte nødvendig personlig hjelp. Hensynet til den fysiske og psykiske integriteten til den enkelte må vektlegges her som ellers. Det er pasientens behov for tilsyn og hjelp som avgjør om slikt utstyr skal brukes, og ikke tjenesteapparatets behov for å spare penger, effektivisere eller liknende.

Adgangen til å bruke varslings- og lokaliseringssystem gjelder på alle tjenestenivåer og er ikke avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel institusjon. Formålet med bruk av teknologien, for eksempel å varsle personell, vil imidlertid kunne innebære at det bare er aktuelt å vurdere slike tiltak når det er helse- og omsorgspersonell like i nærheten.

Det presiseres at [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) på sitt område (helse- og omsorgstjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6](#) til personer med psykisk utviklingshemming) går foran reglene i kapittel 4A. Dette dreier seg om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og avlastningstiltak. Vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringssystem i forbindelse med tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede i slike helse- og omsorgssituasjoner, skal altså fattes etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og ikke i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Varslingssystem med teknisk utstyr omfatter både mekanisk og elektronisk utstyr. En varsling er et advarende signal. Et varslingssystem er i denne sammenhengen en innretning for å varsle helsepersonell (eventuelt også pasienten) om at en situasjon av en eller annen grunn er endret, slik at det foreligger et behov for omsorg. Varslingssystem dekker også alarmsystem.

Varslingssystemer kan videre være medisinsk overvåkingssystemer som ved varsling krever oppfølging som medisinerings eller tilsvarende. Eksempler kan være hjerteovervåkingsutstyr, oksygenmålere og enkelte epilepsialarmer.

Med lokaliseringssystem menes teknologi som kan beregne og opplyse om pasientens geografiske posisjon og som tas i bruk for å hindre skade. Eksempel på varslings- og lokaliseringssystem som omfattes, er døråpneralarmer, passeringsalarmer, fallalarmer og GPS. Eksemplene er ikke uttømmende.

Hjemmelen for å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi er ment å være teknologinøytral. Den utelukker ikke bruk av lyd eller bilde dersom lovens vilkår forøvrig er oppfylt. Dette vil kunne være aktuelt for å opprette kontakt når pasienten har blitt borte eller i en annen akutt situasjon. Hjemmelen gir imidlertid ikke adgang til kontinuerlig observasjon eller overvåking med lyd eller bilde.

Motstand fra pasienten er en forutsetning for at kapittel 4A skal komme til anvendelse. Dersom pasienten ikke motsetter seg, vil riktig hjemmel for å iverksette bruk av varsling- og

lokaliseringsutstyr være pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. Kapittel 4A omfatter også ventet motstand, jf. § 4A-3 andre ledd. Det er grunn til å være særlig oppmerksom på dette i forbindelse med bruk av varslings- og lokaliseringssystem, da disse tiltakene sjelden vil være synlig for den enkelte pasient. Av den grunn har pasienten heller ingen foranledning til å motsette seg tiltaket. Det må derfor undersøkes og vurderes hva pasient ville ha ønsket dersom vedkommende hadde oppfattet at utstyret ble brukt og forstått konsekvensene. Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten vil motsette seg bruk av varslings eller lokaliseringsteknologi, bør de særlige saksbehandlingsreglene i kapittel 4A legges til grunn, og ikke reglene i § 4-6a.

I den konkrete vurderingen av om varslings- og lokaliseringsteknologi skal anvendes overfor pasient som motsetter seg bruken, må det vurderes om den er egnet til å hindre vesentlig helseskade. I forbindelse med bruk av lokaliseringsteknologi vil den enkelte pasientens evne til å ferdes trygt utendørs og i trafikken og teknologiens pålitelighet være sentrale hensyn. Også helse- og omsorgstjenestens mulighet for opplæring og oppfølging av personellet knyttet til den konkrete teknologiske løsningen må vurderes. Det er videre nødvendig å ha beredskap for å kunne innhente pasienten i en situasjon der varslings- og lokaliseringsteknologien indikere at pasienten er i en situasjon som kan føre til vesentlig helseskade.

Det er også et krav at helsehjelpen, dvs. bruken av teknologien faktisk er nødvendig, og at bruken står i forhold til pasientens behov for helsehjelp. Det må blant annet sikres at systemene ikke er mer inngripende enn det som er nødvendig for å yte hjelpen. I mange tilfeller kan andre, mindre inngripende tiltak oppfylle behovet. For eksempel kan tilrettelegging av aktivitetstilbud i en institusjon være tilstrekkelig til at en pasient ikke forlater institusjonen, og at det følgelig ikke er nødvendig å ta i bruk lokaliseringsutstyr.

Gjennomføring og fortløpende vurdering

Av **fjerde ledd** fremgår det at tvangstiltak og andre tiltak for å gjennomføre helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks dersom vilkårene i loven ikke lenger er oppfylt. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg ikke å ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger. For å unngå vedtak om tidsubestemt helsehjelp og sikre at det også blir gjennomført en ny formell saksbehandling etter visse intervall, kan vedtak bare fattes for inntil ett år om gangen, jf. § 4A-5 første ledd.

En pasient skal for eksempel ikke underlegges helsehjelp som fører til «evigvarende» medisiner. Det må kontinuerlig vurderes om behandlingen har hatt tiltenkt virkning, slik at videre medisiner ikke lenger er nødvendig. Dette er spesielt viktig i situasjoner der legemidler blir gitt uten at pasienten vet om det fordi man forventer motstand dersom pasienten blir gjort kjent med helsehjelpen.

Dersom helsehjelpen ikke lenger er nødvendig, skal den straks opphøre. Helsepersonellet skal fortløpende vurdere om tvang kan unngås ved bruk av tillitsskapende tiltak.

§ 4A-5 Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen.

Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal det treffes vedtak av helsepersonell som nevnt i første ledd, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. I vurderingen av hva som er et alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand. Dersom pasienten motsetter seg at helsehjelpen blir gjennomført ved innleggelse eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon, eller motsetter seg bruk av bevegelseshindrende tiltak, skal det alltid regnes som alvorlig inngrep.

Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette.

Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak etter § 4A-5 første og annet ledd treffes.

Kommentarer til § 4A-5:

Det må stilles strenge krav til saksbehandlingen ved bruk av tvang. De særskilte saksbehandlingsreglene i kapittel 4A skal sikre at vilkårene i loven er oppfylt før helsehjelpen gis og under ytelse av helsehjelpen. Reglene skal også bidra til at pasienten faktisk får den helsehjelpen han eller hun har behov for og på det rette tidspunktet.

For øvrig gjelder forvaltningsloven så langt den passer for vedtak om tvang etter § 4A-5, jf. § 4A-9. Det er først og fremst regelen om at saken skal være så godt opplyst som mulig, samt reglene omkring vedtakets form og innhold som er aktuelt og vil bli behandlet nedenfor her og i merknaden til § 4A-9.

Hvem kan treffe vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A?

Det følger av **første ledd** at det er helsepersonell¹⁶³ som er ansvarlig for helsehjelpen som skal treffe et eventuelt vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg (vedtak om tvungen helsehjelp).

Det er som oftest en lege eller tannlege som er ansvarlig for helsehjelpen ettersom helsehjelpen gjerne dreier seg om medisinske eller odontologiske vurderinger. Det kan likevel ikke utelukkes at også annet helsepersonell enn lege eller tannlege kan være ansvarlig for helsehjelpen. Det kan blant annet være tilfellet der sykepleier eller hjelpepleier er ansvarlig for helsehjelp i forbindelse med for eksempel pleie- og omsorgstjenester.¹⁶⁴

[Helsepersonelloven § 4](#) pålegger helsepersonell plikt til å utføre arbeidet i samsvar med kravet om å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Hva som er forsvarlig avhenger av kvalifikasjonene til helsepersonellet, hvilke type helsehjelp og situasjonen ellers. Kravene i helsepersonelloven § 4 åpner for at flere yrkesgrupper vil kunne anses som kvalifiserte til å være ansvarlig for helsehjelpen og derved kunne treffe vedtak om tvang. Hvem som skal regnes som kvalifisert, må derfor vurderes i det enkelte tilfelle.

Forsvarlighetskravet innebærer at helsepersonellet som fatter vedtak, må være i stand til å

¹⁶³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav e, jf. [helsepersonelloven § 3](#).

¹⁶⁴ Helsedirektoratet har uttalt seg om dette i flere fortolkningssaker, se brev 7. oktober 2008 til Fylkesmannen i Oslo og Akershus (jnr. 08/9225), [brev av 19. november 2008](#) til Fylkesmannen i Møre og Romsdal (jnr. 08/10780), [brev 9. juni 2009](#) til Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (jnr. 09/3049) og brev [13. november 2012](#) til Fylkesmannen i Hedmark (jnr. 12/9097).

vurdere alle konsekvenser av tvangstiltaket, og innhente bistand der det er nødvendig. Pasienten kan for eksempel ha en grunnlidelse som kan gi bruken av tvang utilsiktede følger. Eksempel på dette kan være pasienter som bruker blodfortynnende legemidler og som kan risikere blødninger ved bruk av tvang. Et annet eksempel kan være bruk av remmer som kan gi pasienter trykksår eller risiko for blodpropp. Bruk av tvang kan videre medføre fare for bruddskader der pasienten har osteoporose. Videre kan legemidler endre farmakologiske egenskaper dersom de blir administrert på annen måte enn ordinert. Pasientens behov kan derfor tilsa at flere fagpersoner arbeider sammen for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Det er likevel viktig at det kun er en vedtaksansvarlig, de øvrige vil da være annet kvalifisert helsepersonell, jf. § 4A-5 annet ledd som vedtaksansvarlig rådfører seg med. Det skal fremgå av virksomhetens internkontrollsystem hvem som har ansvar, oppgaver og myndighet etter regelverket, jf. [internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav a.](#)

Det følger for øvrig av [helsepersonelloven § 16](#) om organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Tilsvarende plikt følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav c.](#)

Kompetanse til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp kan ikke legges til den som kun har en administrativ funksjon i en virksomhet. I noen kommuner er det innført en bestiller/utfører-modell. Bestillerenheten kan ikke fatte vedtak om tvang etter kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette følger av kravet om at det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen, også skal fatte vedtak om tvang for å gjennomføre helsehjelp. Det er imidlertid slik at vedtak om nødvendig helsehjelp i form av hjemmesykepleie og vedtak om tildeling av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie treffes av den (person/instans) i kommunen som ellers har kompetanse til å treffe slike vedtak. I noen kommuner er (det faglige og formelle) ansvaret for å treffe vedtak lagt til bestillerenheten i kommunen. Det vil derfor være nødvendig å samordne vedtak om tvang med vedtak om helsehjelp¹⁶⁵.

Bruk av medhjelpere

Det er en forutsetning at helsehjelpen blir utført av helsepersonell, jf. § 4A-2.¹⁶⁶ I mange tilfeller er det den som har truffet vedtaket om tvungen helsehjelp, som gjennomfører det. Dette er for eksempel tilfellet når en tannlege som har bestemt at det ikke er forsvarlig å gi tannbehandling uten bedøvelse, også er den som gir pasienten sprøyten med bedøvelse. Men dette er ikke alltid praktisk mulig og gjennomføringen blir da delegert til andre, jf. [helsepersonelloven § 5](#). Helsepersonell kan overlate visse oppgaver til annet personell dersom det er forsvarlig ut fra oppgavetypen, kvalifikasjonene til personellet og oppfølgingen som blir gitt.

Når helsehjelpen skal gjennomføres ved tvangstiltak, er det ikke forsvarlig å overlate oppgaven til andre enn helsepersonell. Den som treffer selve vedtaket om at helsehjelpen skal gis, må i et hvert enkelt tilfelle vurdere hvem som har nødvendig kvalifikasjoner til å utføre tiltaket på en faglig forsvarlig og hensiktsmessig måte. Vanligvis er det personell med autorisasjon som har de nødvendige faglige kvalifikasjoner for oppgaver som krever særlig kompetanse.

Det må ved tildeling av oppgaver til andre gis nødvendige instruksjoner og føres et visst tilsyn med vedkommende (løpende kontroll). Dette innebærer at ansvarlig helsepersonell er tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis.¹⁶⁷

¹⁶⁵ Helsedirektoratet har drøftet problemstillingen i fortolkningssak med jnr.: [09/7634](#)

¹⁶⁶ For en nærmere omtale av begrepet helsepersonell vises til [rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer](#)

¹⁶⁷ For en nærmere omtale av bruken av medhjelpere ved ytelse av helsehjelp vises til rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer.

Vedtaksansvar når flere virksomheter er involvert i ytelsen av helsehjelpen¹⁶⁸

I en del tilfeller henvises pasienter, f.eks. fra fastlege, tannlege eller tilsynslege, til røntgeninstitutt eller helseforetak for undersøkelser eller behandling.

Regelen er også i slike tilfeller at den som er ansvarlig for å yte hjelpen skal vurdere om vilkårene for tvang er til stede og fatte eventuelt vedtak. Det er altså ikke den henvisende instansen som skal fatte vedtaket. Hensikten er å sikre klare ansvarsforhold, der det helsepersonell og den virksomhet som yter helsehjelpen står ansvarlig for at vedtak fattes og helsehjelpen gjennomføres på forsvarlig grunnlag.

I de tilfeller der den som er ansvarlig for å yte helsehjelpen bare sporadisk møter pasienten, og ikke har tilstrekkelig forutsetninger for å vurdere om vilkårene for tvang er oppfylt, er det nødvendig med et samarbeid med henvisende helsepersonell når vilkårene skal vurderes og vedtaket utformes.

Krav til forsvarlig yrkesutøvelse tilsier at henvisende helsepersonell informerer om at pasienten vurderes å mangle samtykkekompetanse og antas å ville motsette seg nødvendig helsehjelp. Henvisende helsepersonell bør på eget initiativ gi nødvendig informasjon og vurderinger slik at ansvarlig instans kan fatte et korrekt vedtak og utføre forsvarlig helsehjelp.

I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å gjennomføre premedisinering og transport til helseforetak osv. under tvang. Dersom henvisende helsepersonell er faglig ansvarlig for gjennomføringen av dette, er det vedkommende som fatter tvangsvedtaket for denne delen av helsehjelpen. Ansvarlig helsepersonell i helseforetaket mv. må fatte vedtak for den delen av helsehjelpen som denne er ansvarlig for. Dette innebærer at det i slike tilfeller må fattes to vedtak. Forsvarlighetskravet tilsier at henvisende helsepersonell og ansvarlig helsepersonell ved helseforetaket mv. rådfører seg med hverandre og samarbeider tett om vedtakene.

Hvor lenge kan et vedtak gjelde - § 4A-5 første ledd andre setning?

I de fleste tilfeller vil det være aktuelt å treffe vedtak om helsehjelp som er relativt kortvarig. Bare i unntakstilfelle bør det treffes vedtak for lengre perioder. I enkelte situasjoner kan det likevel være formålstjenlig å treffe vedtak som strekker seg over tid. Det er mest aktuelt for pleie- og omsorgstjenester i kommunen.

Helsepersonell skal fortløpende vurdere om tvang kan unngås gjennom tillitsskapende tiltak. Dersom helsehjelpen ikke lenger er nødvendig, skal den straks avsluttes. Se for øvrig kommentarene til § 4A-4 siste ledd.

