

Aslak Syse,
Jacob Aalls gt. 25B
0364 Oslo

Ressursklinikken
Thor Kvakkestad.

Betenkning vedrørende spesialisthelsetjenestens informasjonsplikt overfor pasienter med rettighetsstatus etter pasientrettighetsloven § 2-1

1. Innledning. Problemstillinger

Viser til mailutvekslinger i mai og juni d.å. med anmodning om å få utredet følgende problemstillinger:

1. Hvilken informasjonsplikt er spesialisthelsetjenesten pålagt overfor pasienter som blir tildelt rettighetsstatus etter pasientrettighetsloven § 2-1?
2. Foreligger det en sterkere informasjonsplikt overfor pasienter med nedsatt kognitiv funksjonsevne? Slike pasienter vil lett kunne miste sine rettigheter etter pasientrettighetsloven § 2-1 fordi de ikke alltid kan holde orden på tidspunktet for oppfylleelsesplikten. Dersom ikke spesialisthelsetjenesten følger opp vedkommende, og behandlingsfristen så blir oversittet, for eksempel pga. kapasitetsmangler, vil neppe denne pasientgruppen kreve sin subsidiære oppfylleelsesrett ved krav via *NAV Pasientformidling*. Deres rett til oppfyllelse ved fristbrudd, og som kan kreves via NAV, vil pasienten ikke nødvendig ha kunnskap om.

Bakgrunnen for ønsket om en betenkning vedrørende disse spørsmålene er at deler av spesialisthelsetjenesten mer eller mindre bevisst synes å legge opp til besparelser. Retten til nødvendig helsehjelp, en klar pasientrettighet, blir ikke oppfylt fordi pasientene ikke informeres om at de er i en situasjon der denne kan kreves oppfylt. Retten til oppfyllelse eksisterer uavhengig av om det aktuelle helseforetaket, eller det regionale helseforetaket, har kapasitet til å innfri rettigheten. Men det vil være klare innsparinger ved at en

rettighetspasient de facto ikke realiserer den subsidiære retten til behandling, en behandling som bostedsforetaket ellers hadde måttet bekoste.

Etter en gjennomgang av rettskildebildet (avsnitt 2), vil det i avsnitt 3 bli gitt en kort oversikt over rett til vurdering og rett til nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten etter prl. §§ 2-1 og § 2-2. Avsnitt 4 utgjør betenkningens hoveddel og gjennomgår hvordan informasjonsplikten som påligger spesialisthelsetjenesten i medhold av helselovgivningen, skal forstås. I avsnitt 5 sies noe om praksis på dette området. I avsnitt 6 oppsummeres betenkningen med noen konklusjoner.

2. Rettskildebildet

Utgangspunkt må tas i lovteksten, nærmere bestemt pasientrettighetsloven (lov nr. 63/1999, heretter forkortet prl.) § 2-1 og § 2-2, forarbeidene til disse bestemmelsene og reelle hensyn. Også § 5 i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd (heretter kalt: prioriteringsforskriften) sier noe om informasjonsplikten etter loven.

Spørsmålene er gitt begrenset omtale i rundskriv IS-12/2004 *Lov om pasientrettigheter*, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Dette har erstattet det tidligere rundskriv I-60/2000 som Sosial- og helsedepartement utga i 2000.

Videre må det tas utgangspunkt i forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling. Her kommer både lovfestede og ulovfestede prinsipper og regler til anvendelse. Slike prinsipper og regler vil komme til anvendelse uavhengig av unntaksbestemmelsen i prl. § 2-7 om at forvaltningslovens regler ikke skal gjelde ved anvendelse av prl. kapittel 2. Den sistnevnte regelen ble innført ved lovendringene i 2003 for å unngå (særlig) begrunnelsesplikter og andre særregler som får direkte anvendelse ved enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Formålet med endringen var ikke å begrense informasjonsplikten.

I juridisk litteratur er heller ikke akkurat disse spørsmålene nærmere behandlet, se for eksempel Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2. utg., Oslo 2004. Asbjørn Kjørstad sammenlikner i *Helserett*, Oslo 2005, på s. 203 flg. forholdet mellom rettssikkerhetsgarantiene i forvaltningsloven og i helselovgivningen.

Informasjonsplikten i forhold til rettighetspasienter ble bare i begrenset utstrekning omtalt i de opprinnelige forarbeidene til pasientrettighetsloven, se Ot.prp. nr. 12 for 1998–99 *Om lov om pasientrettigheter* og Innst. O. nr. 91 for 1998–99. Det er naturlig fordi den subsidiære oppfylleelsesplikten, og da uten kapasitetsforbehold, først ble innført ved lov 12. desember 2003 nr. 110, se nærmere Ot.prp. nr. 63 for 2002–2003 *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.* og Innst. O. nr. 23 for 2003–2004.

Regelendringene i lov 12. desember 2003 nr. 110, medførte en vesentlig styrking av pasientenes lovfestede materielle rettigheter, blant annet i forhold til fritt sykehusvalg, individuelle frister for behandling og muligheter for å bli sikret behandling om slike frister blir oversittet, se avsnitt 3.

Heller ikke ved lovendringene i 2003 kan jeg ved gjennomgang av de aktuelle lovforarbeidene finne at lovproposisjonen eller komitéinnstillingen drøfter de spørsmålene som betenkningen skal besvare.

3. Utgangspunktet; rettighetsstatus eller ikke

I denne betenkningen blir en pasient kalt en rettighetspasient dersom den offentlige spesialisthelsetjenesten, eller andre som etter avtale handler på dens vegne, etter en konkret vurdering kommer til at vilkårene i prl. § 2-1 andre ledd er oppfylt. Pasienten skal da samtidig få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest kan ytes. Fristen skal fastsettes etter en konkret individuell vurdering av den aktuelle pasienten, og med utgangspunkt i hva medisinsk forsvarlighet krever. Bestemmelsen i prl. § 2-1 andre ledd har denne ordlyden:

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

Disse kravene er nærmere utdypet i prioriteringsforskriften §§ 1 til 7, se særlig § 2 om de nærmere vurderingstemaene i vilkårene, og § 4 første ledd som omhandler framgangsmåten ved vurdering av hvordan fristen skal fastsettes.

I denne forbindelse er det ikke nødvendig å gå nærmere inn på hvilke krav som stilles til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved fastsettelsen av om en pasient skal tildeles rettighetsstatus og hvordan den forsvarlige fristen skal fastsettes. Det kan i denne sammenheng vises til rundskriv IS-12/2004 s. 10-18, og Aslak Syse:

Pasientrettighetsloven med kommentarer (2004) s. 129-139. Det er etter prl. § 2-2 første og andre ledd også gitt en lengstefrist for *når* spesialisthelsetjenesten skal ha foretatt vurderingen, inklusive fristfastsettelsen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis.

I prl. § 2-2 første og andre ledd gis også regler om informasjon som pasienten har krav på. Disse bestemmelsene lyder:

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

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

Etter prl. § 2-1 tredje ledd skal pasienten informeres. Bestemmelsen lyder:

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

Etter prl. § 2-1 fjerde ledd har pasienten en subsidiær rett, en rett til oppfyllelse, dersom den forsvarlige behandlingsfristen blir oversittet. Denne bestemmelsen er gitt følgende ordlyd:

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

Det er videre i prl. § 2-1 femte ledd gitt egne bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteytere utenfor riket når det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket. Disse bestemmelsene faller utenfor betenkningens ramme.

Det arbeides for tiden intensivt med å gi bestemmelsene i prl. § 2-1 et nærmere avgrenset innhold. Arbeidet er igangsatt fordi empiriske undersøkelser har vist at bestemmelsene blir forstått og praktisert ulikt fra helseregion til helseregion, fra fag til fag, og fra behandler til behandler. Dette arbeidet er et samarbeidsprosjekt, ledet av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). Av nettsidene til SHdir (www.shdir.no) framgår følgende vedrørende samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten”:

Gjennom samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten” skal de regionale helseforetakene sammen med direktoratet utvikle en helhetlig strategi og identifisere tiltak for riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

Det overordnede målet for prosjektet er ”å utvikle en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering”.