I vurderingen skal alltid hensynet til pasienten ha avgjørende vekt. Behovet for helsehjelpen kan være relativt stabilt for enkelte pasienter. I en del tilfelle er det nokså sikkert at pasienten ikke kommer til å endre atferd, men fremdeles vil motsette seg nødvendig helsehjelp og dermed utsette seg selv for vesentlig helseskade. I slike situasjoner kan vedtak som er mer langvarige skape større stabilitet og forutsigbarhet og være mer hensynsfullt overfor pasienten. Det kan for eksempel være vedtak som innebærer bruk av belte og sengehest for å hindre fall eller regelmessig munnhygiene for å hindre ødeleggende tannskader.

Vedtak om tvungen helsehjelp kan bare treffes for inntil ett år av gangen.

¹⁶⁸ Helse- og omsorgsdepartementets brev av [19. august 2011](#) og [1. mars 2012](#) til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har avgitt flere tolkningsuttalelser om spørsmålet, se bl.a. brev [25. november 2008 til Fylkesmannen i Hedmark jnr. 08/10268](#), [14. desember 2009 til Fylkesmannen i Sør-Trøndelag jnr. 09/7020](#), [17. desember 2009 til fylkesmannen i Oslo og Akershus jnr. 09/7634](#) og [30. august 2012 til Den norske legeforening jnr. 12/6618](#).

Særlige regler ved helsehjelp som innebærer alvorlig inngrep for pasienten

Samråd med annet kvalifisert helsepersonell

Det følger av **andre ledd** at vedtak om tvungen helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Plikten til å konsultere annet kvalifisert helsepersonell i slike tilfeller er ment å skulle kvalitetssikre vedtak om helsehjelp til en pasient som motsetter seg hjelpen. Helsepersonell som kjenner pasienten og situasjonen til pasienten godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen av om det skal gis helsehjelpen. Rent praktisk vil det si at helsepersonellet som har daglig kontakt med pasienten, for eksempel sykepleieren eller hjelpepleieren, kan være den som det er best å rådføre seg med før vedtaket fattes.

Det kan oppstå situasjoner der helsepersonell er uenig om pasienten skal få helsehjelp. I slike situasjoner er det naturlig at helsepersonellet søker råd hos ytterligere kvalifisert helsepersonell før det treffes et endelig vedtak, selv om dette ikke er tatt med som et uttrykkelig vilkår i § 4A-5. Når helsepersonellet får et råd fra annet kvalifisert helsepersonell, skal det journalføres.¹⁶⁹

Hva er et alvorlig inngrep?

Når helsepersonell vurderer om det er et alvorlig inngrep, jf. **andre ledd andre og tredje setning**, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen eller bruk av reseptpliktige legemidler, samt til graden av motstand. Dersom pasienten tilkjennegir sterk grad av motstand, tilsier det at vedtaket treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Det å bli lagt inn på helseinstitusjon, bli holdt tilbake der eller bli utsatt for bevegelseshindrende tiltak tross motstand, skal alltid regnes som alvorlige inngrep. Disse tiltakene vil i de fleste tilfeller oppleves som ekstra belastende og inngripende, noe som i seg selv tilsier at det skal legges strengere regler til grunn for vedtakene. Hva som regnes som bevegelseshindrende tiltak omtales nærmere under kommentaren til § 4A-4 tredje ledd.

Alternativene er ikke uttømmende, men retningsgivende for hvilke momenter som bør være med når helsepersonellet vurderer om helsehjelpen skal regnes som alvorlig inngrep eller ikke.

Hvilke tiltak omfattes av vedtaket - § 4A-5 tredje ledd?

Vedtakene kan være mer eller mindre omfattende. Noen vedtak har en kompleks behandling med mange ulike elementer som formål. Andre vedtak har pleie og omsorg som hovedformål.

Vedtaket om tvungen helsehjelp må omfatte alle tiltak som er nødvendig for å iverksette og gjennomføre helsehjelpen. Det er imidlertid viktig at det ikke legges opp til feil bruk av ressurser og unødig omfattende saksbehandling. Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter derfor den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Eksempelvis vil et vedtak om operasjon som pasienten motsetter seg, også omfatte alle de tiltakene som er nødvendige for å kunne gjennomføre inngrepet. Det samme gjelder i forhold til den pleie og omsorg som er nødvendig etter at operasjonen er gjennomført.

Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette. For noen pasienter kan den primære helsehjelpen bestå i pleie og omsorg. Det må da treffes selvstendige vedtak om dette dersom pasienten motsetter seg slik pleie- og omsorg.

¹⁶⁹ [Helsepersonelloven §§ 39 og 40](#) og [journalforskriften § 8](#).

Innhenting av informasjon fra pasientens nærmeste pårørende

Før det blir truffet vedtak om helsehjelp, skal det der det er mulig innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket seg, jf. **siste ledd** i § 4A-5. Det kan imidlertid være situasjoner der det ikke er tid til å innhente informasjon eller at nærmeste pårørende ikke ønsker å gi informasjon.

Med pasientens nærmeste pårørende menes den pasienten oppgir som nærmeste pårørende, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#). Se nærmere omtale i kommentaren til bestemmelsen.

Pasientens nærmeste pårørende vet i mange tilfeller hvilke behov pasienten har og kjenner eventuelle ønsker eller motforestillinger pasienten måtte ha mot ulike typer helsehjelp. For pasienter mellom 16 og 18 år vil den eller de med foreldreansvaret være en god kilde til informasjon om sitt barn. Det kan være ulike årsaker til at pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelp som ut i fra en medisinskfaglig vurdering er nødvendig. For eksempel kan det komme av at pasienten føler generell angst. Det kan også være bakenforliggende årsaker som virker irrasjonelle for andre.

Dette kan være en del av personligheten til pasienten og er ikke nødvendigvis knyttet til årsaken til den manglende samtykkekompetansen. Eksempel på det siste er personer som alltid har mislikt tannlegebesøk, og som også før samtykkekompetansen falt bort, ville unngått et tannlegebesøk i det lengste. Slike forhold bør tas med i den samlede vurderingen. I slike tilfeller blir informasjonen fra nærmeste pårørende særlig sentral.

Dersom pasienten ikke kan ta vare på sine egne interesser, har de nærmeste pårørende til pasienten rett til nødvendig informasjon som gjør det mulig å få innsikt i helsetilstanden til pasienten og innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd. Nærmeste pårørende har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 også rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen dersom pasienten mangler samtykkekompetanse.

Dersom pasienten ikke har oppgitt hvem som er nærmeste pårørende eller det ikke finnes familiemedlemmer som kan ivareta rollen, kan det bli nødvendig å oppnevne verge.¹⁷⁰

Dokumentasjonsplikt og krav til saksbehandlingen

Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg, skal dokumenteres i pasientens journal.

Helsepersonell plikter å føre journal.¹⁷¹ Den som yter helsehjelp, skal skrive ned eller registrere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient. Det skal være en fortløpende dokumentasjon, og hvert tiltak og hver gjennomføring av tiltaket skal dokumenteres. Det må også fremgå hvilke tillitsskapende tiltak som har vært prøvd.

Dokumentasjonsplikten skal bidra til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og gi mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt.

Dokumentasjonsplikten er spesifisert både i helsepersonelloven og journalforskriften. Hva journalen skal inneholde, går fram av [§ 8 i forskriften](#). Blant annet skal man registrere avgjørelsen om at pasienten ikke har samtykkekompetanse, hvem som samtykker på vegne av pasienten, og om pasienten har motsatt seg helsehjelpen.

¹⁷⁰ Oppnevning av verge skjer etter reglene i [vergemålsloven](#)

¹⁷¹ [Helsepersonelloven §§ 39 og 40](#) og [journalforskriften § 8](#).

Relevante bestemmelser i [forvaltningsloven](#)

Reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven gjelder for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A så langt de passer, jf. § 4A-9. De mest relevante bestemmelsene om saksforberedelse og vedtak omtales nedenfor.

Forhåndsvarsel. [Forvaltningsloven § 16](#) gir rett til forhåndsvarsel. Blant annet skal parten, dvs. pasienten, og/eller vedkommendes eventuelle fullmektig gis anledning til å uttale seg innen en nærmere angitt frist. Hvis det er oppnevnt verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området¹⁷² skal vedkommende ha forhåndsvarsel. Hovedregelen er at forhåndsvarselet skal være skriftlig, samt gjøre rede for hva saken gjelder og inneholde det som anses påkrevd for at parten kan ivareta sin sak.

Forhåndsvarsel kan blant annet unnlates dersom det ikke er praktisk mulig eller det vil medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres, eller at parten på annen måte har fått kjennskap til at vedtak skal treffes og har hatt foranledning til å uttale seg, jf. [forvaltningsloven § 16 andre ledd bokstav c](#).

Pasientens nærmeste pårørende vil ofte være orientert i forbindelse med at det er innhentet informasjon som grunnlag for vedtak om tvang. Dersom nærmeste pårørende i slike tilfeller også er pasientens rettmessig oppnevnte representant (fullmektig, fremtidsfullmektig), vil det i slike tilfeller ikke være nødvendig med forhåndsvarsel. Det har for eksempel i ett år eksistert vedtak om medisiner, og vilkårene for å videreføre tiltaket er oppfylt. Det kan da være tilstrekkelig med en telefon til pårørende med spørsmål om de har nye opplysninger eller synspunkter på at det fattes nytt vedtak. Slik har man oppfylt både § 4A-5 fjerde ledd og forvaltningslovens krav om forhåndsvarsling samtidig.

Utrednings- og informasjonsplikt. Helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som pasienten motsetter seg, skal sørge for at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Nye opplysninger som får betydning for helsepersonellens vurdering i saken, skal som hovedregel forelegges pasient og pårørende for uttalelse.

Formkrav. Enkeltvedtak skal etter [forvaltningsloven § 23](#) være skriftlig dersom ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet.

Det skal fattes et særskilt vedtak. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig kun å journalføre etter reglene om journalføring.

Selve vedtaket om tvungen helsehjelp vedlegges/kobles mot journalen (eller kan eventuelt legges inn i journalen i sin helhet), og det må fremgå av journalen at det er fattet et slikt vedtak. I tillegg bør de faktiske forholdene og de vurderingene som er foretatt fremgå særskilt av journalen, jf. journalforskriften § 8 og de krav som fremkommer der.

Begrunnelse. Forvaltningsorganet skal gi begrunnelsen samtidig med at vedtaket treffes, jf. [forvaltningsloven § 24](#). Dette innebærer at det i orienteringen til parten skal gis en begrunnelse for hva vedtaket går ut på og hvorfor det er fattet.

Hva en begrunnelse skal inneholde, er det stilt krav om i [forvaltningsloven § 25](#). Begrunnelsen skal vise til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene. Begrunnelsen skal dessuten nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av det forvaltningsmessige skjønn, dvs. hensynene som har vært utslagsgivende i den vurderingen som er foretatt, bør også nevnes.

¹⁷² Se [vergemålsloven](#) og [vergemålsforskriften](#)

I vedtaket etter kapittel 4A må det derfor gjøres rede for helsetilstanden til pasienten og hvordan vilkårene for å gi tvungen helsehjelp er blitt vurdert, medregnet hvilke tillitsskapende tiltak som er prøvd. Det må også gå fram hvilke gjennomføringstiltak som skal omfattes, om annet helsepersonell og nærmeste pårørende har uttalt seg, og hva som i så fall er blitt sagt. Det er ikke stilt krav til at begrunnelsen skal være omfattende, men den må være tilstrekkelig til å avgjøre om lovens vilkår er oppfylt og til å kunne etterprøve vedtaket. Dette er særlig viktig fordi et vedtak - i motsetning til vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 - ikke skal gjennom en automatisk godkjenningsprosess.

§ 4A-6 Underretning

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter § 4A-5. Etterfølgende underretning til pasienten er likevel tilstrekkelig dersom underretningen vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres.

Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og til å uttale seg i saken.

Kopi av underretningen skal sendes den som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen. Videre skal kopi av vedtak etter § 4A-5 sendes til Fylkesmannen.

Kommentarer til § 4A-6:

Underretning til pasienten og pårørende om vedtak

Første ledd fastsetter at pasienten og pasientens nærmeste pårørende så snart som mulig skal orienteres om vedtaket. For at den nærmeste pårørende skal kunne sikre rettighetene og interessene til pasienten, må vedkommende få tilgang til informasjon om helsetilstanden til pasienten. Nærmeste pårørende har rett til informasjon når pasienten ikke kan ivareta egne interesser, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3](#). Pasientens nærmeste pårørende skal orienteres om alle vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Det kan likevel tenkes situasjoner der underretning til pasienten kan føre til at helsehjelpen ikke lar seg gjennomføre, for eksempel der det er aktuelt å skjule legemiddel i mat. Det er derfor i **første ledd andre setning** åpnet for at pasienten i unntakstilfelle kan orienteres i ettertid.

Av **andre ledd** følger at underretningen skal opplyse om retten til å klage og uttale seg. Det skal opplyses om den nærmere fremgangsmåte ved klage, samt om retten til å se sakens dokumenter mm., jf. [forvaltningsloven § 27 tredje og fjerde ledd](#).

Som hovedregel skal det også innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende før det blir truffet vedtak om helsehjelp. Se nærmere kommentarene til § 4A-5 siste ledd.

Kopi til den som har det overordnede faglige ansvaret

For å ha mulighet til å ivareta det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen, må den som har dette ansvaret, få kunnskap om når det blir brukt tvang. Det skal derfor alltid sendes kopi av slike vedtak til vedkommende. Dette følger av **tredje ledd**.

Det er naturlig å følge de vanlige ansvarslinjene som er valgt for tjenesten. I noen kommuner er for eksempel det overordnede ansvaret for helsehjelpen lagt til kommunelegen, tilsynslegen eller andre. Det må være klart hvem som har det overordnede ansvaret for den aktuelle helsehjelpen i den enkelte tjeneste.¹⁷³ Uavklarte ansvarsforhold kan føre til svekket rettssikkerhet for pasientene i saker der det er aktuelt å bruke tvang.

Kontrollen i tvangssaker bør løftes opp til et nivå der den overordnede faglige ansvarlige har påvirkning på både økonomiske og personellmessige ressurser. Den overordnede faglige ansvarlige må sikre at eventuell bruk av tvang blir sett i sammenheng med det samlede tjenestetilbudet til personen det gjelder. Vedkommende må også sikre at det blir lagt til rette for minst mulig bruk av tvang.

Kopi av vedtak til fylkesmannen

For at fylkesmannen skal kunne føre tilsyn med bruken av tvang og eventuelt på eget

¹⁷³ Se [forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten](#).

initiativ overprøve vedtakene, skal det sendes kopi av vedtaket til fylkesmannen. Dette fremgår av § 4A-6 **tredje ledd andre setning**. Fylkesmannen kan overprøve slike vedtak om helsehjelpen av eget tiltak, jf. § 4A-8 første ledd.

I tillegg skal fylkesmannen etterkontrollere vedtak om helsehjelp som ikke er påklaget, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, jf. § 4A-8 andre ledd. For at denne plikten skal bli reell, må fylkesmannen holdes informert om hvilke vedtak som blir truffet.

Ordningen med at kopi av alle vedtak om tvungen helsehjelp skal sendes til fylkesmannen, innebærer ikke en forhåndsgodkjenning av vedtak fra fylkesmannens side eller at det er tatt stilling til vedtakets enkelte elementer.

§ 4A-7 Klage

Vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 kan påklages til Fylkesmannen av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende.

Bestemmelsene i § 7-3 gjelder tilsvarende for klage etter paragrafen her.

Fristen for å klage til fylkesmannen er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket.

Kommentarer til § 4A-7:

Første ledd fastslår retten til å klage på en avgjørelse, noe som gir pasientene en rettssikkerhetsgaranti. Ettersom pasienten i de aktuelle tilfellene mangler samtykkekompetanse og ofte ikke kan ta vare på egne interesser, er også pasientens nærmeste pårørende gitt mulighet til å klage på vedtaket etter § 4A-5. Hvem som anses som nærmeste pårørende omtales nærmere under kommentaren til § 1-3 bokstav b.

Klageretten etter § 4A-7 gjelder bare vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Et eksempel er et vedtak om tilbakeholdelse ved innlåsing av pasient på avdeling. De pårørende mener at tiltaket er for inngripende og at tillitsskapende tiltak ikke har vært prøvd i tilstrekkelig grad. De pårørende kan her klage på vedtaket.

Dersom helsepersonellet kommer til at vilkårene for å yte tvungen helsehjelp *ikke* er oppfylt, kan ikke dette påklages etter reglene i kapittel 4A. Det kan for eksempel tenkes situasjoner der pårørende ber om at en av deres nærmeste må få helsehjelp til tross for at vedkommende motsetter seg for eksempel innleggelse i helseinstitusjon. Dersom det ytes tilstrekkelige og forsvarlige tjenester i hjemmet, kan helsetjenesten komme til at vilkårene for å gi tvungen helsehjelp ikke er oppfylt. Pårørende kan i slike tilfelle eventuelt be fylkesmannen om å etterprøve vurderingen.

Pasienten eller pasientens representant kan klage over vedtak om manglende samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, og ikke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Særskilte formkrav til klagen

Det fremgår av **andre ledd** at § 7-3 også gjelder for klage etter kapittel 4A. Det innebærer at klagen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten.

Det vil være i klagerens egen interesse at klagen begrunnes så utførlig som mulig. 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 fylkesmannen en kort frist for å komme med utfyllende informasjon i form av rettelse eller utfylling.

Helsepersonell bør hjelpe pasienten eller nærmeste pårørende med å skrive ned klagen og sende den, dersom de har behov for bistand, jf. [forvaltningsloven § 11](#).

Dersom klagen ikke oppfyller formkravene i § 7-3 eller ikke er sendt innen fristen på tre uker, kan fylkesmannen avvise klagen. Fylkesmannen fatter da enkeltvedtak som førsteinstans. I disse tilfellene gjelder de alminnelige reglene i forvaltningsloven. Dette betyr at avvisningsvedtaket kan påklages til Statens helsetilsyn.

I tillegg til disse bestemmelsene gjelder reglene i forvaltningsloven om klage så langt de passer, jf. § 4A-9.

Klagen¹⁷⁴ skal sendes til den virksomheten som har truffet vedtaket, for eksempel kommunen eller helseforetaket.

Helsetjenestens behandling av klagen

Helsetjenesten som har truffet vedtaket (i forvaltningsloven omtalt som underinstansen) skal gjennomgå klagen for å vurdere om det er grunnlag for å behandle klagen, foreta endringer eller treffe nytt vedtak. Vedtaksinstansens behandling av klagen reguleres av [forvaltningsloven § 33](#), se særlig første og annet ledd.

Forvaltningslovens regler om saksforberedelse og vedtak gjelder også ved forberedelsen av klagesakene. Helsetjenesten som har truffet vedtaket, skal foreta de undersøkelser klagen gir grunn til, jf. [forvaltningsloven § 17](#). Det vises til punkt kommentarene til § 4A-9.

Helsetjenesten som har truffet vedtaket, bør gi så god informasjon som mulig slik at vedtaket kan overprøves av klageinstansen, som er fylkesmannen.

Helsetjenesten skal vurdere om det er grunnlag for å avvise klagen, anse klagen som en ny søknad, oppheve vedtaket eller endre vedtaket.

Helsetjenesten som har truffet vedtaket, kan avvise en klage i tilfeller hvor vilkårene for å behandle en klage ikke foreligger, jf. [forvaltningsloven § 33](#). Dette vil blant annet kunne være tilfelle dersom klagefristen ikke er overholdt eller dersom klagen ikke tilfredsstillende formkravene i [forvaltningsloven § 32](#). Det stilles også krav til klagens form og innhold i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3. Klagefrist og formkrav skal likevel ikke tolkes for strengt. En avvisning er i seg selv et enkeltvedtak som kan påklages. Klageinstansen er også i slike tilfeller fylkesmannen.

Fristen for å klage til fylkesmannen

Det følger av **tredje ledd** at fristen for å klage til fylkesmannen er satt til tre uker fra man fikk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket – som oftest fra underretningen er kommet fram til pasienten eller pasientens nærmeste pårørende. Fristen blir altså regnet fra det tidspunkt pasienten eller nærmeste pårørende er blitt orientert om vedtaket.

Den som tar i mot klagen, kan velge å behandle den selv om den kommer inn etter at fristen er gått ut, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 og [forvaltningsloven § 31](#) om for sen innlevering av klage. Det vil blant annet si at klagen kan behandles så sant den som klager ikke kan lastes for ikke å holde fristen, eller det av særlige grunner er rimelig at klagen blir behandlet.

Retningslinjer for fylkesmannens saksbehandling av klager etter § 4A-7 er gitt i [Statens helsetilsyns Retningslinjer for Fylkesmannens behandling av vedtak og klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Internserien 9/2012](#).

Utsatt iverksettelse av vedtaket

Underinstansen, klageinstansen eller annet overordnet organ kan beslutte at vedtak om tvungen helsehjelp ikke skal iverksettes før klagefristen er ute eller klagen er avgjort, jf. [forvaltningsloven § 42](#). Den som fremsetter en klage, kan be om utsettende virkning både overfor det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen og overfor fylkesmannen.

Ved etterfølgende underretning etter § 4A-6 første ledd andre setning vil det ikke være mulig

¹⁷⁴ Jf. [forvaltningsloven § 32](#).

å begjære utsatt iverksettelse. Tvungen helsehjelp er allerede gitt i henhold til vedtaket, men også et slikt vedtak kan påklages.

§ 4A-8 Overprøving og etterfølgende kontroll

Fylkesmannen kan av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter § 4A-5.

Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal Fylkesmannen, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

Kommentarer til § 4A-8:

Muligheten til å klage på selve vedtaket forutsetter en aktivitet, enten fra pasienten selv eller pasientens nærmeste pårørende. Regelen om overprøving og etterfølgende kontroll i denne bestemmelsen er en ytterligere rettssikkerhetsgaranti som ivaretas av fylkesmannen uavhengig av om vedtaket er påklaget.

Retningslinjer for fylkesmannens saksbehandling ved overprøving og etterfølgende kontroll etter § 4A-8 er gitt i Statens helsetilsyns [retningslinjer for Fylkesmannens behandling av vedtak og klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A](#). Internserien 9/2012.

Fylkesmannens overprøving av eget tiltak

Første ledd fastslår at fylkesmannen av eget tiltak kan overprøve vedtakene som er truffet etter § 4A-5.

Det er ikke en obligatorisk overprøving fra fylkesmannen, men et fleksibelt system der fylkesmannen får en aktiv rolle. Ved å gjennomgå tilsendte kopier av alle vedtak om tvungen helsehjelp, jf. 4A-6 tredje ledd, kan fylkesmannen se nærmere på saker der det tilsynelatende er grunnlag for å stille spørsmål ved bruken av tvang.

Ut over dette vil uregelmessigheter kunne fanges opp gjennom fylkesmannens alminnelige arbeid.

Fylkesmannen skal vurdere vedtaket i ettertid

Andre ledd fastsetter at Fylkesmannen skal kontrollere vedtak som ikke er påklaget, når det har gått tre måneder etter at vedtaket ble truffet og helsehjelpen fortsatt ytes.

Helsetjenesten kan treffe ulike typer vedtak både når det gjelder innhold og varighet. Det gjør seg gjeldende særskilte sterke rettssikkerhetsmessige hensyn ved langvarige tiltak, som typisk kan være helsehjelp til personer med demens. Selv om det ikke blir klaget over vedtak om helsehjelp som innebærer bruk av tvang, skal derfor fylkesmannen av eget tiltak ta opp spørsmålet om det fremdeles er behov for helsehjelpen, tre måneder etter at vedtaket ble fattet.

Bestemmelsen innebærer at alle vedtak skal etterprøves, ikke bare de vedtakene som blir påklaget. Forarbeidene forutsetter at fylkesmannen fatter enkeltvedtak når det tas stilling til spørsmålet om videreføring av helsehjelp med tvang. Dette gjelder uavhengig av om beslutningen går ut på videreføring, endring eller oppheving av helsetjenestens (førsteinstansens) vedtak.¹⁷⁵

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven gjelder også for fylkesmannens behandling av spørsmålet om vilkårene for bruk av tvang fremdeles er oppfylt. Særlig vises det til [§ 17](#) i forvaltningsloven, der det heter at forvaltningsorganet skal se til at saken er så godt opplyst

¹⁷⁵ [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 19. august 2011](#)

som mulig før det blir truffet vedtak. Fylkesmannen må derfor vurdere om det har nok opplysninger i saken, eller om det må innhentes mer informasjon før vedtak fattes. Forhåndsvarsling etter forvaltningsloven § 16 må også vurderes.

Klage på fylkesmannens vedtak etter § 4A-8

Fylkesmannens vedtak om opprettholdelse, endring eller oppheving av vedtak etter § 4 A-5 anses som nytt enkeltvedtak. I tråd med forvaltningsloven har pasient og pårørende da klagerett når fylkesmannen med hjemmel i § 4A-8 *endrer* eller *opprettholder (stadfester)* vedtak. I de tilfeller der fylkesmannen *opphever* vedtaket, foreligger normalt ikke rettslig klageinteresse.¹⁷⁶

Fylkesmannens endrings- og stadfestingsvedtak må derfor, i tråd med forvaltningsloven § 27 tredje ledd, inneholde informasjon om klageadgang, klagefrist og klageinstans.

Statens helsetilsyn er klageinstans for disse vedtakene.

¹⁷⁶ [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 1. mars 2012 til Helsedirektoratet](#)

§ 4A-9 Forvaltningslovens anvendelse

[Forvaltningsloven](#) gjelder så langt den passer for vedtak etter § 4A-5, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

Kommentarer til § 4A-9:

Reglene i forvaltningsloven kommer til anvendelse på vedtak om helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A så langt de passer. Rettssikkerhetshensyn veier tungt i disse sakene, og de grundige saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven skal ivareta dette hensynet. I enkelte situasjoner der det er viktig ikke å tape tid, kan det likevel være vanskelig å etterleve kravene i forvaltningsloven og det presiseres derfor i bestemmelsen at forvaltningsloven gjelder så langt den passer.

Forvaltningsloven inneholder bestemmelser om veiledningsplikt, saksbehandlingstid, foreløpig svar, muntlige konferanser, adgangen til å bruke fullmektig, samt regler om taushetsplikt. Nedenfor omtales noen bestemmelser som vil være aktuelle i forbindelse med vedtak etter kapittel 4A.

Forvaltningsloven inneholder også bestemmelser om saksforberedelse ved enkeltvedtak og om utformingen av og klage på et slikt vedtak. En del av disse bestemmelsene er omtalt foran under kommentarene til §§ 4A-5 til 4A-8.¹⁷⁷

Part i saken. En part er den som en avgjørelse retter seg mot eller som saken ellers direkte gjelder, jf. [forvaltningsloven § 2](#). Den som et vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A retter seg mot, er part i saken.

Fullmektig. En part har rett til å ha med seg advokat eller fullmektig når vedkommende møter personlig for forvaltningsorganet, jf. [forvaltningsloven § 12 tredje ledd](#). Fullmektig som ikke er advokat, skal fremlegge skriftlig fullmakt.

Når parten ikke har samtykkekompetanse, har pasient- og brukerrettighetsloven bestemmelser som åpner for at en pårørende kan bistå uten at det foreligger fullmakt, jf. § 3-1 tredje ledd.

Veiledningsplikt. Forvaltningsorganene har innenfor sine områder en alminnelig veiledningsplikt, jf. [§ 11](#). Formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å ivareta sine interesser i bestemte saker på best mulig måte. Behovet for veiledning må vurderes konkret i den enkelte sak og kan typisk omfatte veiledning om gjeldende lover og forskrifter, samt praksis på området, samt de nærmere regler for saksbehandlingen, herunder om partenes rettigheter og plikter etter forvaltningsloven. Veiledningsplikten består blant annet i å svare på spørsmål og å gi opplysninger av eget tiltak.

Den som yter helsehjelp har også informasjonsplikt etter helsepersonelloven § 10, som igjen viser til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3 om informasjon som skal gis til pasienten og nærmeste pårørende. Av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 fremgår det blant annet at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

¹⁷⁷ For primærhelsetjenestens vedkommende vises det også til [veileder IS-1040](#) Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester

§ 4A-10 Domstolsprøving

Vedtak i klagesak etter § 4A-7 som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder, kan av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i [lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister \(tvisteloven\) kapittel 36](#). Tilsvarende gjelder for Fylkesmannens vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder, jf. § 4A-8.

Kommentarer til § 4A-10:

Hvilke vedtak kan bringes inn for retten etter § 4A-10?

Vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A som anses som mest inngripende, kan bringes inn for retten etter reglene i [kapittel 36 i lov av 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister](#). Dette gjelder vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse på helseinstitusjon, og vedtak om helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder.

Adgangen til å reise sak gjelder også fylkesmannens vedtak etter § 4A-8 om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder. Det kan reises søksmål om gyldigheten av vedtak etter § 4A-5 og § 4A-8 uavhengig av om klagemulighetene er uttømt.¹⁷⁸

Rettergang etter [tvisteloven kapittel 36](#)

Den viktigste forskjellen på behandling etter tvisteloven kapittel 36 og ordinær domstolsbehandling er kravet om umiddelbar berømmelse av hovedforhandling, rask behandling og avgjørelse, at retten prøver alle sidene av saken og at staten bærer alle kostnadene ved saken.

Det er vanligvis klageinstansens (fylkesmannens) vedtak i klagesak som vanligvis er gjenstand for søksmål, men det kan også være vedtak som fylkesmannen treffer etter § 4A-8.

Motpart er staten ved departementet, se [tvisteloven § 36-3 \(3\)](#).¹⁷⁹

Rett til fri sakførsel

Pasienten har rett til fri sakførsel, jf. [rettshjelploven § 16 første ledd nr. 2](#). Rettshjelp innvilges av eget tiltak av den rett som har saken til behandling.

Det er fritt advokatvalg, dog med bostedsforbehold. Pasienten eller nærmeste pårørende kan altså selv velge hvilken advokat som skal føre saken

¹⁷⁸ [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 1. mars 2012 til Helsedirektoratet](#).

¹⁷⁹ Departementet er i denne sammenheng Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet delegerer vanligvis til Helsedirektoratet å ivareta rollen som partsrepresentant. Regjeringsadvokaten er Statens prosessfullmektig.

§ 4A-11 Forskrift

Departementet kan gi nærmere regler om gjennomføringen av helsehjelpen etter dette kapitlet og om saksbehandlingen, herunder hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Kommentarer til § 4A-11:

Paragrafen gir departementet adgang til å fastsette forskrift med presiserende regler om utfylling og gjennomføring kapittel 4A. Det kan gis nærmere regler om avgrensingen og gjennomføringen av helsehjelp som pasienten motsetter seg, medregnet hvilke krav som skal settes til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Det er ikke gitt forskrifter til dette kapitlet.