Dette er videre presisert i fire delmål, som er

1. å utvikle veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling og annen veiledning som sikrer riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten og som bidrar til stor grad av felles forståelse og legitimitet for prioriteringer i klinisk praksis
2. å utvikle prinsipper eller mekanismer for harmonisering mellom ulike fagområder/spesialiteter/pasientgrupper
3. å ha utviklet et nasjonalt system for monitorering innenfor prioritering for ”følge med” ansvaret som viser prioriteringspraksis

4. å ha utviklet forslag til system og struktur for monitorering innen prioritering, og pedagogiske hjelpemidler for ledere og ledende fagpersoner på RHF-/HF-/institusjons- og klinikk-/avdelingsnivå til analyse og bruk av data basert på det nasjonale systemet for monitorering innenfor prioritering, samt en måte å fremstille rapporter nasjonalt, regionalt og lokalt. I dette ligger også å skissere en modell som fremstiller dynamikken, forløpsprofiler og den totale henvisningsmassen innenfor prioritering i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og direktoratet er prosjektorganisert frem til 2007.

Parallelt med dette arbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet framlagt flere lovforslag om å endre bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 2, herunder § 2-1. Det vises til Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)*. Her er det blant annet foreslått å gi § 2-1 andre ledd følgende ordlyd (lovendringen er kursivert):

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

Det er etter kommentarene i Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) s. 47 klargjort at denne endringen skyldes vurderingene av når rusmiddelmisbrukere har rett til nødvendig helsehjelp, og at forsvarligheten da skal være ”faglig”, og ikke bare nødvendigvis ”medisinskfaglig”. Dette endringsforslaget vil ikke ha betydning for vurderingene i denne betenkningen.

I Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) s. 5 er det også foreslått at vurderingen som normalt skal skje innen 30 virkedager, jf. sitatet ovenfor, skal kunne settes kortere for barn og ungdom gjennom egne forskriftsbestemmelser. Det vises til forslaget om at et nytt femte ledd i prl. § 2-2 er foreslått med følgende ordlyd:

Departementet kan i forskrift bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering raskere enn innen 30 virkedager.

I Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) klargjøres nærmere hvordan departementet mener at fristen for vurdering av spesialisthelsetjenesten, og fastsetting av seneste forsvarlige behandlingsfrist, bør forskriftsfestes for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige:

Departementet vil fastsette i forskriften at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige får rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, og at fristen for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp for disse gruppene maksimalt kan settes til 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder). Disse særskilte fristreglene vil bli gjort gjeldende for barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet inntil de fyller 23 år.

Det heter videre om disse fristforslagene og mulige framtidige endringer (s. 5-6):

Departementet legger vekt på at det i første omgang er viktig å innarbeide prinsippet om særskilt frist for vurdering av og maksimal frist for å yte helsehjelp til disse gruppene. Dette er imidlertid starten på en prosess hvor maksimalfristen vil bli vurdert satt lavere når forholdene ligger til rette for det.

Maksimalfristen innebærer at ingen rettighetspasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal vente mer enn 65 virkedager på helsehjelp. De skal fortsatt få en individuell vurdering, og de som trenger raskere hjelp skal få det. En nasjonal veileder som utarbeides av Sosial- og helsedirektoratet skal understøtte en mer ensartet forståelse av kriteriene i prioriteringsforskriften og forbedre kvaliteten på den individuelle vurderingen.

Denne betenkningen tar i hovedsak sikte på voksne pasienter med psykiske lidelser, og vil derfor ikke være berørt av de framlagte lovforslagene. I den grad lovendringene vedtas, og forskrift blir gitt etter forutsetningene, vil det altså bli innført ulike maksimalfrister for oppfyllelse av henholdsvis retten til vurdering etter prl. § 2-2, og for retten til forsvarlig behandling for rettighetspasienter etter prl. § 2-1. Særlige frister vil eventuelt bli gjort gjeldende for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet.

Det er mulig at samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten” også kan komme inn på de informasjonsspørsmålene som denne betenkningen

omhandler, selv om dette nok ikke er sannsynlig ut fra de fire delmålene som er oppsatt for arbeidet, se sitatet foran. Her synes hovedvekten å ligge på at prioriteringene av pasienter skal bære større preg av forståelse og legitimitet for prioriteringer i klinisk praksis, herunder også en harmonisering på tvers av spesialiteter. Verken informasjonsbehovet til pasienter, eller informasjonsplikten til spesialisthelsetjenesten, er nevnt blant de fire oppsatte delmålene.

Det ser altså ikke ut til at det er igangsatt arbeid for å tydeliggjøre, eventuelt forbedre, den informasjonsplikten som spesialisthelsetjenesten er pålagt overfor pasienter som vurderes som rettighetspasienter etter at de først er henvist til spesialisthelsetjenesten.

Betenkningen må derfor baseres på gjeldende rettskilder, se nærmere avsnitt 2.

4. Allment om pasienters rett til informasjon etter pasientrettighetsloven og helsepersonells motsvarende plikter etter spesialisthelsetjenesteloven og andre forvaltningsrettslige bestemmelser

4.1 Innledning. Opplegg for drøftingen

Det finnes en særlig bestemmelse om informasjon som pasienter har krav på vedrørende rettighetsstatus, se prl. § 2-1 tredje ledd. Dessuten finnes en bestemmelse om Informasjonsplikt ved spesialisthelsetjenestens vurdering av eventuell rettighetsstatus. Den står i prl. § 2-2 andre ledd. Disse bestemmelsene kommer i tillegg til pasienters alminnelige rett til informasjon (og til medvirkning) som er nedfelt i prl. kap. 3, for voksne pasienter med samtykkekompetanse i § 3-2, for mindreårige pasienter og pasienter uten samtykkekompetanse i prl. §§ 3-3 flg. I tillegg er det et spørsmål om alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper og regler vil kunne komme til anvendelse ved vurdering av omfanget av informasjonsplikten.

I punkt 4.2 skal jeg først vurdere hvilken informasjonsplikt som kan utledes av informasjonsbestemmelsene i prl. §§ 2-1 og 2-2, og som er direkte knyttet til fastsettelsen

av retten til nødvendig helsehjelp. I punkt 4.3 skal jeg vurdere den retten til informasjon som pasienter har etter pasientrettighetsloven kapittel 3, særlig i § 3-2. I punkt 4.4 skal jeg vurdere hvilke plikter spesialisthelsetjenesten har til å oppfylle retten til informasjon etter bestemmelsene i prl. § 3-2. I punkt 4.5 skal jeg videre omtale kravet til måten informasjonen skal formidles til pasientene på, og da med utgangspunkt i den særlige bestemmelsen i prl. § 3-5. I punkt 4.6 skal jeg vurdere hvilken informasjonsplikt spesialisthelsetjenesten har ut fra alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper og regler. Endelig skal jeg i punkt 4.7 gi en oppsummering av lovfestede og ulovfestede regler om informasjonsplikten. Denne baseres på de oppsummerende avsnittene avslutningsvis i hvert underpunkt.

4.2 Informasjonsplikten etter de særlige bestemmelsene i prl. §§ 2-1 og 2-2

Det finnes en særlig bestemmelse om informasjon som pasienter har krav på i prl. § 2-1 tredje ledd. I tillegg finnes en bestemmelse om Informasjonsplikt overfor pasienter etter § 2-2 andre ledd. Begge bestemmelsene er knyttet direkte henholdsvis til rettighetsstatus etter pasientrettighetsloven, og til vurderingen som da skal foretas av spesialisthelsetjenesten.

I bestemmelsen i § 2-1 tredje ledd heter det at helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de ”helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett”; bestemmelsen er sitert i full tekst i avsnitt 3.

Det kan virke som dette er en selvstendig bestemmelse, men det er mer rimelig å se den som en understrekning av den alminnelige informasjonsplikten som påligger helsetjenesten etter bestemmelsene i prl. §§ 3-2 flg. og underbygd av pliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 10. Dette synes også å være oppfatningen til SHdir som kommenterer denne på følgende måte (IS-12/2004 s. 13):

Det følger av *tredje ledd* at helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Opplysningsplikten innebærer at pasienten skal ha den konkrete informasjon vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp. Slik opplysningsplikt påhviler primærhelsetjenesten,

spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, jf. § 1-3 bokstav d. Det vises i tillegg til de generelle informasjonskravene i § 3-2 flg.

Slik har jeg også tidligere forstått bestemmelsen, ut fra ordlyden og forhistorien. Denne bestemmelsen ble foreslått først i Stortinget og etter modell av bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd, se nærmere Aslak Syse:

Pasientrettighetsloven med kommentarer (2004) s. 179 hvor det heter i note 6:

Informasjonsplikten fra helsetjenesten til pasienter er sterkt understreket i helselovsreformen av 1999, se pasientrettighetsloven kapittel 3, helsepersonelloven § 10, se også spesialisthelsetjenesteloven § 2-8. Det særlige innholdet i denne bestemmelsen må derfor være at helsetjenesten konkret skal gi de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp.

Denne bestemmelsen i § 2-1 tredje ledd er egentlig «unødvendig» ut fra de sterke informasjonskravene som går fram av bestemmelsen i pasientrettighetsloven §§ 3-2 flg. Det kan synes som om sosialkomiteen, ved utformingen av bestemmelsen, så hen til utformingen av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd som har en nesten tilsvarende bestemmelse om informasjon, se note 2, men i den loven foreligger ingen generelt virkende bestemmelser som sikrer pasientens rett til informasjon.

Spørsmålet er om vurderingen av denne informasjonsplikten skal forstås som mer omfattende etter at kapasitetsbegrensningen ble opphevd i 2003, se avsnitt 3. Dette innebærer at rettighetspasienter er sikret oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp innen den fristen som er satt, eller får en subsidiær rett til oppfyllelse kort tid etter ved den subsidiære oppfyllelsesretten.

Det var først ved lovendringene i 2003 at det ble lovfestet en reell rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Tidligere var mulig å karakterisere denne retten som en "papirbestemmelse", se for eksempel Asbjørn Kjøenstad, "Medisinske feil i erstatningsrettslig og helserettslig perspektiv", i Syse, Førde og Førde (red.), *Medisinske feil*, Oslo 2000 s. 73.

Det ble ved lovendringene i 2003 også lovfestet en ny informasjonsbestemmelse, knyttet til mottatt rettighetsstatus. Men denne ble innført i prl. § 2-2 der det nå i andre ledd framgår hvem som skal informeres om at vurderingen utløser rett til nødvendig

helsehjelp. Bestemmelsen er gjengitt i avsnitt 3, og det framgår blant annet at pasienter som har en slik rettighet, ”skal underrettes om dette og om fristen”. I underretningen skal pasienten også gis opplysning ”om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage”. Videre skal ”henvisende instans” underrettes med tilsvarende informasjon.

Denne bestemmelsen er kommentert slik i IS-12/2004 (s. 16):

Etter *annet ledd* har pasienten krav på at vurderingsretten også skal omfatte en vurdering av om pasienten har en rettighet overfor spesialisthelsetjenesten til helsehjelp, jf. § 2-1 annet ledd. ... Rettighetspasienter skal videre få informasjon om at de har en rett til nødvendig helsehjelp og om den fastsatte fristen for oppfyllelse av rettigheten. Hensikten med at henvisende lege skal informeres om at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, er blant annet at vedkommende skal kunne hjelpe pasienten med å henvende seg til spesialisthelsetjenesten eller Rikstrygdeverket for å få et tilbud om helsehjelp, dersom spesialisthelsetjenesten ikke har gitt et slikt tilbud innen utløpet av fristen. I den grad fastlegen er en annen enn henvisende lege, bør sykehuset spørre pasienten om hvem som er fastlege og orientere denne dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 har også sosialtjenesten adgang til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dersom det er sosialtjenesten som er henvisende instans, må bestemmelsen i § 2-2 annet ledd forstås slik at underretningen skal sendes sosialtjenesten.

I Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer* (2004) er bestemmelsen kommentert på følgende måte, på s. 187. Også disse kommentarene er basert på de spesielle kommentarene i Ot.prp. nr. 63 for 2002–2003. Det heter i note 4 og 5:

Om det ved vurderingen fastslås at pasienten er en «rettighetspasient», dvs. har rett til «nødvendig behandling», skal vedkommende samtidig få informasjon om at han har en slik rett og hvilken faglig forsvarlig frist som gjelder for oppfyllelse av rettigheten. Fordi forvaltningsloven ikke er gitt anvendelse på slike avgjørelser, se § 2-7, er det i loven fastslått at en pasient uavhengig av forholdet til forvaltningsloven, skal gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage.

Klagen kan gjelde at pasienten ikke er gitt status som rettighetspasient, eller at han mener at fristen er skjøvet for langt fram i tid, se note 2.

...

Hensikten med at også henvisende lege skal informeres om at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, er blant annet at vedkommende skal kunne hjelpe pasienten med å henvende seg til spesialisthelsetjenesten eller Rikstrygdeverket for å få et tilbud om helsehjelp, dersom spesialisthelsetjenesten ikke har gitt et slikt tilbud innen utløpet av den oppfyllelsesfristen som er fastsatt.

Dersom vedkommendes fastlege er en annen enn den legen som har henvist pasienten til vurdering hos spesialisthelsetjenesten, bør sykehuset spørre pasienten hvem som er fastlege og også orientere denne dersom pasienten ikke motsetter seg dette.

Det kan altså legges til grunn at vurderende instans, på vegne av spesialisthelsetjenesten, med dette er pålagt en plikt til *både* å meddele pasienten at han/hun er gitt rettighetsstatus og å informere om hvilken frist som er blitt satt som den siste forsvarlige fristen for oppfyllelse. Videre skal det opplyses at det ved fristutløp uten igangsatt behandling, oppstår en subsidiær rett til oppfyllelse via *NAV Pasientformidling*. I 2004 var denne oppgaven lagt til Rikstrygdeverket, derfor er henvisningen i sitatene dit. Pasientens fastlege, eller annen henvisende instans, skal gis tilsvarende informasjon for å kunne være behjelpelig med å sikre pasientens rett til nødvendig helsehjelp.

Oppsummeringsmessig kan det fastslås at bestemmelsen i § 2-2 skal sikre at pasienten gis nødvendig informasjon om at vedkommende har oppnådd rettighetsstatus eller ikke. Dessuten går det direkte fram av lovteksten i § 2-2 at pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, også skal informeres om hvilken seneste forsvarlige frist for oppfyllelse som er fastsatt. Som ledd i underretningen skal pasienten videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvisende instans, svært ofte fastlegen, skal også underrettes.

Etter bestemmelsen i § 2-1 skal spesialisthelsetjenesten gi pasienten de "helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett". Dette innebærer at det også skal informeres om den subsidiære retten til oppfyllelse ved fristoversittelse. Det må framgå hvor pasienten i så tilfelle skal henvende seg for å få

oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Ellers gis ikke nødvendig informasjon som ”vedkommende trenger for å ivareta sin rett”.

4.3 Pasienters rett til informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-2

Som det framgår av gjennomgangen i punkt 4.2, vil informasjonsplikten etter prl. § 2-1 og § 2-2 virke parallelt med, og muligvis ”konsumeres” av, den sentrale bestemmelsen i pr. § 3-2 om hvilken informasjon en pasient har rett til å motta. For personer over 16 år gjelder følgende:

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 risiki og bivirkninger.

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

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

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

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

I denne sammenhengen kan det ses bort fra unntaksbestemmelsene i andre og tredje ledd fra hovedbestemmelsen i første ledd, samt informasjonsplikten etter fjerde og femte ledd ved påført behandlingsskade. Det er altså bestemmelsen i første ledd som oppstiller rammen for den informasjonen som en pasient normalt vil ha rett til å motta, og som helsepersonell, blant annet i spesialisthelsetjenesten, har plikt til å gi. Det siste framgår av helsepersonelloven § 10, se nærmere punkt 4.4.

Bestemmelsen som ble gitt ved lovvedtaket i 1999, angir hovedregelen om pasientens rett til informasjon, og var en videreføring og utvikling av tidligere rett. Pasienters rett til informasjon ble før dette av rettspraksis, se for eksempel Rt. 1993 s. 1169. Det ble her blant annet uttalt at det «er et grunnleggende krav at det må foreligge samtykke fra pasienten for legebehandling, så fremt det ikke foreligger nødstilstand eller andre særlige omstendigheter». Et «ledende synspunkt» må være at pasienten «må få en informasjon som ikke utelukker vesentlige risikomomenter. Særlig har det betydning at det blir gitt opplysninger om slike risikomomenter hvor det er reelle valgmuligheter» (s. 1174). Dette synspunktet ble fulgt opp i Rt. 1998 s. 1538 der Høyesterett enstemmig konkluderte med at det forelå informasjonssvikt forut for en operasjon.