Kapittel 5 Rett til journalinnsyn

§ 5-1 Rett til innsyn i journal¹⁸⁰

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

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

En representant for pasienten eller brukeren har rett til innsyn i opplysningene som pasienten eller brukeren 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 eller brukers 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.

Kommentarer til § 5-1:

Bestemmelsene i dette kapittelet gjelder ikke for brukere som mottar tjenester som ikke er å anse som helsehjelp, fordi personell som yter slike tjenester ikke har dokumentasjonsplikt etter helsepersonelloven kapittel 8.¹⁸¹ Dette gjelder typisk for avlastning, praktisk bistand eller støttekontaktjenester. Brukere av slike tjenester har derfor ikke journal, med mindre de mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Se også kommentar til § 3-5 tredje ledd.

Første ledd er hovedregelen som gir rett til innsyn i journal med bilag. Pasientjournalen er definert som en samling eller sammenstilling av nedtegnelser/opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, slik det er uttrykt i [journalforskriften § 3](#). Alle former for pasientjournaler omfattes av innsynsretten. Bilag er for eksempel røntgenbilder, video- og lydopptak, cardex, pleieplaner og andre skriftlige nedtegnelser. Retten gjelder også innsyn i hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til pasientens eller brukerens navn eller fødselsnummer.¹⁸² [Pasientjournalloven § 18](#)¹⁸³ rettighetsfester også pasient og brukers innsyns- og informasjonsrett og viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

Loven sier ikke noe om på hvilken måte pasienter skal få innsyn, annet enn at pasienten har rett til kopi etter særskilt forespørsel. Det vil være opp til den enkelte virksomhet hvordan den tilrettelegger for journalinnsyn. Dersom en virksomhet velger å åpne for elektronisk

¹⁸⁰ Følgende forskrifter er gitt med hjemmel i 5-1:

[26.06.2015 nr. 796](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om stønad til dekning av legeutgifter

[19.12.2007 nr. 1761](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp

[27.06.2003 nr. 959](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv.

[21.12.2000 nr. 1385](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om pasientjournal

¹⁸¹ Jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1303 om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2.

¹⁸² Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger ([helseregisterloven](#)) § 24.

¹⁸³ Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av [helsehjelp](#) (pasientjournalloven) § 18.

innsyn i pasientjournaler, må imidlertid virksomheten sikre at innsynsløsningen ikke gir pasienter eller andre innsyn i opplysninger som de ikke har rett til å se.

For at innsynsretten skal være reell, skal helsepersonell på forespørsel gi en kortfattet forklaring på faguttrykk eller lignende. Det skal legges til rette for at samiskspråklige, fremmedspråklige og personer med funksjonshemninger kan utøve innsynsretten, jf. forskrift om [pasientjournal § 11](#).¹⁸⁴ Se mer om tilrettelagt informasjon i kommentarene til § 3-5.

Utgangspunktet er at alle pasienter over 16 år har selvstendig rett til innsyn i sin journal. Barn mellom 12 og 16 år har en viss grad av selvstendig rett til innsyn. Det må vurderes nærmere ut fra barnets alder, modenhet og omstendighetene for øvrig hvorvidt barnet skal gis innsyn, samt i hva og hvordan innsynet skal gis. Barn under 12 år har ikke selvstendig innsynsrett, foreldre eller andre med foreldreansvaret har innsynsrett på vegne av barnet¹⁸⁵.

For at innsynsretten skal bli ivaretatt har nærmeste pårørende rett til kopi av journalen i samme utstrekning som det foreligger rett til journalinnsyn. Tilsvarende vil innsynsretten til representanter for pasienten eller brukeren eller andre (personer som nevnt i tredje og fjerde ledd) også innebære en rett til kopi.

[Helsepersonelloven § 41](#) pålegger helsepersonell og helseinstitusjoner en plikt til å gi innsyn i journalen til de som har krav på det etter pasient- og brukerrettighetsloven 5-1.

Andre ledd regulerer unntakene i retten til innsyn i egen journal. Det er to alternative grunnlag for å begrense innsynsretten: 1) dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten eller brukeren selv, eller 2) dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær. Vilkårene er uttømmende.

Når det gjelder hva som skal til av hensyn til pasienten eller brukeren selv (1), vil avgjørelsen om å nekte innsyn i journal bygge på nødrettsbetraktninger. Et eksempel på en situasjon hvor nødrettsbetraktninger kan få betydning for innsynsvurderingen er hvor en pasient har fått diagnostisert en svært alvorlig somatisk sykdom, samtidig som vedkommende er inne i en psykisk ustabil periode¹⁸⁶. Kan informasjon om egen helse, som for eksempel informasjon om uhelbredelig sykdom i en ustabil periode medføre fare for pasientens eller brukerens liv eller fare for alvorlig helseskade, kan innsyn nektes.

Når det gjelder forholdet til pasientens eller brukerens nærstående (2), kan nødrett også her være grunnlag for begrensninger i innsynsretten. Ordlyden dekker imidlertid litt videre enn hva nødretten gir grunnlag for. Ordene "klart utilrådelig" indikerer likevel at det skal mye til. At det er uheldig om pasienten eller brukeren blir kjent med opplysningene er ikke nok. Det må være en reell fare for konsekvenser av et visst omfang for de nærstående om innsynet skal kunne begrenses. Et eksempel gitt i forarbeidene er at det er frykt for represalier fra pasienten overfor den som har gitt opplysningene. Dette kan bestå i alvorlig forfølgelse eller trakassering overfor nærstående.

Begrensninger i innsynsretten kan ikke gjøres gjeldende for hele journalen. Det er bare **de opplysningene** som er relevante for den konkrete farevurderingen som kan unntas fra innsyn. Når en pasient eller bruker begjærer innsyn i journal, er det den konkrete situasjonen som må vurderes. Det at en del tid har gått, taler som regel for å tillate innsyn i opplysninger

¹⁸⁴ [Forskrift om pasientjournal](#)

¹⁸⁵ Merknader til forskrift om pasientjournal § 11.

¹⁸⁶ Ot.prp. nr. 12 (1998-99)

som det i en mer akutt fase kunne være grunnlag for å begrense innsyn i. Begrensninger i innsynsretten skal nedtegnes i journalen, med begrunnelse for hvorfor innsyn ble nektet.

Utvidelsen av innsynsretten som ble innført med pasient- og brukerrettighetsloven gjelder bare for journalopplysninger som er ført i journalen etter at loven trådte i kraft¹⁸⁷.

Tredje ledd gir pasienten eller brukeren rett til å utpeke en representant som skal ha innsyn i de deler av journalen pasienten eller brukeren selv ikke får se. Representanten kan nektes innsyn dersom han eller hun anses uskikket. Leger og advokater kan ikke nektes innsyn, med mindre «særlige grunner» foreligger. Begrunnelsen er at disse har taushetsplikt i tillegg til yrkesetisk og rettslig ansvar. Leger og advokater vil kunne ha behov for innsyn i journal i forbindelse med vurderinger og saker på vegne av pasienten eller brukeren. "Særlige grunner" kan foreligge for eksempel ved veldig nære forbindelser eller slektskap mellom pasienten og lege/advokat.

Fjerde ledd gir pårørende, foreldre eller andre med foreldreansvar rett til innsyn i journalen tilsvarende den rett de har til informasjon etter §§ 3-3 og 3-4. Ut over dette er pårørendes rett til innsyn i pasientens eller brukerens journal som hovedregel avhengig av pasienten eller brukerens samtykke.

Foreldre eller andre med foreldreansvar har som hovedregel rett til innsyn i barnets journal når barnet er under 16 år. Det er ikke noe krav om at begge foreldrene med felles foreldreansvar samtykker for å få innsyn i barnets journal. Innsyn skal ikke gis dersom barn mellom 12 og 16 år av grunner som skal respekteres, jf. § 3-4 andre ledd, ikke ønsker at foreldrene skal få innsyn. Se kommentaren til § 3-4 andre ledd for mer informasjon. Innsyn skal heller ikke gis dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot å gi informasjon til foreldre eller andre som har foreldreansvaret, jf. § 3-4 tredje ledd. Se kommentaren til § 3-4 tredje ledd for mer informasjon.

For barn under 12 år vil foreldrene som hovedregel ha rett på innsyn i journalen. Hovedregelen er at både barn og foreldre eller andre som har foreldreansvaret skal informeres når det blir gitt helse- og omsorgstjenester til barn og unge under 16 år. I § 3-4 **tredje ledd er det et** unntak fra denne plikten. Den gjelder pasient og brukere under 16 år uavhengig av alder, det vil si også når en pasient eller bruker er under 12 år. Det er et snevert unntak begrenset til at informasjon ikke skal gis til foreldre eller andre som har foreldreansvaret «dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det». Se kommentaren til § 3-4 tredje ledd for mer informasjon. I den grad foreldre eller andre som har foreldreansvaret ikke har rett på informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd så kan de heller ikke få innsyn i barnets journal.

Dersom en av foreldrene ikke har del i foreldreansvaret har vedkommende likevel rett til å få innsyn i barnets journal, jf. [barnelova § 47](#). Den gir rett til å få visse opplysninger om barnet, herunder opplysning fra helsetjenesten. Dette gjelder opplysninger som ikke på andre grunnlag er undergitt taushetsplikt. Informasjonsplikten inntreffer på anmodning i det enkelte tilfellet. Retten til opplysninger etter barnelova § 47 gjelder bare opplysninger om barnet. Opplysninger som hovedsakelig gjelder den andre forelderen, og ikke barnet, faller som hovedregel utenfor. Men slike opplysninger kan fortelle mye om barnets levemåte, og derfor kan det nok etter omstendighetene tenkes at de vil omfattes av bestemmelsen. Det vises til [journalforskriften § 8](#) hvor det fremgår at journalen også skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om foreldrene som har betydning for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand.

¹⁸⁷ Lov om pasientrettigheter trådte i kraft 1. januar 2001.

Se mer om foreldreansvar og rett til innsyn etter § 3-3 og § 3-4 i merknadene til disse bestemmelsene.

Er pasienten over 16 år, har foreldrene rett til innsyn i journalen i den utstrekning dette er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Dersom pasienten av grunner som følger av § 3-3 andre ledd ikke kan ivareta sine interesser, har pasientens nærmeste pårørende rett til innsyn i journalen.

Femte ledd regulerer rett til journalinnsyn for nærmeste pårørende etter en pasients eller brukers død. Hovedregelen er at nærmeste pårørende har rett til innsyn, med mindre særlige grunner taler i mot dette. Hvem som er nærmeste pårørende er definert i lovens § 1-3 bokstav b. "Særlige grunner" kan være opplysninger pasienten eller brukeren har gitt uttrykk for at det ikke skal gis innsyn i for pårørende. Det kan også gjelde opplysninger det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til om pasienten kunne uttrykt sin vilje. Bestemmelsen korresponderer med [helsepersonelloven § 24 andre ledd](#)

Sjette ledd gir hjemmel for å fastsette nærmere regler om retten til innsyn i journal og betaling for kopi. Retten til innsyn er nærmere regulert i [forskrift om pasientjournal](#) §§ 11 og 12 med merknader.

Helsetjenesten har rett til å kreve en egenandel av pasienten for utskrift av pasientjournal (kr 85 per 2016¹⁸⁸). Ved overføring av journalen til ny lege kreves ikke slik betaling, dersom overføringen er nødvendig for at ny lege skal kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. [helsepersonelloven § 45](#).

En avgjørelse om innsyn etter bestemmelsen kan påklages til Fylkesmannen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

¹⁸⁸ Journalforskriften § 12, jf. [folketrygdloven § 5-4](#), jf. forskrift [26. juni 2015 nr. 796](#) om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, merknad B4

§ 5-2 Retting og sletting av journal

Pasienten, brukeren eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i [helsepersonelloven](#) § 42 til § 44.

Kommentarer til § 5-2:

Bestemmelsen regulerer retting og sletting av journalopplysninger. Etter reglene i [helsepersonelloven](#) § 42 til § 44 har pasienten eller brukeren på visse vilkår krav på å få rettet eller slettet journalopplysninger¹⁸⁹. Kravet må vurderes av helsepersonell.

Helsepersonelloven § 42 gjelder retting av opplysninger. Dersom helsepersonellet som har ført journalen eller som er ansvarlig for journalen, oppdager at det foreligger feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn, skal helsepersonellet av eget tiltak rette slike opplysninger ved ny journalføring eller datert rettelse. Retting skal ikke skje ved at opplysninger slettes eller overstrykes slik at opplysningene blir uleselige. Formålet med bestemmelsen er å bidra til korrekte journaler som sikrer pasienten forsvarlig helsehjelp og beskytter pasientens integritet.

Helsepersonelloven § 43 gjelder sletting av opplysninger. Det er flere vilkår som må være oppfylt for at helsepersonellet har en plikt til å slette opplysninger i journalen.

En første forutsetning er at slettingen er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn. I dette ligger at det ikke er hensynet til pasienten som skal vurderes, men hensynene bak dokumentasjonsplikten. Et viktig hensyn er tilsynsmyndighetenes mulighet til å føre kontroll med helse- og omsorgstjenesten i ettertid. Også hensynet til pasienters mulighet til senere å fremme erstatningskrav ved skade, tilsier at det kan være betenkelig å slette journalopplysninger som objektivt sett er riktige. Opplysninger som det ut fra allmenne hensyn vil være ubetenkelig å slette, vil derfor være opplysninger som ikke er eller har vært av betydning for dokumentasjonen av helsehjelpen. Eksempelvis kan det tenkes opplysninger om etnisk opprinnelse eller politisk tilhørighet, som pasienten har opplyst om, men ikke ønsker å ha i journalen.

For det andre må sletting ikke være i strid med arkivloven §§ 9 og 18. Etter arkivloven § 9 kreves som utgangspunkt samtykke fra Riksarkivaren eller hjemmel i arkivloven § 12 for å kassere offentlig arkivmateriale, mens arkivloven § 18 forbyr ødeleggelse, herunder retting og sletting av privat arkiv som er spesielt verneverdige. Et offentlig arkiv er definert som statlige eller kommunale arkiv. Det vil for eksempel omfatte journalarkiv på sykehus, kommunale sykehjem o.l. Et privat arkiv er definert som et arkiv som ikke er statlig eller kommunalt.

I tillegg til de to første vilkårene må opplysningene enten være feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder *eller* åpenbart ikke være nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Pasienten eller brukeren må i forkant av slettingen gjøres kjent med mulige virkninger av sletting i forholdt til dokumentasjon med tanke på erstatning for feilbehandling o.l.

Helsepersonelloven § 44 gjelder sletting av journal på feil person. Helsepersonell skal, etter krav fra den opplysningene gjelder eller på eget tiltak, slette opplysninger i journal og journal som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier det motsatte. Slike hensyn er

¹⁸⁹ Det vises til helsepersonelloven §§ 42-44 og merknadene til disse, og utfyllende bestemmelser i forskrift om pasientjournal.

for eksempel der det er aktuelt å samle på dokumentasjonen for kvalitetssikringsformål eller tilsynsformål. Vilkårene i § 43 andre til fjerde ledd gjelder også her.

Felles for bestemmelsene i helsepersonelloven §§ 42 til 44 er at dersom helsepersonell avslår krav om retting og sletting, skal anmodningen og begrunnelsen for avslaget føres i journalen. Pasienten, brukeren eller den opplysningene gjelder, skal orienteres om klageadgangen til Fylkesmannen¹⁹⁰.

Det kan kreves retting og sletting også i journalnedtegnelser fra tiden før pasientrettighetsloven trådte i kraft, det vil si før 1. januar 2001¹⁹¹.