Pasienten skal både ha informasjon om sin helsetilstand og informasjon om innholdet i helsehjelpen, dvs. de formene for behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelser som tilbys eller ytes. Kravet til informasjonens innhold blir beskrevet slik i IS-12/2004 på s. 26:

Etter *første ledd* skal pasienten ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, det vil si den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Kvalitetskravene som stilles skal tilfredsstille kravet om informert samtykke i § 4-1, og kravet til forsvarlig behandling i helsepersonelloven § 4. Informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Dette gjelder også rett til informasjon fra apotek om legemidler og om bruken av dem. Informasjonskravet må imidlertid avpasses etter situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelse og i øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Informasjonskravet er således sammenfallende med kravene til informert samtykke i § 4-1.

Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen, se helsepersonelloven § 10. I saker om vurdering av nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, vil dette være spesialisten som foretar vurderingen.

Vedkommende kan gi andre i oppdrag å gi pasienten eller nærmeste pårørende informasjon, eller på andre måter sikre at annet helsepersonell gir informasjonen. Den som yter helsehjelp, i denne sammenhengen: foretar vurderingen, har imidlertid ansvaret

for at pasienten faktisk får informasjon om den aktuelle helsehjelpen, og for at informasjonen tilfredsstillende de kravene som oppstilles i loven mht. nødvendig tilpasning av informasjonens form, se punkt 4.5.

I den institusjonaliserte spesialisthelsetjenesten er dette gjort til et systemansvar, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 første og andre ledd med følgende ordlyd:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasientrettigheter § 2-1, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter § 3-2 siste ledd.

I spesialisthelsetjenesten vil det derfor foreligge et systemansvar for å sikre forsvarlige informasjonsrutiner og -systemer, se nærmere punkt 4.4. Slik er kravet til systemansvar oppsummert i IS-12/2004 (s. 25), og da som del av den generelle kommentaren til § 3-2:

For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes. Det vil således være arbeidsgiver (den systemansvarlige) som har ansvaret for å sikre informasjonsrutiner i helseinstitusjoner.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 om pasientansvarlig lege m.m. og med helsepersonelloven § 10.

Etter mitt syn er det klart at informasjonsbestemmelsene i prl. § 3-2, sammenholdt med plikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, i seg selv tydeliggjør spesialisthelsetjenestens utvetydige plikt til fullt ut å informere pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten. Dessuten skal vurderende spesialist, i medhold av prl. § 3-5, sikre at pasienten oppfatter det alt vesentlige i denne informasjonen slik at vedkommende er i stand til å ivareta sine rettigheter, se punkt 4.5.

Asbjørn Kjønstad har i *Helserett*, Oslo 2005, i Del VI, kapittel 5, tatt opp ulike spørsmål vedr. kommunikasjon, herunder også om noe informasjonsansvaret overfor pasienter (s. 327).

Informasjon må omfatte resultatene av de undersøkelsene som er gjort forut for, og i sammenheng, med den konkrete vurderingen. Informasjonsplikten omfatter hvilke prognostiske overveielser som ligger til grunn for tilbud om behandling og om denne etter loven må anses som ”nødvendig helsehjelp”, og hvilke vurderinger som ligger til grunn for den aktuelle fristfastsettingen. Selv om det ikke direkte framgår av lovteksten i prl. § 3-2, framgår det av spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 første ledd, og de spesifikke pliktene i prl. § 2-1 og § 2-1, se punkt 4.2.

Selv om de konkrete informasjonsbestemmelsene i prl. §§ 2-1 og 2-2, se punkt 4.2, muligvis fortsatt kan anses som ”unødige”, understreker de hvilken informasjon som (minst) må gis. Uansett vil de kunne ha en pedagogisk funksjon ved å minne helsepersonell, og ledelsesfunksjonene i spesialisthelsetjenesten, om at det foreligger en konkret rett til informasjon som pasienter har krav på for å kunne ivareta sine rettigheter, herunder om retten til subsidiær oppfyllelse ved fristoversittelse.

Den informasjonsmengden som det her er tale om, kan ikke alene gis muntlig. Det skal jo konkret gis informasjon etter prl. § 2-2 om ”klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage”. Også henvisende instans, som regel fastlegen, skal etter prl. § 2-2 gis tilsvarende informasjon. Dette kravet om at deler av informasjonen også skal gis skriftlig, fører ikke til at den muntlige samtalen mellom helsepersonell og pasient er unødig. Det er i den kliniske situasjonen den medisinskfaglige informasjonen best kan formidles, utdypes og forstås.

En vurdering vurderingen skal derfor alltid avsluttes med en etterfølgende skriftlig informasjon. Dette er nedfelt som en pliktregel i prioriteringsforskriften § 5, se nedenfor. Av denne informasjonen må det framgå at det er foretatt en vurdering med konklusjon, herunder om at pasienten eventuelt har rett til nødvendig helsehjelp, hva som kan forventes gitt av slik hjelp og tidsfristen for oppfyllelse som er individuelt fastsatt etter en individuell vurdering av pasientens helsetilstand. I samme skriv må det samtidig gjøres rede for de formelle sidene vedrørende muligheter for klage over vurderingen, jf. prl. § 2-

2. I tillegg må pasienten gis anvisning på hva som skjer dersom den oppsatte behandlingsfristen blir oversittet.

Et slikt krav om skriftlighet kunne muligvis utledes av kravet til samlet informasjonsmengde, men det er som nevnt nedfelt i prioriteringsforskriften § 5 med denne ordlyden:

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

Avslutningsvis i den siterte bestemmelsen er det også vist til prioriteringsforskriften § 6 og at det skal informeres om bestemmelsene i denne. Bestemmelsen i § 6 *Brudd på fristen* er gitt følgende ordlyd:

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

Det kan komme noe kompliserende forhold inn der pasienten ønsker å benytte sin *rett til fritt sykehusvalg* etter prl. § 2-4, og hvor akkurat den valgte institusjonen ikke blir i stand til å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp innen fristen.

Dersom en rettighetspasient, jf. § 2-1 andre ledd, ønsker å benytte retten til fritt sykehusvalg, vil ikke dette medføre at pasientens rett til nødvendig helsehjelp innen den fastsatte behandlingsfristen faller bort. Det følger av § 2-1 andre ledd at rettighetspasienter får et rettskrav på behandling innen den fristen spesialisthelsetjenesten har fastsatt på et medisinsk faglig grunnlag etter en vurdering av pasientens helsetilstand, uavhengig av kapasitetsvurderinger. Dette er en *juridisk bindende* forpliktelse for

spesialisthelsetjenesten, se merknadene til § 2-4 i IS-12/2004 s. 21. Det heter videre vedr. retten til fritt sykehusvalg, samme sted:

Fristen for å igangsette et forsvarlig behandlingsforløp står fast uavhengig av om en senere faglig vurdering fraviker fra den første med hensyn til hvilken behandling som er nødvendig. ... Når en rettighetspasient er gitt en rett til å velge sykehus på ethvert trinn av helsehjelpen, innebærer dette at den fastsatte behandlingsfristen må legges til grunn også for behandlingsforløpet ved det nye sykehuset, så langt dette sykehuset av kapasitetsgrunner ikke må avvise pasienten, jf. ovenfor. I dialog med pasienten må det likevel være anledning til å legge inn helt nødvendig tid, for praktisk gjennomføring av sykehusvalget, så lenge forsvarlighetskravet ved dette ivaretas.

Jeg ser ingen grunn til å gå lenger inn i problemstillingene knyttet til fritt sykehusvalg og behandlingsfrister. Men valget av sykehus vil som nevnt, ikke endre fristen for seneste muligheten til å få oppfylt retten til nødvendig behandling, om så gjennom *NAV Pasientformidling*. Men ved subsidiær oppfyllelse har pasienten ikke rett til å velge behandlingssted, se prioriteringsforskriften § 6 i.f.: ”Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.”

Oppsummeringsmessig kan det fastslås at pasienten alltid har krav på å bli informert om den subsidiære retten til oppfyllelse ved fristoversittelse, herunder hvor vedkommende skal henvende seg (for tiden: NAV Pasientformidling), dersom den oppsatte fristen blir oversittet og pasienten ønsker å realisere retten til subsidiær oppfyllelse. Dersom dette ikke meddeles pasienten, oppfyller ikke spesialisthelsetjenesten sine lovpålagte plikter etter prl. § 2-1 tredje ledd hvor det heter at den ”skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett”.

Det skal videre opplyses om den lovfaste subsidiære oppfylleelsesplikten ved fristoversittelse. Som en nødvendig del av denne informasjonen må pasienten opplyses om hvordan han eller hun skal gå fram for å kunne benytte den subsidiære oppfylleelsesretten via NAV Pasientformidling.

Om slik informasjon ikke gis, vil ikke bare den lovfastsatte informasjonsplikten være brutt. Også bestemmelsene i prioriteringsforskriften §§ 5 og 6 vil være brutt.

4.4 Spesialisthelsetjenesten informasjonsplikt

I prl. § 2-1 eller § 2-2 er det ikke gitt nærmere bestemmelser om måten informasjonen skal gis på. Men bestemmelsene er skrevet ut fra at spesialisthelsetjenesten er *pålagt* å informere.

Etter vurderingsbestemmelsen i prl. § 2-2 skal pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ”underrettes om dette og om fristen”. Videre skal pasienten gis opplysning om ”klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage”. Henvissende instans skal også underrettes. I bestemmelsene er informasjonsplikten lagt direkte på det helsepersonellet som foretar vurderingen på vegne av spesialisthelsetjenesten, jf. bruk av modaliteten ”skal”. Dette gjelder også for informasjonsplikten etter prl. § 2-1 tredje ledd hvor spesialisthelsetjenesten ”skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett”.

For at helsepersonellet skal kunne oppfylle denne informasjonsplikten, må det i den enkelte virksomhet være lagt opp til systemer som sikrer at informasjon gis med det lovbestemte innholdet som kan utledes av lovbestemmelsene i §§ 2-1 og 2-2.

Informasjonen må gis på en individuelt tilpasset form til den enkelte pasient, se prl. § 3-5 nærmere omtalt i punkt 4.5. Det vil derfor nødvendigvis være et *lederansvar* ved den aktuelle avdeling/poliklinikk å sikre at det etableres systemer for at helsepersonellet kan oppfylle sin lovpålagte informasjonsplikt og derved også sikre pasienters resiproke krav på informasjon.

Denne plikten på selve tjenestestedet som sådan er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16 første ledd. Den sistnevnte bestemmelsen har overskriften *Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll*. Bestemmelsen i helsepersonelloven § 16 retter seg til all helsetjeneste, herunder spesialisthelsetjenesten,

og korresponderer innholdsmessig med kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlig organisering mv. av alle helsetjenester etter loven.

I punkt 4.3 er den alminnelige retten for pasienter til å motta informasjon om sin helsetilstand og aktuelle behandlingsalternativer nærmere vurdert. Dette er samtidig hovedbestemmelsen om informasjonsplikten etter pasientrettighetsloven. Som jeg har pekt på i punkt 4.2, kan de særlige informasjonsbestemmelsene i prl. §§ 2-1 og 2-2 ses som mer spesifikke bestemmelser som utpensler den allmenne retten til informasjon etter prl. § 3-2.

Pasientens rett til informasjon motsvares av en plikt for helsepersonell og spesialisthelsetjeneste til å gi slik informasjon. Dette er utvetydig løst gjennom pliktbestemmelser pålagt helsepersonell og spesialisthelsetjeneste. Det vises til helsepersonelloven § 10 (se nedenfor) og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 (sitert i punkt 4.3). Reguleringsmåten er slik at *innholdet* i pasienters rett til informasjon må utledes ved en tolkning av den generelle informasjonsbestemmelsen i prl. § 3-2, sammenholdt med bestemmelsene i prl. § 2-1 og § 2.1, se nærmere punkt 4.3.

I helsepersonelloven er det samtidig sikret, under profesjons- og straffansvar, at helsepersonell skal oppfylle denne retten. Dette er nedfelt i helsepersonelloven § 10 *Informasjon til pasienter m.v.* med følgende ordlyd:

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon.

I spesialisthelsetjenesten er informasjonsplikten gjort til et systemansvar for tjenesten selv, se spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.

Oppsummeringsmessig framgår det av helsepersonelloven, og da sett i sammenheng med systemansvaret i spesialisthelsetjenesteloven, at den informasjonen pasienten har rett til å motta etter de ulike bestemmelsene i pasientrettighetsloven, er helsepersonell pålagt å gi. Ut fra systemansvaret er det ledelsen av den enkelte enhet i spesialisthelsetjenesten som skal etablere systemer som sikrer oppfyllelse av de aktuelle bestemmelsene om pasienters rett til informasjon.

Helsepersonell som utfører vurderinger og tar avgjørelser på vegne av spesialisthelsetjenesten, må sikres arbeidsforhold som gjør slik oppfyllelse mulig. Spesialisthelsetjenesten må i tillegg sikre systemer som gjør at meddelelsene også forstås av pasientene. Informasjonen må gis både muntlig og skriftlig. I tillegg til vurderende spesialists muntlige informasjon til pasienten, må institusjonen sikre at pasienten mottar nødvendig skriftlig informasjon, jf. prioriteringsforskriften § 5, og da inneholdende minst det som framgår av pasientrettighetslovens krav om at pasienten skal kunne ivareta sine rettigheter etter loven, se punkt 4.3. Informasjonen må gis på en forståelig måte, se punkt 4.5. Henvisende instans må på tilsvarende måte blir informert i henhold til bestemmelsen i prl. § 2-2.

4.5 Måten informasjonen skal formidles til pasientene på

Spesialisthelsetjenesten har ikke bare lovfestede plikter i forhold til *hva* som skal formidles til pasienten, eventuelt pasientens representant, men også for *måten* informasjonen skal formidles på. Disse pliktene er nedfelt i en egen bestemmelse i prl. § 3-5 med overskrift *Informasjonens form*. Bestemmelsen er gitt denne ordlyden:

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

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

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

I SHdirs merknader til bestemmelsen, i IS-12/2004, framgår blant annet følgende:

- A. Syse Betenkning vedrørende spesialisthelsetjenestens informasjonsplikt overfor pasienter med rettighetsstatus etter pasientrettighetsloven – avgitt 20. august 2007 – s. 21

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

I Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2. utg., Oslo 2004 er bestemmelsen i prl. § 3-5 omtalt på denne måten, og da med utgangspunkt i departementets lovforarbeider og Stortingets behandling:

For å styrke informasjonstilgangen til pasientene er det presisert i lovteksten at opplysningene skal gis under hensyntagen til pasientens individuelle forutsetninger, se § 3-5 første ledd. Kravet om at informasjonen må gis på en måte som er forståelig for pasienten, følger også av kravet om forsvarlig virksomhet etter helsepersonelloven § 4. Dette er en naturlig følge av at det stilles krav om at pasientens samtykke til behandling skal være basert på informasjon, se prl. § 4-1.

I praksis vil et krav om å ta hensyn til pasientens forutsetninger innebære at det blant annet skal tas hensyn til pasientens alder, språk, kultur, funksjonsnivå og eventuelle funksjonsnedsettelse. Informasjon kan selvfølgelig ikke utelates til personer med funksjonsnedsettelse, for eksempel ved alvorlig hørselssvikt. Ansvarlig helsepersonell må sikre at nødvendig informasjon gis dem skriftlig eller på eget språk (tegnspråk), eventuelt gjennom tolk. Tilsvarende må informasjon til sterkt svaksynte gis muntlig eller i blindeskrift.

...

Den som yter helsehjelpen, vil som hovedregel være nærmest til å gi pasienten adekvat informasjon, men verken behandlende lege eller pasienten selv bør oppfatte det slik at det bare er behandlende lege som kan informere pasienten. Ofte kan andre gjøre det like godt. Den som yter helsehjelpen, kan da delegerer oppgaven. Vedkommende helsepersonell er imidlertid ansvarlig for at pasienten får

de opplysninger hun eller han bør ha, og for at informasjonen gis på en saklig tilfredsstillende måte og med forståelse av og respekt for pasientens situasjon. ...

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 12 (1998–99) ble det tillagt to nye ledd i 3-5. I andre ledd stilles krav om at helsepersonellet har plikt til, «så langt som mulig», å forsikre seg om at den gitte informasjonen faktisk er oppfattet. Denne kan være problematisk idet pasienter som har mottatt vanskelig tilgjengelig informasjon, ofte trenger en viss tid for å skaffe seg klarhet i hva som er oppfattet for å kunne be om mer utfyllende informasjon senere. Imidlertid er bestemmelsen hensiktsmessig som et pliktbud om at det er helsepersonellet som er nærmest til å sikre at informasjonen blir gitt på en forståelig måte.