¹⁹⁰ Se helsepersonelloven §§ 42 til 44, pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav k og § 13 tredje ledd.

¹⁹¹ Merknader til pasientjournalforskriften § 17.

§ 5-3 Overføring og utlån av journal

Pasienten og brukeren 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 eller brukeren 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](#).

Kommentarer til § 5-3:

Taushetsplikten korresponderer med retten til vern mot spredning av personlige opplysninger.¹⁹² Det følger av bestemmelsen at pasienten har rett til å nekte informasjonsutveksling mellom helsepersonell, selv om opplysningene er nødvendige for å yte helsehjelp. Det er kun hvor tungtveiende grunner taler for det at utlevering likevel kan skje.

Helsepersonellet har i utgangspunktet ikke plikt til å innhente et eksplisitt samtykke før opplysninger utleveres, men pasientens eller brukerens antatte samtykke vil være sentralt, og ved tvil bør pasienten eller brukeren forespørres. Det kan for eksempel dreie seg om opplysninger om tidligere psykiske lidelser, visse smittsomme sykdommer eller andre spesielt følsomme opplysninger. I tilfeller hvor pasient eller bruker ikke er i stand til å gi noe bevisst samtykke, vil det ofte kunne være grunnlag for å forutsette at pasienten eller brukeren ville ha gitt slikt samtykke dersom vedkommende var i stand til det.

Tungtveiende grunner kan likevel gjøre at utlevering kan skje selv om pasienten eller brukeren motsetter seg dette. I praksis vil "tungtveiende grunner" være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade. Dette må i så fall besluttes av det helsepersonell som har ansvaret for helsehjelpen, da disse er nærmest til å vurdere om det foreligger tilstrekkelig vektige grunner til at opplysningene kan videreformidles.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med [helsepersonelloven §§ 25 og 45](#), som begge åpner for å gi helseopplysninger videre til samarbeidende personell eller helsepersonell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienten¹⁹³, med mindre pasienten motsetter seg dette.

Bestemmelsene innebærer at pasienten både gis rett til å sperre enkelte opplysninger, og til å sperre hele eller deler av journalen mot at enkelte helsepersonell eller grupper av helsepersonell gis innsyn. Det er videre slik at pasienten både i den konkrete situasjon kan motsette seg at helsepersonell gis innsyn, og at pasienten på forhånd har rett til å sperre hele eller deler av journalen for innsyn for enkelte helsepersonell, for grupper av personell eller for alle. Sperringen vil gjelde inntil pasienten gir beskjed om at den skal opphøre.

Det er gitt utfyllende bestemmelser om overføring av journalopplysninger i [forskrift om pasientjournal](#). Se [rundskriv til helsepersonelloven](#) for mer informasjon.

¹⁹² Se også [pasientjournalloven § 17](#).

¹⁹³ Vilkåret for å kunne utlevere opplysninger er, slik det fremstår av ordlyden i begge bestemmelser, at de taushetsbelagte opplysningene er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Opplysninger kan også utgis med det formål å yte annen forsvarlig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. (Prop. 91 L s. 110).

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. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#).

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Kommentarer til § 6-1:

Siden barn er en gruppe med særlige behov overfor helsetjenesten er det i kapittel 6 gitt bestemmelser som gir barn særlige rettigheter. (§§ 6-1, 6-2, 6-4, 6-5) I tillegg er det i kapitlet vist til rettigheter som barn har overfor helsetjenesten selv om disse også følger av annen lovgivning (§6-3).

Første ledd slår fast at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Dette er en rettighet for barnet. At kommunen har en plikt til å tilby dette følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1](#)

Kommunens plikt er nærmere regulert i [forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#).

Andre ledd¹⁹⁴¹⁹⁵ fastsetter foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Bestemmelsen skal verne barn og sikre dem nødvendige helsetjenester. Den innebærer at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan være gjenstand for klage. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldrene ikke følger opp denne bistandsplikten. Helsetjenesten må imidlertid vurdere om barneverntjenesten skal underrettes dersom det er grunnlag for det, jf. [helsepersonelloven § 33](#) om opplysningsplikt til barneverntjenesten, barnevernloven kapittel 4 om særlige tiltak og kapittel 6 om opplysningsrett.

¹⁹⁴ Andre ledd stod tidligere i den nå opphevede kommunehelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. Bestemmelsen passet ikke inn i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som i hovedsak regulerer kommunens plikter, og ikke den enkelte pasients, brukers eller pårørendes plikter. Den ble derfor tatt inn i pasient- og brukerrettighetsloven.

¹⁹⁵ Se Helsedirektoratets brev [4. februar 2014](#)

§ 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.

Kommentarer til § 6-2:

Bestemmelsen fastslår at barn har rett til samvær med foreldrene når barnet er innlagt på helseinstitusjon. Denne bestemmelsen er utdypet i [forskrift 1. desember 2000 om barns opphold i helseinstitusjon](#)¹⁹⁶.

Som *barn* etter §§ 6-2 til 6-4, regnes personer under 18 år¹⁹⁷, selv om den helserettslige myndighetsalder er 16 år. En pasient vil være barn etter kapittel 6 fram til fylte 18 år, og reglene i kapittel 6 må følges i tillegg til de øvrige reglene i pasient- og brukerrettighetsloven som også gjelder for barn. Det vil si at barn har rett til medvirkning og informasjon etter reglene i kapittel 3. Barn mellom 16-18 år vil som regel ha en selvstendig kompetanse til å ta imot informasjon, medvirke og samtykke, i tillegg til at de har rettigheter etter kapittel 6, for eksempel ved at en av foreldrene kan være sammen med barnet på sykehus.

Retten til samvær gjelder også for fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldres sted¹⁹⁸.

Med *helseinstitusjon*¹⁹⁹ menes ikke bare sykehus, men også institusjoner innen psykisk helsevern og andre institusjoner der barn har midlertidig opphold. Forskriften gjelder imidlertid bare for helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, jf. § 1.²⁰⁰

Etter [forskriften § 6](#) har barn rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet i den grad det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet. Det fremgår av merknaden til forskriften at det som oftest bare er aktuelt at én av foreldrene er til stede under oppholdet i institusjonen. Men er det et ønske fra foreldre eller fra barnet, bør begge gis anledning til å være hos barnet. Søskene bør også gis god anledning til samvær. Videre står det at forholdene bør legges til rette slik at barnet kan ha minst en av sine foreldre hos seg ved innsovning og oppvåkning av narkose.

Personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre mens de er hos barnet, herunder praktiske arbeidsoppgaver, samt spørsmål knyttet til måltider og overnatting. Foreldre og barn skal få fortløpende informasjon om sykdommen. Foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen ([§ 6 andre ledd](#)).

Foreldre som er hos barnet under institusjonsoppholdet skal få avlastning etter behov, jf. [§ 6 tredje ledd](#). Det følger av fjerde ledd at foreldre skal ha adgang til egnet oppholdsrom. Det er ofte en stor belastning for foreldre å ha barn innlagt i institusjon og å være hos dem under oppholdet. Derfor er det viktig at foreldrene har tilgang på et oppholdsrom hvor de kan være litt alene, hvile ut osv. Helseinstitusjonen skal tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt.

Etter [forskriften § 7](#) kan barn i helseinstitusjon motta besøk utenom vanlig besøkstid. Avdelingens faglig ansvarlige kan nekte besøk dersom medisinske årsaker tilsier det. Eventuelle besøksnekt skal begrunnes. Foreldre og andre besøkende til barn i

¹⁹⁶ Gitt med hjemmel i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-6](#).

¹⁹⁷ Dette er definert i [forskriften § 3](#) og klargjort i Ot. prp. nr. 12 (1998-99)

¹⁹⁸ Også definert i [§ 3](#).

¹⁹⁹ Se forrige note

²⁰⁰ Dette innebærer at forskriften ikke gjelder for barneboliger, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav a

helseinstitusjon skal rette seg etter avdelingens rutiner og følge personalets anvisninger. Personalet må ta hensyn til at barna trenger besøk og legge opp rutinene deretter.

Retten til å ha en av foreldrene hos seg gjelder ikke dersom dette er *utilrådelig av hensyn til barnet*. Dette må vurderes ut fra barnets sykdomstilstand og barnets beste. Det kan for eksempel i mishandlingstilfeller være aktuelt å nekte foreldre å være til stede under undersøkelse og behandling. Dersom en av eller begge foreldrene er årsaken til barnets sykdom eller sterkt påvirker barnets helse, vil helsepersonellet måtte vurdere om det er tilrådelig at barnet har foreldrene hos seg under oppholdet.

Videre fremgår det av bestemmelsen at retten til å ha en av foreldrene hos seg heller ikke gjelder dersom *samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven*. Hvorvidt dette er tilfelle må løses etter reglene i barneloven og barnevernloven.

Problemstillinger knyttet til samværsrett for foreldre som ikke bor sammen med barnet på grunn av samlivsbrudd og annet må altså løses etter reglene i lov om barn og foreldre (barnelova) kapittel 6 om samværsrett m.m. Utgangspunktet er at begge foreldre (eventuelt etter tur) har rett til å være sammen med barnet i helseinstitusjonen så lenge spørsmålet om samværsrett er løst i samsvar med reglene i barneloven. Har den ene forelderen ikke rett til samvær med barnet vil vedkommende heller ikke ha rett til samvær når barnet befinner seg på et sykehus.

Dersom det er vedtatt omsorgsovertakelse etter [lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester kapittel 4](#), og det er truffet vedtak om at foreldrene bare skal ha begrenset rett til samvær med barnet, er retten til samvær under oppholdet i helseinstitusjon tilsvarende begrenset. Utgangspunktet er imidlertid at barn og foreldre etter barnevernloven § 4-19 som hovedregel har rett til samvær med hverandre, også når barnet bor utenfor hjemmet som følge av vedtak etter barnevernloven, med mindre annet er bestemt. Dersom en av eller begge foreldrene ikke har rett til samvær med barnet etter reglene i barnevernloven, vil vedkommende heller ikke ha rett til samvær selv om barnet befinner seg i helseinstitusjon. Samværsretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 vil uansett ikke strekke seg lenger enn den samværsrett som kan utøves utenfor helseinstitusjonen.

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

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

I [forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon § 16](#) fremgår det at forskriftsteksten skal utleveres til foreldre og barn samtidig med meldingen om innleggelsesdato, og senest ved selve innleggelsen. Det følger videre at helsepersonell på avdelinger som mottar barn skal være godt kjent med forskriftens innhold. Dette for å sikre at både barn, foreldre og ansatte er kjent med de særlige rettigheter barn i helseinstitusjon har.

§ 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.

Kommentarer til § 6-3:

Bestemmelsen fastslår at barn har rett til aktivisering og stimulering under opphold i helseinstitusjon så langt deres helsetilstand tillater det. Aktivitetene må tilpasse den enkeltes alder og utvikling. Ungdom vil ha et annet behov enn helt små barn.

Dette fremgår også av [forskrift 1. desember 2000 om barns opphold i helseinstitusjon § 12.](#) For helseinstitusjonene vil dette stille krav til areal, utstyr og personell. Det innebærer at avdelinger og barnestuer der barn legges inn skal utformes og utstyres etter barns behov. Det stilles krav til egnet areal for barns behov for aktivitet og undervisning. Det fremgår av merknaden til forskriften at verken gangen eller rom hvor det ligger syke personer som trenger ro er egnet areal.

§ 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon

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

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

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

Kommentarer til § 6-4:

Av opplysningshensyn er rettigheter som følger av annen lovgivning tatt inn i bestemmelser om barns særlige rettigheter. Dette gjelder rett til undervisning, jf. [opplæringslova](#). Opplæringslova [§ 2-1](#), [§ 3-1](#) og [§ 5-1](#) gir rett til henholdsvis grunnskoleopplæring, videregående opplæring og rett til spesialundervisning. Rettighetene etter denne bestemmelsen går imidlertid ikke lenger enn rettighetene etter loven det er henvist til. Endringer i rettigheter i annen lovgivning vil derfor kunne få betydning for innholdet i rettighetene etter denne bestemmelsen.

Dette er utdypet i kapittel 4 i [forskrift om barns opphold i helseinstitusjon](#). Se også merknaden til forskriften.

Institusjonen plikter å melde fra til sin vertskommune om barn som blir innlagt og som har krav på skoleundervisning, jf. [forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 14 andre ledd](#).

I merknaden til forskriften er det tydeliggjort at det må tas hensyn til samiske barn og barn fra andre minoriteter sine behov på dette området, slik det følger av opplæringslova og forskrift til opplæringslova.

§ 6-5 Barns partsrettigheter

Et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10](#), skal barnet alltid regnes som part.

Kommentarer til § 6-5:

Bestemmelsen, som inneholder regler om barns partsrettigheter, kom inn i loven i forbindelse med vedtakelsen av helse- og omsorgstjenesteloven og den samtidige opphevelsen av sosialtjenesteloven²⁰¹. Bestemmelsen slår fast at et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom barnet har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder.

Andre setning i bestemmelsen fastslår at barnet alltid skal regnes som part dersom saken gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, jf. [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10](#). Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten uten videre skal behandle barnet som part i saker som nevnt i kapittel 10. Etter at en person har fylt 18 år vil hun eller han alltid være part i en slik sak.

²⁰¹ Sosialtjenesteloven, nå opphevet, hadde en tilsvarende bestemmelse i § 8-3 andre ledd.

Kapittel 7 Klage mv.

§ 7-1 Opphevet

(Opphevet ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).)

§ 7-2 Klage mv.²⁰²

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i [kapitlene 2, 3 og 4](#), samt [§ 5-1](#), [§ 6-2](#) og [§ 6-3](#) er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

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

Den som har klaget til klagenemnd oppnevnt etter andre ledd, kan bringe saken inn for domstolene når vedtak fra klagenemnda foreligger. Saksmaal må reises innen seks måneder fra det tidspunkt vedtak i klagenemnda har kommet fram til vedkommende. Saksmaal kan likevel i alle tilfelle reises når det er gått seks måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

Når fristene etter tredje ledd er utløpt uten at saksmaal er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom.

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

Pasientens eller brukerens representant etter første og annet ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens eller brukerens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter [kapittel 4](#). Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

Kommentarer til § 7-2:

Første ledd gir pasient og bruker, eller en representant for disse, en rett til å klage til Fylkesmannen dersom de mener at nærmere angitte bestemmelser i loven er brutt. Klageretten gjelder både brudd på bestemmelser som regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenesten og brudd på bestemmelser som regulerer spesialisthelsetjenesten. Det kan klages på vedtak eller avgjørelser som gir pasient eller bruker avslag eller bare delvis medhold i sin rett. Klagen kan rettes til vedkommende helse- og omsorgspersonell personlig, til personellet overordnede eller til virksomheten som sådan. Pårørende kan i den utstrekning loven bestemmer opptre som representant, jf. fjerde ledd og kapittel 4. Ut over dette må pasientens pårørende legge frem skriftlig fullmakt.

Det er brudd på bestemmelsene i [kapitlene 2, 3 og 4](#), samt [§ 5-1](#) og [§ 6-2](#) og [§ 6-3](#), som det kan klages på etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter [§ 2-2](#), rett til vurdering, vil for eksempel pasienten kunne klage på at vurderingen fra spesialisthelsetjenesten ikke er foretatt innen den fastsatte tidsfrist. Dersom det er tvil om

²⁰² Forskrift gitt med hjemmel i § 7-2:

[01.12.2000 nr. 1208 \(Helse- og omsorgsdepartementet\) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd \(prioriteringsforskriften\) Prioriteringsforskriften](#)

pasientens medisinske tilstand eller diagnose, kan pasienten klage over vurderingens kvalitet, for eksempel at det burde vært innhentet supplerende opplysninger eller at pasienten skulle vært innkalt til forundersøkelse. Når det gjelder retten til fornyet vurdering etter [§ 2-3](#), kan det klages på at pasienten ikke har fått en slik vurdering som vedkommende har krav på. Dersom pasienten har fått fornyet vurdering, men mener denne ikke er gjennomført på en faglig forsvarlig måte, kan det klages også over dette. Pasienten kan også klage på at retten til valg av sykehus etter [§ 2-4](#) ikke blir innvilget.

Lang ventetid på nødvendig helsehjelp er i seg selv ikke grunnlag for klage. Dersom pasienten må vente lenger enn pasienter med samme diagnose og tilstand, vil det være mulig å klage over dette. Pasienten kan altså klage på forskjellsbehandling; med andre ord kreve å komme på riktig plass i køen. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak i kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes av spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Se [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7](#).

For øvrig kan brudd på lovens formelle rettigheter, som retten til medvirkning, retten til informasjon, retten til å samtykke til helsehjelp og retten til innsyn i journal, overprøves. Brudd på bestemmelsene om barns rett til å ha en av foreldrene hos seg, og deres rett til aktivitet og stimulans kan også påklages, jf. pasient- og brukerrettighetslovens [§ 6-2](#) og [§ 6-3](#). Barns rett til helsekontroll, jf. § 6-1 hører inn under rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste²⁰³, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og kan dermed påklages.

Avgjørelser om retting og sletting av journal, og om utlevering av journalopplysninger, følger klagereglene og klagesaksbehandlingen i helsepersonelloven²⁰⁴. Barns rett til undervisning etter § 6-4, kan ikke påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven, men følger reaksjonssystemet i opplæringslova²⁰⁵.

Beslutning om tildeling av behandlingshjelpemidler i helseforetakene er å anse som helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven og fylkesmannen er klageinstans. Se [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 9. mai 2014](#).

Pasient- og brukerombudets behandling av saker etter lovens [kapittel 8](#) kan ikke påklages. Ved klager på vedtak vedrørende tvungen psykiatrisk helsevern, vil bestemmelsene i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gå foran de generelle klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Det samme gjelder særlige klageregler i andre lover, slik som for eksempel etter smittevernloven.

Klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Dette samsvarer med ordningen i [forvaltningsloven § 32 bokstav b](#), hvor klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket. Begrunnelsen for regelen i forvaltningsloven er særlig at det er hensiktsmessig at det organet som tidligere har behandlet saken og har sakens dokumenter, forbereder klagebehandlingen og får mulighet til selv å omgjøre vedtaket. Ordningen gjelder både ved klage på kommunale helse- og omsorgstjenester og ved klage på spesialisthelsetjenesten.

I brev av 6. mars 2017 har Helse- og omsorgsdepartementet uttalt seg om hvem som kan anses som klageinstans.

Andre ledd gjelder klageordningen etter loven [§ 2-1 b femte ledd](#) som gir pasient rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket, der det ikke finnes et adekvat tilbud i riket innenfor fastsatt frist. Dette kan dreie seg om pasienter med en alvorlig sykdom eller lidelse,

²⁰³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 .

²⁰⁴ Se kommentarene til § 5-2 og § 5-3.

²⁰⁵ Se kommentarene til § 6-4

som ikke mener de får oppfylt retten til nødvendig helsehjelp ved norsk helsevesen, se nærmere om dette i kommentarene til § 2-1 b. Det er fastsatt i andre ledd hvordan klagenemnda skal oppnevnes, hvor mange medlemmer den skal ha og at den skal ledes av en jurist. Saksbehandlingsreglene for nemndas behandling av enkeltsaker står i [prioriteringsforskriften §§ 8 flg.](#) Klagenemnda har full kompetanse (§8), nærmere regler om sammensetning og oppnevning står i [§ 9](#), og saksbehandling under møtene er regulert i [§ 10](#) og [§ 11](#).

Tredje ledd regulerer muligheten til å reise søksmål for saker som kan påklages til klagenemnd oppnevnt etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 andre ledd. Muligheten til å klage må være benyttet før det kan reises søksmål som gjelder vedtak fra nemnda. Fristen for å reise søksmål er satt til seks måneder og skal regnes fra det tidspunktet vedtaket har kommet fram til vedkommende. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reises når det har gått seks måneder fra klagen første gang ble satt fram, og klageren ikke kan klandres for at nemnda ikke har fattet vedtak. Denne bestemmelsen svarer til bestemmelsen i [forvaltningsloven § 27 b andre punktum](#). Av [tvisteloven § 1-5](#) går det fram at søksmål om gyldigheten av et forvaltningsvedtak skal reises mot den myndighet som har gjort vedtak i første instans.

Fjerde ledd presiserer at dersom fristen etter tredje ledd er utløpt uten at det er reist søksmål har vedtaket samme virkning som en rettskraftig dom.

Femte ledd gir andre enn pasienter og brukere som er tillagt selvstendige rettigheter, en rett til å klage på enkeltvedtak eller avgjørelser til Fylkesmannen. Dette gjelder for eksempel pårørende, som i visse tilfeller har rett til informasjon, til å kunne gi et representert samtykke og rett til journalinnsyn. Andre som har selvstendige rettigheter kan også bruke representant, jf. første ledd.

Sjette ledd definerer pasientens eller brukerens representant som den som har fullmakt til å klage på vedkommendes vegne. Også den som kan samtykke på vegne av en pasient er representant etter lovens [kapittel 4](#). Dette er først og fremst foreldre og andre med foreldreansvaret for mindreårige pasienter, og verge for personer satt under vergemål²⁰⁶. Den samme gruppen vil også ivareta en brukers interesser. I tillegg kan pasienten, brukeren eller dennes representant velge en fullmektig. Dette kan for eksempel være en pårørende, et pasient- og brukerombud eller en advokat. Det er oppstilt et krav om skriftlig fullmakt for fullmektig som ikke er advokat for å sikre at iverksetting av klagebehandling er i samsvar med pasientens og brukerens ønsker, jf. [forvaltningsloven § 12 fjerde ledd](#).

Helse- og omsorgsdepartementet har i [brev 23. juni 2017](#) uttalt seg om hvorvidt nærmeste pårørende har klagerett etter § 7-2. Ut i fra ordlyden i § 7-2 som ikke omfatter nærmeste pårørende, ordlyden i andre bestemmelser i loven som omfatter nærmeste pårørende samt forarbeidene til loven, kommer departementet til at det vanskelig kan innfortolkes i § 7-2 at nærmeste pårørende har klagerett etter bestemmelsen. Heller ikke i tilfellene hvor det ikke er oppnevnt verge for pasienter over 18 år som mangler samtykkekompetanse og ikke selv kan klage.

²⁰⁶ [Vergemålsloven § 2](#).

§ 7-3 Klagens form og innhold

Klage til Fylkesmannen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller brukeren eller den som representerer pasienten eller brukeren. 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 Fylkesmannen en kort frist for rettelse eller utfylling.

Kommentarer til § 7-3:

Forvaltningslovens bestemmelser gjelder så langt de passer for Fylkesmannens klagebehandling, se § 7-6 første ledd første setning. Ut fra informasjonshensyn og sammenhengen med de øvrige bestemmelsene i kapittelet er det imidlertid i § 7-3 inntatt en egen bestemmelse med minstekrav til klagens form og innhold.

Klagen til Fylkesmannen skal være skriftlig og undertegnet av pasienten eller brukeren eventuelt den som representerer pasienten eller brukeren.

Det vil være i klagerens egen interesse at klagen grunngis så utførlig som mulig. Klageren bør derfor nevne de forhold det klages over og ta opp andre forhold som hun eller han mener er av betydning. Dersom Fylkesmannen mottar en ufullstendig klage, skal vedkommende informere klageren om dette slik at hun eller han innen en kort frist får anledning til å komme med utfyllende informasjon.

Dersom klagen ikke oppfyller formkravene i § 7-3 eller fristen i § 7-5, kan Fylkesmannen avvise klagen. Imidlertid er hovedregelen at Fylkesmannen skal gi veiledning om hvordan feil og mangler kan rettes, og det skal settes en frist for retting. Dette innebærer at klagen kan realitetsbehandles når feil eller mangler er rettet opp.

Et eventuelt vedtak om avvisning av klagen er et enkeltvedtak som kan påklages til Statens helsetilsyn. Etter forskrift 18. mars 2010 nr. 425 om delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet er Helsedirektoratet å anse som overordnet forvaltningsorgan i saker etter helse- og omsorgstjenesteloven der Fylkesmannen fatter vedtak som første instans. Dette vil for eksempel gjelde vedtak om dekning av sakskostnader og vedtak om avvisning av klager. Klager på vedtak om avvisning av klager som gjelder saker etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal derfor behandles av Helsedirektoratet²⁰⁷.

²⁰⁷ Se Helse- og omsorgsdepartementets brev 19. september 2013 til Helsedirektoratet (13/2648) og 19. september 2013 til Statens helsetilsyn (07/3315)

§ 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd²⁰⁸

Pasienten, brukeren eller andre som har rett til det kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering, dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av. Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse.

Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11, begjære påtale etter helsepersonelloven § 67 og gi pålegg til virksomhet etter helsetilsynsloven § 5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

Kommentarer til § 7-4:

Første ledd første setning fastslår at pasient, bruker og andre som har rett til det, kan anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere mulig pliktbrudd etter helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Retten til å anmode tilsynet om å vurdere pliktbruddet er først og fremst en rett for pasienten og brukeren. Dette betyr at pårørende i utgangspunktet ikke har en selvstendig rett til å representere pasienten eller brukeren i en tilsynssak og til å få innsyn i saksdokumenter dersom vedkommende ikke har fått fullmakt av pasienten eller har rett til det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Dette kan blant annet gjelde foreldre til barn under 16 år og foreldre til barn som er over 16 år og uten samtykkekompetanse. Det er ikke bare individfeil, men også såkalte systemfeil, som pasient, bruker og pårørende kan anmode tilsynet om å vurdere. Eksempler på systemfeil kan være dårlig organisering og manglende rutiner.

Som eksempler på grunnlag for en slik henvendelse kan nevnes at pasienten har blitt behandlet slik at medvirkningsmulighetene for pasienten ikke har blitt reelle eller at informasjonsutvekslingen mellom pasient og behandlende helsepersonell har blitt dårlig. At pasienten gjentatte ganger må be om innsyn i sin journal kan også danne grunnlag for en slik henvendelse til Fylkesmannen.

Første ledd andre setning presiserer at retten til å anmode tilsynet om å vurdere mulig pliktbrudd også gjelder nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse. Nærmeste pårørende²⁰⁹ er gitt en særskilt rettsstilling etter pasient- og brukerrettighetsloven som gjør dem egnet til å fremsette en slik anmodning²¹⁰.

Pårørende vil ofte være berørt av hendelsen og kan komme med viktig informasjon til tilsynsmyndigheten. Det er også viktig av hensyn til tilliten til helse- og omsorgstjenesten og tilsynsordningen at pårørende har en slik adgang.

Pårørende har i utgangspunktet ikke en selvstendig rett til å representere pasienten eller brukeren i en tilsynssak og til å få innsyn i saksdokumenter dersom vedkommende ikke har fått fullmakt av pasienten eller har rett til det etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Retten til å anmode om tilsynets vurdering av pliktbrudd gjelder kun de tilfeller der pasienten enten er død eller er over 18 år og uten samtykkekompetanse.

²⁰⁸ Bestemmelsen er endret ved lov 7. juni 2013 nr. 29 som trådte i kraft 1. januar 2014.

²⁰⁹ Se § 1-3 bokstav b for definisjon av hvem som er nærmeste pårørende.

²¹⁰ Se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og § 4-6.

Det er viktig at forvaltningens og helsepersonellets taushetsplikt overholdes. Se nærmere om rett til innsyn i Fylkesmannens og Statens helsetilsyns saksdokumenter under kommentarene til § 7-4a.

Andre ledd tydeliggjør hvilke virkemidler/sanksjonsmuligheter tilsynsmyndigheten har. I tillegg til å gi administrativ reaksjon etter [helsepersonelloven kapittel 11](#) kan Statens helsetilsyn ved forsettlig eller grovt uaktsomt brudd på helsepersonelloven begjære påtale etter [helsepersonelloven § 67](#). Statens helsetilsyn kan også gi pålegg til virksomheter om å rette forholdene etter [helsetilsynsloven](#) og/eller [spesialisthelsetjenesteloven](#). Dersom pålegg ikke følges av virksomheter i spesialisthelsetjenesten kan tilsynet også gi tvangsmulkt²¹¹.

²¹¹ [Spesialisthelsetjenesteloven § 7-2](#)

§ 7-4 a Saksbehandling ved anmodning om vurdering av pliktbrudd²¹²

Fylkesmannen skal vurdere de synspunkter som er fremsatt i anmodningen etter § 7-4 første ledd, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen.

Hvis Fylkesmannen mener at det bør ilegges en reaksjon som nevnt i § 7-4 andre ledd, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Første ledd gjelder tilsvarende for behandlingen av saken hos Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen skal gi den som har fremsatt en anmodning innsyn i relevante saksdokumenter og anledning til å uttale seg til disse, så langt taushetsplikt ikke er til hinder for dette. Det samme gjelder i saker hvor Statens helsetilsyn behandler varsler etter [spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a](#).

Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen skal gi den som har fremsatt en anmodning, underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet, så langt taushetsplikt ikke er til hinder for dette.

Reglene om klage i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på anmodninger om vurdering av pliktbrudd.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om Statens helsetilsyn og Fylkesmannens saksbehandling, herunder fastsette regler om frist for fremsettelse av anmodning etter paragraf her.

Kommentarer til 7-4 a:

Bestemmelsen regulerer Fylkesmannens og Statens helsetilsyns saksbehandling av anmodninger om vurdering av mulig pliktbrudd²¹³.

Første ledd fastsetter regler for behandling av anmodningen. Fylkesmannen har plikt til å sørge for at saken er tilstrekkelig opplyst, jf. [forvaltningsloven § 17](#). Som regel vil dette innebære at det blir innhentet uttalelse fra den eller de som pasient eller bruker har beklaget seg over. Fylkesmannen skal vurdere de forholdene som fremkommer i anmodningen, men kan også ta opp andre forhold. Dersom Fylkesmannen ved sin gjennomgang av saken for eksempel avdekker mangelfull journalføring, kan dette tas opp uavhengig av om pasient eller bruker eller dennes representant har påpekt dette i sin anmodning. Hva som blir utfallet av tilsynssaken er avhengig av om Fylkesmannen for det første mener at det har skjedd et pliktbrudd og for det andre om pliktbruddet er av en slik karakter at det kommer inn under vilkår for å kunne gi en reaksjon etter § 7-4 andre ledd.

Andre ledd viser til at dersom Fylkesmannen vurderer at en reaksjon etter [helsepersonelloven kapittel 11](#) kan være aktuelt, blir saken oversendt Statens helsetilsyn. I likhet med Fylkesmannen kan også Statens helsetilsyn vurdere forhold som ikke framkommer i anmodningen til pasient eller bruker.