I et nytt tredje ledd er det lovfestet at opplysning om den informasjonen som er gitt, skal nedtegnes i journalen. Dette er hensiktsmessig av flere grunner. Etterfølgende helsepersonell vil kunne orientere seg om hva pasienten er informert om. I erstatningssaker er det særlig hensiktsmessig fordi det ofte står påstand mot påstand i spørsmålet om pasienten ble adekvat og tilstrekkelig informert forut for en undersøkelse eller behandling. Sluttresultatet er da som regel ikke blitt særlig bra, og et sentralt spørsmål i erstatningsrettslig sammenheng er om pasienten på forhånd ble orientert om at dette var et mulig utfall.

Bestemmelsen i prl. § 3-5 må ses som viktig i forhold til betenkningens problemstilling nr. 2. Av bestemmelsen framgår at pasienten har krav på å motta den nødvendige informasjonen på en så vel hensynsfull som individuelt tilpasset måte. For personer med kognitive funksjonsforstyrrelser, for eksempel med svekket nærhukommelse, må informasjonen gis på en måte som gjør at den er tilgjengelig for pasienten, også ved slike funksjonsnedsettelse. Det kan da ikke gis bare muntlig informasjon, og heller ikke meddeles ved ett høve og/eller i en sammenheng hvor informasjonen lett kan bli glemt av pasienten. Vedkommende kan derved gå glipp av en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp.

Kravet til informasjonens form må dekke alle aspekter av den informasjonen helsepersonell/institusjon er pliktig å gi. Dette kravet vil altså omfatte, i tillegg til den alminnelige og omfattende retten til informasjon som skal gis etter prl. §§ 3-2 flg., også de spesielle informasjonsreglene som er nedfelt i prl. § 2-1 og § 2-2, se punkt 4.2.

Oppsummeringsmessig kan det fastslås at spesialisthelsetjenesten ikke bare har plikter i forhold til hvilken informasjon som pasienten skal meddeles, men også i forhold til at informasjonen blir formidlet på en måte som setter mottakeren i stand til å forholde seg til det nærmere innholdet i denne. Meddelelsesmåten må ta utgangspunkt i pasientens reelle forutsetninger for å motta og forstå informasjonen. Det er klart ut fra lovtekst og forarbeidene at det er den som yter helsehjelpen, som er tillagt denne plikten.

Vedkommende vil være den som vurderer pasienten med henblikk på å avklare eventuell rettighetsstatus med samtidig fastsetting av den forsvarlige behandlingsfristen.

Informasjonsoppgaven kan delegeres til andre, men ikke ansvaret for at oppgavene blir ivarettatt, og da individuelt tilpasset den enkelte pasients forutsetninger i henhold til kravene i prl. § 3-5.

Det er et ledelsesansvar i spesialisthelsetjenesten å legge til rette ikke bare for at informasjonen *innholdsmessig* kan gis på en lovriktig måte, se punkt 4.4, men også for at informasjonen blir formidlet til pasienten på en forståelig – og individuelt tilpasset – måte dersom situasjonen tilsier dette. Dersom pasienten, uansett tilrettelagt informasjon, likevel ikke kan nyttiggjøre seg denne pga. kognitiv funksjonssvikt, oppstår særegne problemer. Disse er behandlet i punkt 4.7.

4.6 Forvaltningsrettslige regler

Det framgår av prl. § 2-7 at forvaltningslovens bestemmelser ikke kommer til anvendelse ved vurderinger av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

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

Når spesialisthelsetjenesten fordeler goder (rettigheter) ut fra lovfastsatte vilkår i pasientrettighetsloven, skjer dette ”under utøving av offentlig myndighet” i forvaltningslovens forstand. Dette gjelder utvilsomt ved fastsettingen av om en pasient her rett til ”nødvendig helsehjelp” etter pasientrettighetsloven § 2-1, også når dette skjer

ved bruk av retten til vurdering etter § 2-2. Dette fører til at disse avgjørelsene blir enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand.

Henviste pasienter ville etter forvaltningslovens regler i utgangspunktet ha krav på en samtidig begrunnelse. Slik begrunnelse skal nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Det ville i disse tilfellene si at de medisinskfaglige undersøkelsene som er foretatt, skulle omtales. I tillegg måtte det vises til de regler vedtaket bygger på. Det vil si at det måtte vises til de nærmere vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften. I den grad det er nødvendig for å sette pasienten i stand til å forstå vedtaket, måtte begrunnelsen gjengi innholdet av disse reglene. Videre måtte begrunnelsen gjengi den problemstillingen som avgjørelsen bygger på. I tillegg fastsetter forvaltningsloven § 25 at de hovedhensyn som har vært avgjørende for utøvelsen av skjønnet, bør nevnes. De vurderingskriteriene som prioriteringsforskriften gir anvisning på, se avsnitt 3, er i seg selv kompliserte. Dette medfører at begrunnelsen for avgjørelsen av rettighetsspørsmålet også ville bli svært komplisert dersom den skulle tilfredsstillende forvaltningslovens saksbehandlingsregler, og da i tillegg til de særlige reglene som er gitt for journalføring og utarbeidelse av epikrise etter helselovgivningen.

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er tilpasset tradisjonell myndighetsutøvelse og forvaltningsvirksomhet, og er ikke utformet med tanke på klinisk arbeid i helseinstitusjoner. Dersom forvaltningslovens saksbehandlingsregler skulle gjøres gjeldende for kliniske vurderinger som fører fram til en avgjørelse (i realiteten et enkeltvedtak), ville dette medføre at utøvende helsepersonell måtte overføre ressurser fra det medisinskfaglige arbeidet til mer forvaltningspregede arbeidsformer.

Etter mitt syn er det derfor en fordel at bestemmelsen i § 2-7 fører til at det er mulig å informere i et mer forståelig språk enn resultatet ellers ville blitt, og at dette kan legges til grunn for informasjonsplikten som det er redegjort for i punkt 4.2 til 4.5. Tilsvarende framgår av IS-12/2004 der det står blant annet følgende kommentarer til bestemmelsen:

Helselovgivningen har dessuten særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivarettatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage. På denne bakgrunn ble det under Stortingets behandling innført en bestemmelse som klargjør at forvaltningsloven ikke skal gjøres gjeldende for avgjørelser etter pasientrettighetsloven kapittel 2.

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

Det er her understreket at informasjonsplikten i pasientrettighetsloven er mer tilpasset pasientenes behov. Derved kan forvaltningslovens bestemmelser om begrunnelse og redegjørelse for klageadgang, suspenderes gjennom bestemmelsen i prl. § 2-7.

Spesialisthelsetjenesten en del av den statlige forvaltningsvirksomheten, og de allmenne reglene i forvaltningsloven kommer til anvendelse, og unntaket i § 2-7 gjelder for øvrig bare for ”vedtak” etter kapittel 2 i loven. Den gjelder derfor ikke for annen virksomhet i spesialisthelsetjenesten, for eksempel vurderinger av undersøkelsesfunn, ulik informasjonsvirksomhet mv. Videre gjelder reglene om habilitet, veiledningsplikt mv. når pliktene ikke er knyttet direkte opp mot vedtak etter kapittel 2.

Særlig er veiledningsplikten i forvaltningsloven § 11 første ledd av interesse.

Bestemmelsen lyder:

Forvaltningsorganene har innenfor sitt sakområde en alminnelig veiledningsplikt. Formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å vareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte. Omfanget av veiledningen må likevel tilpasses det enkelte forvaltningsorgans situasjon og kapasitet til å påta seg slik virksomhet.

Det er ingen grunn til å hevde at denne bestemmelsen gjør informasjonsplikten mer omfattende for spesialisthelsetjenesten, enn det som følger av de nevnte bestemmelser i pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Uskrevne forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling mv. vil neppe tilføre ytterligere krav ved vurderingen av spesialisthelsetjenestens informasjonsplikt i medhold av helselovgivningen. Asbjørn Kjørstad har i *Helserett*, Oslo 2005, på s. 203 flg. foretatt en nærmere sammenlikning av rettssikkerhetsgarantiene i forvaltningsloven og i helselovgivningen.

Oppsummeringsmessig kan det fastslås at pasienters rett til informasjon om sin helsetilstand og sine rettigheter i medhold av pasientrettighetsloven ikke endres ved at pasientrettighetsloven § 2-7 gjør unntak fra forvaltningslovens særlige regler om framgangsmåten ved saker om enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Tilsvarende rettssikkerhetsgarantier er nedfelt i pasientrettighetsloven selv. I tillegg er informasjonsplikten etter pasientrettighetsloven mer tilpasset en klinisk vurderingssituasjon, enn begrunnelsesplikten som følger av forvaltningsloven. Informasjonsplikten som følger etter helselovgivningen mer enn tilfredsstillende plikten som kan utledes av forvaltningsloven § 11.

4.7 Krav om særlig tilpasset informasjon for pasienter med kognitiv funksjonssvikt

Et utgangspunkt for pasientrettighetsloven er at den skal "bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten", se prl. § 1-1. Det er derfor i strid med dette utgangspunktet om pasientrettighetsloven gir bedre rettigheter til pasienter som er i stand til å ivareta egne rettigheter, enn til pasienter som pga. funksjonsnedsettelse ikke kan ivareta sine rettigheter på tilsvarende måte. Dette kan skje dersom funksjonssvikten er på det kognitive funksjonsområdet, og ganske særlig dersom funksjonssvikten medfører svikt i konsentrasjonsevne, nærhukommelse og andre funksjoner som kan føre til at pasienter enten ikke oppfatter, ikke husker eller på annen måte ikke er i stand til å forholde seg til det rettskrav på behandling som vedkommende har. Særlig uheldig er det om helsehjelpen som pasienten går glipp av, er nødvendig helsehjelp for å bedre nettopp denne funksjonsnedsettelsen.

I slike situasjoner er bestemmelsen i prl. § 3-5 derfor av sentral betydning, se punkt 4.5. Men ikke i alle situasjoner vil bestemmelsen i § 3-5 om at informasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger, være tilstrekkelig til at pasienten kan nyttiggjøre seg denne informasjonen. Enten kan vedkommende pga, for eksempel nedsatte kognitive funksjonsevner ikke være i stand til å oppfatte denne, eller så går den raskt i glemmeboken, informasjonsskriv kommer bort eller forlegges mv.

Det er vanskelig å oppstille konkrete bestemmelser om hvordan spesialisthelsetjenesten skal forholde seg i slike tilfeller. Men prl. § 3-3 gir klare anvisninger på hvordan helsepersonell må forholde seg. Det mest nærliggende i utgangspunktet er å benytte bestemmelsen i prl. § 3-3 første ledd for å videreformidle informasjon til pasientens nærmeste pårørende. Den åpner for bruk av skjønn på helsepersonellens side for å sikre at pasienten blir så godt ivaretatt som mulig ved å kunne informere pasientens nærmeste pårørende ”når forholdene tilsier det”.

Dersom pasientens funksjonsevne er så nedsatt at vedkommende er avhengig av nærstående, eller en rettslig representant, for å få ivaretatt sine rettigheter, skal informasjon også formidles til pasientens nærmeste pårørende etter bestemmelsen i prl. § 3-3 andre ledd.

Bestemmelsen i prl. § 3-3 *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende* har følgende ordlyd:

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

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

Hvem som er nærmeste pårørende, er regulert i prl § 1-3 bokstav b. Kognitiv funksjonssvikt vil kunne føre til at forholdene tilsier at informasjonen også gis til pasientens nærmeste pårørende, og dette kan da gjøres med hjemmel i prl. § 3-1 første ledd. Det må journalføres at informasjon også er gitt til pasientens nærmeste pårørende etter denne bestemmelsen.

Når pasienten vurderes til ikke å ha samtykkekompetanse, se nærmere prl. § 4-3, har den som har myndighet til å treffe avgjørelser på pasientens vegne, en selvstendig rett til informasjon. Dette er nærmere regulert i prl. § 3-3 andre ledd.

Det pasientens nærmeste pårørende har rett til, er informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen som skal gis.

Spørsmålet er om informasjonen da kan begrenses i tråd med ordlyden i § 3-2 til informasjon av i hovedsak klinisk betydning. Men det må være rimelig klart at skal pasientens nærmeste pårørende kunne ivareta pasientens interesser på en tilfredsstillende måte, må vedkommende ha rett til den samme informasjon som pasienten selv vedr. rettighetsstatus, fristfastsetting, retten til subsidiær oppfyllelse mv. Vedkommende vil også ha rett til journalinnsyn etter bestemmelsen i prl. § 5-1 fjerde ledd.

Bestemmelsen i første ledd gir bare den nærmeste pårørende en *rett* til informasjon. Når pasienter av grunner som er nevnt i bestemmelsens andre ledd, åpenbart ikke kan ivareta sine interesser, *skal* informasjon også gis til nærmeste pårørende etter prl. § 3-3 andre ledd, jf. helsepersonelloven § 10 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Informasjonsplikten er i disse tilfellene tilsvarende som den som gjelder overfor pasienten selv, se punkt 4.2 og 4.3.

Informasjon til pasienten selv kan imidlertid ikke utelates selv om pasienten er ute av stand til å ivareta egne interesser. Informasjonen må i slike tilfeller tilpasses den enkelte pasients individuelle forutsetninger, se prl. § 3-5, omtalt i punkt 4.5.

Oppsummeringsmessig vil pasienter som kan ivareta egne interesser, med tilpasset informasjon mv., ha krav på slik tilpasset informasjon, jf. punkt 4.5. Det må da legges til grunn at vedkommende selv kan oppsøke hjelp, for eksempel via fastlegen som jo også skal ha mottatt tilsvarende informasjon etter bestemmelsen i prl. § 2-2 for å være behjelpelig med å sikre pasientens rett til behandling dersom den oppsatte fristen oversittes.

For pasienter med forbigående eller permanent kognitiv funksjonssvikt, vil også vedkommendes nærmeste pårørende kunne informeres for å støtte opp om pasientens rett til behandling. I slike situasjoner vil også vedkommendes fastlege naturlig nok ha en større oppfølgingsplikt enn det som vanligvis gjelder.

Spesialisthelsetjenesten vil etter min mening ikke kunne tillegges ytterligere forpliktelser dersom den på forsvarlig måte, og i henhold til regelverket, har formidlet informasjonen til pasienten selv, vedkommendes nærmeste pårørende og fastlegen/henvisende instans.

5. Vet man noe om praksis vedrørende oppfyllelsen av informasjonsplikten i pasientrettighetsloven?

Det er foretatt en rekke tilsyn fra Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket av spesialisthelsetjenestens oppfyllelse av ulike pasientrettigheter. Jeg har vært i muntlig kontakt med ledelsen i Statens helsetilsyn som kunne avkrefte at de har hatt særskilt fokus på hvilken informasjon som gis til pasienter med rettighetsstatus.

Heller ikke ved nettsøk på hjemmesiden til Statens helsetilsyn framgår at det er satt spesielt fokus på informasjonsplikten. Ordet ”informasjonsplikter” gir ingen treff i den totale databasen. Ordet ”informasjonsplikt” gir 49 treff, men ingen av disse er fra dokumenter og/eller tilsyn gjennomført etter lovendringene i 2003, se avsnitt 2.

På den andre siden er informasjonsplikten behandlet i flere av de gjennomførte tilsynene på en måte som avspeiler betydningen av at denne blir ivaretatt av institusjonene i spesialisthelsetjenesten, se for eksempel *Tilsyn med kommunikasjon i gastroavdelinger i 2005* (http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_7263.aspx, *Tilsyn med somatiske poliklinikker i 2003* (http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5821.aspx) m.fl.

I samband med arbeidet med denne betenkningen, og sikkert noe utløsende for ønsket om betenkningen, er jeg gitt innsyn i enkelte dokumenter fra det tidligere Helse Øst RHF, nå

del av Helse Sør-Øst RHF, og da særlig vedrørende oppfølgingen av informasjonsplikten ved Ahus HF.

I offentlig brevjournal framgår det at det 22. juni 2007 ble sendt en e-post fra NAV Pasientformidling til Ahus. I mailen påviser NAV Pasientformidling flere alvorlige feil og mangler ved den pasientinformasjonen som meddeles rettighetspasientene i brev fra Ahus, og da etter en vurdering i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2, jf. 2-1. Pasienten sendes et rettighetsbrev med en pasientorientering vedlagt.