Tredje ledd gir den som har fremsatt en anmodning om vurdering av pliktbrudd en innsyns- og uttalerett i relevante saksdokumenter så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette. Innsyns og uttaleretten skal så langt det passer være på linje med parterers innsyns- og uttalerett etter forvaltningsloven. Bestemmelsen omfatter også pasienter og/eller deres nærmeste pårørende ved varsler om alvorlige hendelser etter [spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a](#) som utredes av Statens helsetilsyn.

²¹² Bestemmelsen ble tilføyd ved lov av 7. juni 2013, nr. 29, i kraft fra 1. januar 2014.

²¹³ Dette var tidligere regulert i helsepersonelloven § 55 og pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4

Innsyns- og uttaleretten innebærer at Fylkesmannen, og Statens helsetilsyn ved behandling av varsler om alvorlige hendelser, uoppfordret må oversende relevante saksdokumenter til pasienter, brukere og nærmeste pårørende. Hva som er «relevante saksdokumenter» må avgjøres etter en konkret vurdering på linje med bestemmelsene om innsyns- og uttalerett som gjelder for «parter» etter forvaltningsloven²¹⁴. Opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at den som har fremsatt anmodningen har grunnlag og interesse for å uttale seg om må forelegges. Dette kan for eksempel være uttalelse i saken fra involvert helsepersonell/virksomhet og sakkyndig uttalelse. Videre vil uttaleretten innebære at pasienter, brukere og nærmeste pårørende får en mulighet til å uttale seg i saken innen en rimelig frist før saken avsluttes. Innsynsretten må imidlertid være begrenset på vanlig måte med hensyn til at personlige forhold hos helsepersonellet og at opplysninger om andre pasienter/brukere holdes utenfor.

Innsyns- og uttalelsesretten er begrunnet i flere hensyn. Større involvering av pasienter, brukere og pårørende vil kunne bidra til en mer dekkende og balansert saksutredning og faktafremstilling. Dette kan være positivt for tilliten til helse- og omsorgstjenesten og tilsynsmyndigheten. Det kan også være positivt i den konkrete sak ved at det kan være lettere for pasienten eller brukeren å akseptere tilsynsmyndighetens beslutning i saken.

Fordi pasienter, brukere og nærmeste pårørende ikke er parter i tilsynssaker, vil de ikke ha samme rett til innsyn i alle sakens dokumenter og kontradiksjon på linje med sakens parter. Dersom de ønsker innsyn i flere dokumenter enn de har fått tilgang til, eller nektes innsyn i enkelte dokumenter, kan de kreve innsyn eller klage på manglende innsyn etter reglene i offentleglova.

Hvor langt innsynsretten går henger nært sammen med reglene om taushetsplikt. Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes innsynsrett i tilsynssaker, vil i mange tilfelle måtte vurderes ulikt på grunn av dette. Videre vil nærmeste pårørendes innsynsrett også variere avhengig av om pasienten eller brukeren lever eller ikke.

Forvaltningens taushetsplikt setter skranker for hva pasienter, brukere og nærmeste pårørende kan gis innsyn i. Fylkesmennene, Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd har forvaltningsmessig taushetsplikt, jf. forvaltningsloven²¹⁵ § 13. Fylkesmennene, Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd er i tillegg underlagt helseregisterlovens virkeområde²¹⁶. I praksis betyr det at helsepersonellovens regler om taushetsplikt også gjelder for helseopplysninger som behandles i helse- og omsorgsforvaltningen.

Taushetsplikten innebærer at ingen kan gis tilgang til taushetsbelagte saksopplysninger i større utstrekning enn unntaksbestemmelsene helsepersonelloven og forvaltningsloven tillater. Dette betyr følgende for innsynsretten i tilsynets saksdokumenter:

- Pasienter, brukere og nærmeste pårørende kan gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger om seg selv.
- Dersom en tilsynssak omhandler flere pasienter og brukere, har ikke disse tilgang til opplysninger om hverandre med mindre den eller de som har krav på taushet samtykker.

²¹⁴ Se forvaltningsloven kapittel 4.

²¹⁵ [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker](#).

²¹⁶ [Helseregisterloven § 17](#) og [pasientjournalloven § 15](#).

- Pasienter, brukere og nærmeste pårørende skal ikke gis innsyn i taushetsbelagte opplysninger om involvert helsepersonell med mindre helsepersonellet har samtykket til det.
- Pårørende kan gis tilgang til pasient-/brukeropplysninger dersom pasienten/brukeren samtykker til dette.
- Pårørende har rett til innsyn i taushetsbelagte saksopplysninger etter en persons død dersom det kan legges til grunn at avdøde ville ha ønsket dette²¹⁷, eller når ingen berettiget interesse tilsier at de pårørende ikke skal få se opplysningene²¹⁸.

Pårørendes rett til innsyn i tilsynssak der pasienten er død må vurderes særskilt. Helsepersonelloven § 24 regulerer helsepersonells utlevering av opplysninger etter en persons død. Det følger av første ledd at opplysninger kan gis videre dersom vektige grunner taler for dette, og at det i vurderingen av om opplysninger skal gis, skal tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørendes og samfunnets interesse. Etter bestemmelsens andre ledd har *nærmeste pårørende* rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke «særlige grunner» taler mot det.

Bestemmelsene om taushetsplikt i forvaltningsloven har ikke bestemte unntaksregler for avdøde personer. På dette punktet kan det synes som om helsepersonelloven er mindre restriktiv enn forvaltningsloven når det gjelder å gi innsyn til journal til avdød person. Det er imidlertid lagt til grunn at tilsynet må vurdere hensynene bak unntaksregelen i helsepersonelloven § 24 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 femte ledd i vurderingen av om det bør gis innsyn²¹⁹. Det vises blant annet til at pårørendes rett til innsyn i tilsynssak der pasienten var død er vurdert i uttalelse fra Sivilombudsmannen²²⁰. Det fremgår der at forarbeidene til forvaltningsloven gir støtte for at vurderingen om taushetsplikt blir noe annen etter pasientens død, og at det er relevant å ta hensyn til hvordan dette spørsmålet er løst i regelverket for legers taushetsplikt²²¹. Relevante hensyn som da vil komme i betraktning er om det foreligger «særlige grunner» som tilsier at nærmeste pårørende ikke skal gis innsyn i opplysningene etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1, eller om «vektige grunner» taler for unntak fra taushetsplikten etter [helsepersonelloven § 24](#).

Reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven vil dermed være relevante i en helhetsvurdering av om innsyn kan gis i opplysninger som er undergitt taushetsplikt etter forvaltningsloven.

Det må etter dette gjøres en konkret vurdering av opplysningenes karakter, om de er sensitive og hva de pårørende kjenner til fra før. Det kan være forhold som tilsier at pasienten eller brukeren ville ha samtykket til innsyn for en del av eller alle opplysningene. Og det kan være opplysninger det er grunn til å anta at pasienten/brukeren hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til. Også hensynet til de pårørende kan tale for innsyn. Hensikten her vil være å få et grunnlag for å vurdere forsvarligheten i behandlingsopplegget. Formålet med pårørendes ønske om innsyn vil være et argument for at taushetsplikten begrenses.

Dersom det er tvil om slike «særlige grunner» foreligger skal tilsynsmyndigheten søke en avklaring av dette hos aktuelt helsepersonell som har nærmere kjennskap til pasienten eller brukeren og dermed større forutsetninger til å vurdere hva vedkommende ville ha ønsket. Kontakt mellom helsepersonell og saksbehandler i tilsynet kan gjøres muntlig så lenge dette nedtegnes av helsepersonellet i pasientjournalen og av saksbehandler i tilsynet i saksdokumentene.

²¹⁷ Helsepersonelloven § 24.

²¹⁸ Forvaltningsloven § 13 a nr. 3.

²¹⁹ Se forarbeidene til bestemmelsen, Prop. 100 L, punkt 4.2.4.2 og punkt 7.3.

²²⁰ Se nærmere om vurderingen i Sivilombudsmannens uttalelse i Årsmelding 2005, s. 166 -167.

²²¹ Legeloven er opphevet, men reglene om taushetsplikt er videreført i helsepersonelloven.

Fjerde ledd fastslår at den som har bedt om at tilsynsmyndigheten vurderer forholdet, skal underrettes om resultatet av behandlingen og gis en kort begrunnelse for dette. Dette så langt ikke tilsynsmyndighetene finner at taushetsplikten er til hinder for dette.

Femte ledd fastslår at reglene om klage i kapittel 7 ikke kommer til anvendelse på anmodning om vurdering av pliktbrudd. Ordet "klage" er ikke brukt i lovteksten da dette lett kan lede tanken inn på forvaltningslovens klagebegrep. Pasient eller bruker er ikke er å anse som part i forvaltningsrettslig forstand og kan derfor ikke klage på en avgjørelse tatt av tilsynsmyndighetene. Fylkesmannen kan imidlertid vurdere saken på nytt bl.a. dersom det fremkommer nye opplysninger av betydning for saken.

Sjette ledd gir departementet myndighet til å fastsette saksbehandlingsregler for tilsynsmyndigheten i forskrift, herunder frist for fremsettelse av anmodning om at pliktbruddet vurderes. Det er ikke gitt slik forskrift.

§ 7-5 Frist for klage

Fristen for klage etter § 7-2 er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage.

Kommentarer til § 7-5:

Fristen for å klage er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme klage. Tidspunktet regnes fra da vedkommende faktisk fikk, eller burde ha fått, tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage. Dersom pasienten mottar informasjon om sine rettigheter fra den som yter helsehjelp, men velger å forholde seg passiv, løper fristen for å påberope seg at reglene i pasient- og brukerrettighetsloven skal oppfylles. Fristen avbrytes når klagen er fremmet til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Fristen for å klage er satt til fire uker, tilsvarende den fristen som tidligere gjaldt for adgang til å anmode om oppfyllelse etter § 7-1. Denne bestemmelsen ble opphevet samtidig som nye klageregler trådte i kraft 1. januar 2012.

Fylkesmannen kan ta en klage under behandling selv om den er avsendt etter fristen, se § 7-6 første ledd første setning og [forvaltningsloven § 31](#) om oversittelse av klagefrist. Dersom pasienten eller dennes representant ikke kan lastes for å ha oversittet fristen, eller særlige grunner tilsier det, kan klagen tas under behandling

§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven [§ 34 andre ledd tredje punktum](#).

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

Kommentarer til § 7-6:

Første ledd første setning slår fast at forvaltningslovens regler om behandling av enkeltvedtak og klage gjelder for Fylkesmannens behandling i klagesaker så langt de passer. Dette innebærer blant annet at Fylkesmannen må oppfylle kravene til underretning, kontradiksjon og begrunnelse. Når det i pasient- og brukerrettighetsloven er gitt særlige regler, for eksempel § 7-3 om klagens form og innhold, og § 7-5 om klagefrist, går disse foran forvaltningslovens generelle bestemmelser.

Fylkesmannen kan ta stilling til utsatt iverksettelse av vedtak etter [forvaltningsloven § 42](#).

Fylkesmannens vedtak kan gå ut på at det foreligger en rettighet som helsetjenesten har plikt til å oppfylle. Dette vil gjelde både materielle rettigheter etter kapittel 2 og prosessuelle rettigheter etter kapittel 3,4,5 og 6, jf. § 7-2 første ledd²²². Fylkesmannen kan i vedtaket slå fast hvem som har plikt til å oppfylle rettigheten, og kan også, dersom innholdet i rettigheten tilsier dette, sette frist for oppfyllelse.

Henvisningen til forvaltningslovens regler innebærer samtidig at Fylkesmannens avgjørelse ikke kan påklages videre jf. [forvaltningsloven § 28](#). Adgangen til å omgjøre vedtak uten klage er regulert i [forvaltningsloven § 35](#). Fylkesmannens vedtak kan også bringes inn for domstolene.

I **første ledd andre setning** fremgår det at for kommunale vedtak om helsetjenester skal Fylkesmannen legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn²²³. Kommunale vedtak om helsetjenester vil omfatte helsetjenester i hjemmet²²⁴. Dette vil særlig gjelde hjemmesykepleie, men også for eksempel fysioterapi og ergoterapi. I tillegg omfattes tildeling av sykehjemsplass²²⁵.

Første ledd tredje setning fastslår at for øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Disse kommunale vedtakene vil omfatte personlig assistanse²²⁶, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, avlastningstiltak²²⁷, omsorgslønn²²⁸, og brukerstyrt personlig assistanse²²⁹.

²²² Som omhandler hvilke bestemmelser klageadgangen gjelder.

²²³ Se [Prop. 91 L \(2010-2011\)](#), merknader til § 7-6

²²⁴ [Hol § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a](#)

²²⁵ [Hol § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c](#)

²²⁶ [Hol § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b](#)

²²⁷ [Hol § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d](#)

²²⁸ [Hol § 3-6](#)

²²⁹ [Hol § 3-8](#)

Kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering²³⁰. Vedtak om tildeling av tjenester til personer som har behov for rehabilitering og habilitering, vil i all hovedsak bli fattet med hjemmel i andre bestemmelser, for eksempel vedtak om helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand eller støttekontakt. I den grad det likevel kan være aktuelt å fatte vedtak med hjemmel i [hol. § 3-2 første ledd nr. 5](#), og det dreier seg om tjenester som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven²³¹, skal pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 første ledd siste setning legges til grunn.

Hvis det tildeles plass i institusjon, og dette ikke er helsetjeneste, vil også § 7-6 første ledd siste setning gjelde. Dette er aktuelt ved tildeling av plass i aldershjem og barneboliger.

Den alminnelige ordningen etter [forvaltningsloven § 34 siste ledd](#) er at klageinstansen selv kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling. Denne regelen gjelder tilsvarende ved klage etter pasient- og brukerrettighetsloven. Når det gjelder vedtak om tjenester som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven²³², bør imidlertid Fylkesmannen som hovedregel ikke benytte kompetansen til å fatte nytt vedtak ved overprøving av det frie skjønn. Dette er ikke til hinder for at Fylkesmannen kan endre vedtaket i særlige tilfeller hvis saken haster, og det er behov for en rask avklaring. Ett eksempel kan være at Fylkesmannen selv endrer vedtaket dersom den tar til følge klage over vedtak om sommeravlastning for et funksjonshemmet barn, og sommerferien nærmer seg.

For vedtak eller avgjørelser fattet i *spesialisthelsetjenesten*, som omfatter organer for staten, er det ingen begrensninger i klageinstansens kompetanse. Klageinstansen kan prøve alle sider av saken og herunder ta hensyn til nye omstendigheter. Den skal vurdere de synspunkter som klageren kommer med, og kan ta opp forhold som ikke tidligere er berørt i saken.

Andre ledd omhandler klagenemnda for utenlandssaker²³³ og innebærer at nemnda blant annet må oppfylle kravene til kontradiktorisk behandling, underretning og begrunnelse. Reglene om klagenemndas behandling er utdypet i [prioriteringsforskriften](#)²³⁴. Klagenemndas vedtak kan ikke overprøves.

²³⁰ Hol § 3-2 første ledd nr. 5

²³¹ Dette gjaldt tjenestene, praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, avlastningstiltak, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse, aldershjem og barneboliger

²³³ Se 7-2 andre ledd og www.klagenemnda.no

²³⁴ Forskrift av 2000-12-01-1208

§ 7-7 Oppfyllelse av enkeltvedtak som er kjent ugyldig

En kommune må oppfylle et vedtak fra et statlig forvaltningsorgan som gir en privat part rett til tjenester etter loven her, selv om kommunen får vedtaket kjent ugyldig gjennom søksmål etter tvisteloven § 1-4 a. Vedtak kan i tilfeller som nevnt i første punktum bare omgjøres til skade for den private parten etter forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav c dersom det er ugyldig fordi den private parten, eller noen som handlet på den private partens vegne, forsettlig eller grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger eller holdt tilbake opplysninger.