Her er det blant annet fra NAV Pasientformidling påvist at det vises til at rette instans ved fristoversittelse er Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket opphørte å eksistere 1. juli 2006. Det er heller ikke medtatt telefonnummer som pasienten kan benytte, og NAV Pasientformidling anfører at dette er en mangel i rettighetsbrevet.

Av den vedlagte orienteringen framgår også (feilaktig) at: ”Det er Rikstrygdeverket som har ansvar for å finne et behandlingssted ved fristbrudd.” Videre framgår det at pasienten ved fristbrudd kan ta kontakt med *Formidlingsenheten i Rikstrygdeverket; NAV Enhet for pasientformidling* på gratis grønt nummer 815 33 533.

Fra NAV Pasientformidling fastslås i mailen at rettighetsbrevet må endres. ”Rikstrygdeverket” må byttes ut med *NAV Pasientformidling*, og ”Formidlingsenheten i Rikstrygdeverket; NAV Enhet for pasientformidling” må byttes ut med *NAV Pasientformidling*. Videre er 815 33 533 *ikke* et gratis grønt nummer.

Av e-mailen framgår det videre at Ahus er gjort kjent med disse feilene flere ganger tidligere ved meddelelser fra NAV Pasientformidling, men uten at dette har ført til at rettighetsbrevet eller orienteringen til pasienten er blitt rettet opp. NAV Pasientformidling skriver at de har fått flere tilbakemeldinger fra pasienter om at ”dette er frustrerende for pasientene at de ikke får korrekt informasjon, og må flere omveier før de kommer frem til oss”.

Endelig framkommer av e-mailen at de ”gamle rettighetsbrevene” (for øvrig brukt inntil ganske nylig, dokumentert fram til februar 2007) og orienteringsbrevene fra Ahus (Medisinsk avdeling) hadde enda flere feil; de manglet blant annet informasjon om at pasienten var blitt vurdert som en rettighetspasient, de hadde med gamle telefonnumre til Rikstrygdeverket og som ikke lenger er i bruk.

Ikke påfallende avsluttes e-mailen fra saksbehandler i NAV Pasientformidling slik: ”Mitt spørsmål er, om alle de pasientene som har fått ”gale rettighetsbrev”, hvor det ikke kommer frem at de er rettighetspasienter, ingen frist for nødvendig helsehjelp, samt feil kontaktinformasjon til NAV Pasientformidling innehar/fått vite om de samme pasientrettighetene som de pasienter som har fått de ”nye brevene”? Hvilke tiltak har Ahus gjort for å sikre at de som har fått ”gamle brev” får opprettholdt sin rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven?”

Dersom praksis fra Ahus HF er representativ for større deler av spesialisthelsetjenesten, er det klart at informasjonsplikten som kan utledes av helselovgivningen, jf. avsnitt 4, brytes på flere måter, og brytes på måter som utvilsomt kan bidra til å svekke pasientenes rett til nødvendig helsehjelp.

Det er umulig på grunnlag av slike eksempler fra én sykehusavdeling ved ett helseforetak å vite noe om hvor utbredt denne type feilinformasjon til pasienter med rettighetsstatus egentlig er. Det synes rimelig klart at slik feilinformasjon, når den forekommer, kan føre til at pasienter går glipp av sin etablerte rett til nødvendig helsehjelp. Sentrale helsemyndigheter, nærmere bestemt SHdir og/eller Statens helsetilsyn bør vurdere hvordan manglende informasjon og eventuell feilinformasjon overfor rettighetspasienter best mulig kan unngås.

6. Konklusjoner

Det foreligger en utvilsom informasjonsplikt for spesialisthelsetjenesten i forhold til pasienter som mottas til vurdering. Pasientene har krav på å vite resultatet av

vurderingen, herunder å bli informert om klagemuligheter, se prl. § 2-2 andre ledd. Pasienter som tildeles rettighetsstatus har rett til å få opplyst den lengste forsvarlige oppfyllelsesfristen som er fastsatt for vedkommendes rett til behandling, se prl. § 2-1 tredje ledd.

Pasienter som ikke oppnår rettighetsstatus, har likeledes rett til å bli informert om klagemuligheter mv.

Den mer juridiske/tekniske informasjonen skal komme i tillegg til den informasjonen som gjelder pasientens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen etter prl. § 3-2. Det vises til gjennomgangen i punkt 4.2 til 4.4. Informasjonen skal ha en form som er tilpasset pasientens forutsetninger for å forstå denne, jf. prl. § 3-5 andre ledd.

Det meste av informasjonen om foreslått oppfølging og behandling som tilbys pasienten, kan gis muntlig, men ved standardiserte opplegg og prosedyrer kan dette gjerne suppleres med skriftlig informasjonsmateriale.

Den juridisk/tekniske informasjonen om rettighetsstatus, behandlingsfrist, klagemuligheter mv. skal gis skriftlig i tillegg til den muntlige informasjonen. Det er et krav i prioriteringsforskriften § 6, jf. § 5, at det gis slik skriftlig informasjon, se punkt 4.3. Denne informasjonen må være oppdatert, hvilket ikke alltid synes å være tilfellet i praksis, se avsnitt 5.

For pasienter som har vanskelig for å forstå informasjonen og/eller på andre måter har kommunikasjonsproblemer i forhold til spesialisthelsetjenesten, må informasjonen særskilt tilrettelegges. Dette er regelfestet i prl. § 3-5, se nærmere punkt 4.5, og er en plikt for spesialisthelsetjenesten å imøtekomme.

Bestemmelsen i prl. § 3-5 må ses som viktig i forhold til betenkningens problemstilling nr. 2. For personer med kognitive funksjonsforstyrrelser, for eksempel med svekket nærhukommelse, må informasjonen derfor gis på en måte som gjør at den er tilgjengelig

for pasienten, også ved slike funksjonsnedsettelse. Det kan da ikke gis bare muntlig informasjon, og heller ikke meddeles ved ett høve og/eller i en sammenheng hvor informasjonen lett kan bli glemt av pasienten. Vedkommende kan derved gå glipp av en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp.

For pasienter med kognitiv funksjonssvikt, forbigående eller permanent, som fører til at han eller hun uansett tilrettelagt informasjon vanskelig vil kunne forstå og benytte seg av den rettighetsstatus som vedkommende tildeles, vil nødvendig informasjon også kunne gis til pasientens nærmeste pårørende. Vedkommende vil da kunne ivareta pasientens interesser. Også pasientens fastlege bør i slike situasjoner følge opp pasientens rett til nødvendig helsehjelp som ledd i forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp etter helsepersonelloven § 4, se nærmere punkt 4.7.

Om pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal pasientens nærmeste gis full informasjon etter bestemmelsen i prl. § 3-3 andre ledd, se punkt 4.7.

Det er etter min mening ikke rimelig å pålegge spesialisthelsetjenesten plikter utover dette. Det vil være henvisende instans som må ansvarliggjøres for den videre oppfølgingen av denne pasientgruppen.

Dersom det viser seg i praksis at informasjonen som spesialisthelsetjenesten gir, er mangelfull i forhold informasjonsplikten i lov og forskrift, bør det gis klarere veiledning/instruks på dette feltet. Spesialisthelsetjenestens praksis bør også følges gjennom målrettet tilsyn for å vurdere om mange pasienter mister retten til nødvendig helsehjelp pga. manglende informasjon om – og kjennskap til – den subsidiære oppfyllelsesretten ved fristoversittelse.

Helt avslutningsvis, og utenfor betenkningens tema, vil jeg påpeke at det kan være uheldig at den samme spesialisthelsetjenesten gjennom regelverk og finansieringsordning både er den instansen som skal påse at fristen som settes er forsvarlig, og som kan påføres store kostnader dersom den oppsatte fristen oversittes og pasienten mottar et

tilbud i privat helsetjeneste og/eller utenfor helseregionen. Dette medfører at en nedtoning av informasjonsplikten kan være økonomisk fordelaktig. Denne sammenblandingen av faglige plikter og økonomiske interesser kan tilsi at sentrale helsemyndigheter vurderer hvordan disse to oppgavene best kan håndteres i et rettighets- og rettssikkerhetsperspektiv. Rettighetspasienter må ikke her bli den tapende parten.

Oslo, 20. august 2007

Aslak Syse

Professor dr. juris