Kommentarer til § 7-7:

Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2018²³⁵.

Første punktum slår fast utgangspunktet om at en kommune har plikt til å oppfylle de tjenestene en privat part har fått gjennom et vedtak i et statlig forvaltningsorgan, selv om kommunen har reist søksmål mot staten etter tvisteloven § 1-4 a og domstolene har funnet vedtaket ugyldig.

Andre punktum er et unntak fra det alminnelige utgangspunktet om at et ugyldig vedtak kan gjøres om, jf. forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav c. I de tilfellene der en domstol har funnet et vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven ugyldig etter et søksmål etter tvisteloven § 1-4 a, kan forvaltningen i utgangspunktet ikke gjøre om vedtaket etter forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav c til skade for den private parten. Omgjøring etter forvaltningsloven § 35 første ledd bokstav c til skade for den private parten kan likevel skje dersom årsaken til at vedtaket er ugyldig, er at parten selv eller noen som handler på vegne av den private parten, forsettlig eller grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger eller holdt tilbake opplysninger. Det er ikke tilstrekkelig for omgjøring etter andre punktum at vedkommende selv eller noen som opptrer på vegne av vedkommende, forsettlig eller grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger eller holdt tilbake opplysninger. For å kunne gjøre om vedtaket må saken i tillegg framstå slik at vedtaket ikke ville fått det innholdet det fikk, dersom det ikke var blitt gitt uriktige opplysninger eller holdt tilbake opplysninger, jf. «fordi» i loven. Uriktige opplysninger har altså ingen betydning dersom den private parten ville hatt krav på tjenesten etter de reelle forholdene i saken. Det er videre bare dersom den personen som kommer med de uriktige opplysningene, har rett til å representere den private parten overfor det offentlige, typisk der en verge kommer med opplysningene, at vedtaket kan omgjøres etter denne bestemmelsen.

Omgjøringskompetansen til forvaltningen blir ellers ikke endret ved denne nye bestemmelsen. I det ligger for det første at forvaltningen, etter en dom for at et vedtak er ugyldig etter et søksmål etter tvisteloven § 1-4 a, fremdeles vil kunne gjøre om vedtaket etter de andre bestemmelsene i forvaltningsloven § 35, også § 35 siste ledd. For det andre, dersom kommunen ikke bringer vedtaket inn for domstolen, gjelder de alminnelige omgjøringsbestemmelsene fullt ut.

²³⁵ Jf. Prop.64 L (2016-2017) Endringer i forvaltningslova, tvistelova m.m. (overprøvingskompetanse m.m.), Innst.320 L (2016-2017) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Endringer i forvaltningslova, tvistelova m.m. (overprøvingskompetanse m.m.)

Kapittel 8 Pasient- og brukerombud

§ 8-1 Formål

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Kommentarer til § 8-1:

Pasient- og brukerombudet²³⁶ (ombudet) har to formål.

De skal være pasientenes og brukernes talerør og ivareta pasientenes og brukernes interesser og deres rettssikkerhet overfor helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder både enkeltpersoner og grupper av pasienter og brukere med sammenfallende behov.

Ombudet vil gjennom sitt arbeid kunne få kjennskap til strukturelle forhold og gjentatte negative hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal derfor også arbeide for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal ikke bare opptre etter anmodning fra pasienter og brukere. De skal også ivareta pasientenes og brukernes behov på eget initiativ og ta tak i kritikkverdige forhold, uten at noen har gjort dem spesielt oppmerksom på det. Videre kan ombudet utgi rapporter med utgangspunkt i henvendelser fra pasientene og brukerne. I sitt kvalitetsarbeid skal ombudet også ha oppmerksomheten rettet mot endringer i den offentlige helsetjeneste som kan føre til redusert kvalitet i helse- og omsorgstilbudet. For denne måloppnåelse er det av betydning at ombudene har kontakt med andre relevante aktører med tanke på samarbeid og avgrensning av oppgaver.

Virkeområdet til ombudet gjelder både den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten²³⁷.

²³⁶ Det finnes pasient- og brukerombud i hvert fylke og de har en felles informasjonsside på deres nettsider: www.pasientogbrukerombudet.no

²³⁷ Virkeområdet ble utvidet til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester fra 1. september 2009. Fra samme tid ble navnet endret til Pasient- og brukerombud. Enkelte tjenester som miljørettet helsevern, økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad ble ikke innlemmet i ordningen. Disse områdene ligger også utenfor ombudets arbeidsområde i dag, se § 8-2

§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Kommentarer til § 8-2:

Første ledd fastslår at staten har ansvaret for pasient- og brukerombudsordningen. Det er Helsedirektoratet som er arbeidsgiver for ombudene. Direktoratet har ansettelsesmyndighet, herunder myndighet til å vurdere kvalifikasjonskrav. Staten har finansieringsansvaret for ordningen, og skal dekke alle utgifter til ombudets virksomhet. For pasientene og brukere er tjenesten gratis.

Pasient- og brukerombudets arbeidsområde er den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Den statlige spesialisthelsetjenesten omfatter helsetjenester som krever tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser, og som det ut i fra faglige og økonomiske hensyn er hensiktsmessig å ha et samlet ansvar for i spesialisthelsetjenesten²³⁸. Begrepet omfatter både helsetjenester som tilbys av helseforetak og som helseforetak kjøper fra private tjenesteytere og spesialister, både i Norge og i utlandet. Spesialisthelsetjeneste kan sies å være et samlebegrep på de helsetjenester som en ikke har funnet hensiktsmessig å pålegge kommunene ansvaret for. Hva som er hensiktsmessig her vil kunne endre seg over tid, både på grunn av den medisinske utvikling og organisatoriske endringer. Helsetjenestens oppgaver har gjerne blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste. Begrepet spesialisthelsetjeneste må derfor sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene.

«Statlig spesialisthelsetjeneste» må tolkes utvidende slik at tjenester som finansieres av det offentlige etter ordningen med fritt behandlingsvalg også omfattes av ombudenes arbeidsområde. Dette følger implisitt av forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten § 3 andre ledd bokstav n. Her fremgår det at virksomheter som får godkjenning fra HELFO forplikter seg til å gi pasient- og brukerombudet fri adgang til sine lokaler²³⁹.

Med kommunale helse- og omsorgstjenester menes alle ulike tjenesteformer etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#).

Private aktører kan ikke avvise en henvendelse fra ombudet selv om virksomheten faller utenfor ombudets virkeområde. Når ombudet har fullmakt fra pasient eller bruker, vil de regnes som dennes representant etter loven og kunne be om innsyn i journal etter § 5-1 og kunne klage etter kapittel 7.

Andre ledd slår fast pasient- og brukerombudenes faglige selvstendighet og uavhengighet. Denne uavhengigheten er en nødvendig forutsetning for at ombudene skal kunne ivareta sine oppgaver. Ombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men direktoratet kan ikke instruere ombudet i enkeltsaker. Ombudet skal også ha eget budsjett og stå fritt til å organisere sin interne virksomhet innenfor de rammer Helsedirektoratet som arbeidsgiver har trukket opp.

²³⁸ Se nærmere om dette i [rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven, IS-5/2013](#)

²³⁹ Dette er også lagt til grunn i NOU 2015: 11 Med åpne kort Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene (side 191).

§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

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

Kommentarer til § 8-3:

Bestemmelsen gir rammene for de oppgaver pasient- og brukerombudet skal ta hånd om.

Av **første ledd** fremgår det at den statlige spesialisthelsetjeneste omfattes. Dette omfatter også private som har avtale med de regionale helseforetakene, eller som på annen måte finansieres av det offentlige. Private uten avtale eller offentlig finansiering omfattes ikke²⁴⁰. Av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2 første ledd framgår det at denne loven gjelder for tjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen.

Henvendelse til ombudet kan skje muntlig eller skriftlig. Det stilles ingen formkrav, heller ikke for at ombudet skal behandle saken. Ombudet kan også ta opp saker på eget initiativ, for eksempel på bakgrunn av opplysninger som fremkommer i media.

Det følger av **andre ledd** at enhver person, pasient, pårørende, ansatt, tillitsvalgt eller andre, kan ta opp saker med ombudet. Det kan være en konkret sak, knyttet til en enkeltperson, eller det kan være en sak av mer generell karakter, knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Får ombudet melding om en sak som angår en bestemt person, er det opp til denne personen å bestemme hvilken bistand som ønskes fra ombudet.

Helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, kan også kontakte ombudet om forhold som de mener pasient- og brukerombudet bør se nærmere på. Den som henvender seg til ombudet kan forbeholde seg rett til å være anonym. Dersom ombudet mottar anonyme opplysninger om navngitt person, er det opp til den navngitte personen å bestemme hvordan ombudet kan bruke opplysningene.

²⁴⁰ Ombudet kan imidlertid opptre som representant overfor privat helsetjeneste ved fullmakt fra pasient eller bruker.

§ 8-4 Behandling av henvendelser

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

Kommentarer til § 8-4:

Det er ombudet selv som avgjør om det er tilstrekkelig grunn for å gå videre med en sak, det vil si om det er grunnlag for handling eller respons fra ombudets side, for eksempel med uttalelse, forslag til forbedringer, eller nærmere undersøkelser.

Finner ombudet at det ikke er grunnlag for å behandle saken, skal ombudet orientere den som har henvendt seg og gi en kort begrunnelse.

§ 8-5 Pasient- og brukerombudets 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 [tvisteloven kapittel 22](#) får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

Kommentarer til § 8-5:

Bestemmelsen sier at pasient- og brukerombudet har rett til å motta opplysninger fra offentlige myndigheter eller organer som utfører tjenester for forvaltningen, for eksempel private spesialister som har driftsavtale med helseforetakene. Ettersom ombudets arbeidsområde dreier seg om pasienter og brukere og helse- og omsorgstjenester, vil dette stort sett være taushetsbelagte opplysninger som det ikke er lov å utlevere uten pasienten eller brukerens samtykke.

Det vanlige er at ombudet handler etter fullmakt fra pasienten eller brukeren og vil på det grunnlaget få de nødvendige opplysninger, tilgang på journal osv. Når slik fullmakt ikke foreligger, har ombudet rett til opplysninger etter det samme system som domstolene. Det vil si at ombudet kan motta opplysninger i henhold til tvisteloven. Dette innebærer at ombudet ikke kan kreve opplysning av personell som er undergitt lovbestemt taushetsplikt uten at det er gitt samtykke fra pasienten eller brukeren eller at det foreligger fritak fra taushetsplikt fra Fylkesmannen til å gi ut opplysningene. For en generell orientering om fritak fra taushetsplikt etter tvisteloven vises det til [Helsedirektoratet nettsider om taushetsplikt](#)

Dette er ordningen også for Sivilombudsmannen og Barneombudet.

§ 8-6 Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommentarer til § 8-6:

Pasient- og brukerombudet kan ikke nektes adgang til lokaler hvor det ytes offentlige helse- og omsorgstjenester. Hensikten med bestemmelsen er å sikre nødvendig adgang til helse- og omsorgstjenesten i tilknytning til de saker som er tatt opp med ombudet. Ombudet har likevel ikke en generell rett til å tre inn i den faglige virksomheten som observatør, noe som også kunne komme i konflikt med behandlingen og personellet's taushetsplikt.

Det følger av forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten § 3 andre ledd bokstav n, at virksomheter som får godkjenning fra HELFO forplikter seg til å gi pasient- og brukerombudet fri adgang til sine lokaler, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-6.

Bestemmelsen gjør ikke unntak fra reglene om helsepersonellet's taushetsplikt i [helsepersonelloven kapittel 5](#) eller pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. Helsepersonelloven gjelder som utgangspunkt tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven, jf. denne loven § 2-1](#) og forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ([forskrift 16. desember 2011 nr. 1393](#))

§ 8-7 Pasient- og brukerombudets oppgaver

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

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

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

Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasient- og brukerombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

Kommentarer til § 8-7:

Bestemmelsen regulerer Pasient- og brukerombudets oppgaver.

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

Andre ledd pålegger ombudet å gi den som har henvendt seg til ombudet en orientering om resultatet av behandlingen av saken, med en kort begrunnelse. Dette innebærer ikke et krav om særskilt begrunnelse til den som har henvendt seg. Det er tilstrekkelig at ombudet oversender kopi av sin endelige uttalelse til helsetjenesten.

Tredje ledd gir ombudet rett til å gi uttalelser i saker. Ombudet er ingen formell klageinstans og deres uttalelse i saken er således ikke bindende. Ombudets rolle i klagesaker er å gi råd til pasienten, brukeren eller eventuelt å være uformell megler og kontaktformidler. Ombudet kan gi råd, men det er opp til pasienten å bestemme hva slags bistand som ønskes.

Pasientens og brukerens selvbestemmelsesrett foran ombudets eventuelle ønske om å reagere på forholdet. Ombudet har likevel mulighet til å ta opp forholdet, men da må det gjøres i anonymisert form, eller som et ledd i en beskrivelse av generelle forhold. Ombudet kan også foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Det må imidlertid presiseres at ansvaret for å sikre kvaliteten på tjenestene ligger hos helse- og omsorgstjenesten selv, men ombudet kan komme med viktige bidrag. Ombudet kan gi en vurdering av det som oppfattes som kritikkverdige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Det tenkes særlig her på systemfeil, men også uheldig behandling av enkeltpersoner omfattes. Når det gjelder problemer av generell art kan ombudet påpeke disse. Dette innebærer at ombudets arbeid også aktivt skal rettes mot helse- og omsorgspersonell og helse- og omsorgsmyndigheter. Det kan være både av forebyggende og reparerende karakter.

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

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

Pasient- og brukerombudene i landet har felles nettsted med informasjon om virksomheten, adresser, lenker til aktuell informasjon m.m.: www.pasientogbrukerombudet.no.

§ 8-8 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasient- og brukerombud.

Kommentarer til § 8-8:

Departementet har ikke utarbeidet forskrift i medhold av denne bestemmelsen.

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:---
--

Forskrifter til pasient- og brukerrettighetsloven

Nedenfor følger en oversikt over forskrifter gitt i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven, ordnet etter hjemmelsparagraf. Forskriftsnummeret lenker til Lovdata.

§ 1-2:

[16.12. 2011 nr. 1255](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

[01.12. 2000 nr. 1208](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

[12.02. 2010 nr. 158](#) (Arbeids- og sosialdepartementet) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

§ 2-1 b:

[01.12.2000 nr. 1208](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

§ 2-1c:

[29.08. 2012 nr. 843](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen

§ 2-2:

[01.12.2000 nr. 1208](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

§ 2-6:

[2010-11-22 nr.1466](#) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

[25.06.2015 nr. 793](#) Helse- og omsorgsdepartementet
Pasientreiseforskriften

[2004-02-17 nr. 408](#) Forskrift om samordning av ambulansebåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt

§ 5-1:

[26.06.2017 nr. 986](#) Helse- og omsorgsdepartementet
Forskrift om til dekning av utgifter hos lege

[20.12.2016 nr. 1848](#) Helse- og omsorgsdepartementet
Forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

[19.12. 2007 nr. 1761](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp

[27.06. 2003 nr. 959](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv.

[21.12. 2000 nr. 1385](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om pasientjournal

§ 7-2:

[01.12. 2000 nr. 1208](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)